



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 4572

21 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง แจ้งผลการรับรองและส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจ (upload ไฟล์ผ่าน application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในเมนูติดตามความก้าวหน้า)

ตามที่โรงพยาบาลของท่านได้รับการเยี่ยมสำรวจจากผู้แทนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2565 สถาบันได้พิจารณาและอนุมัติให้การรับรองกระบวนการคุณภาพนับถัดจากวันที่ครบกำหนดอายุเดิมตั้งแต่วันที่ 29 มกราคม 2565 เป็นเวลา 3 ปี

สถาบันขอแสดงความยินดีกับคณะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลที่ได้ร่วมกันสร้างระบบงานที่มีคุณภาพอันจะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการของโรงพยาบาลและเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ พร้อมกันนี้ สถาบันขอส่งสรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจเพื่อให้โรงพยาบาลได้ใช้ประโยชน์ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

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

ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถส่งเอกสารในรูปแบบ electronic file โดย upload file ผ่าน application ระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในเมนูติดตามความก้าวหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สำนักประเมินและรับรอง

ทิพย์รัตน์ อยู่หนู โทรศัพท์ 0 2027 8840 ต่อ 9217

e-mail: tippayarat@ha.or.th



สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ
ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
วันที่ 26 สิงหาคม 2565

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ส่งคณะผู้เยี่ยมสำรวจ
เข้าเยี่ยมสำรวจจุดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและ
บริการสุขภาพฉบับที่ 4 ดังรายชื่อต่อไปนี้

1. นพ.บวร งามศิริอุดม	หัวหน้าคณะผู้เยี่ยมสำรวจ
2. นพ.สิทธิพันธ์ ตันจักรวรานนท์	ผู้เยี่ยมสำรวจ
3. นางวิภา วณิชกิจ	ผู้เยี่ยมสำรวจ
4. ภก.สุนทร ปภานิธิพันธ์	ผู้เยี่ยมสำรวจ
5. นางเรวดี ศิรินคร	ครูฝึกผู้เยี่ยมสำรวจ

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

การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน

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

สิ่งที่น่าสนใจ (Exceptional performance)

1. การนำ:

- 1.1. ผู้นำสูงสุดในปัจจุบันมีการขึ้นองค์กร โดยมีการปรับวิสัยทัศน์ใหม่เป็น “โรงพยาบาล
จะเป็นองค์กรหลักด้านจิตเวชเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศป้องกันแก้ไข
ปัญหาฆ่าตัวตายของไทย” เมื่อต้นปี 2565 รวมทั้งปรับปรุงพันธกิจ เข้มมุ่ง ยุทธศาสตร์
มีการปรับปรุงโครงสร้างรองรับ วางแนวคิดโดยองค์กรประกอบ 3 ใน 7 มิติ excellence
center มาเป็นกรอบหลักในการดำเนินงาน ผ่านแผนกลยุทธ์และวิธีการตลอดจนองค์
ประกอบในการดำเนินที่ชัดเจนอย่างครอบคลุม และกำหนดให้ excellence data base
for suicide prevention เป็น 1 ใน 2 ของเข็มมุ่งปี 2565 ส่งผลให้ภายในระยะ 6 เดือน

ที่ผ่านมา มีผลงานเป็นรูปธรรมหลายประการ เช่น การผลิตหลักสูตรการสอบสวนการฆ่าตัวตาย มี application การสอบสวนโรคให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการบูรณาการสื่อออนไลน์มาเป็นข้อมูลนำเข้า มีโครงการวิจัย 5 เรื่องเพื่อแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย

- 1.2. ด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะ มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคมโดย
 - 1.2.1. ด้านสังคม พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชไร้ที่พึ่ง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่ครอบครัวได้ 194 ราย ส่งสถานสงเคราะห์ 20 ราย จ้างงาน 25 ราย และมีอาชีพ 9 ราย
 - 1.2.2. ด้านเศรษฐกิจ มีการดำเนินการร่วมมือกับจังหวัด จัดโครงการ food bank ให้กลุ่มผู้ตกงานจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID - 19 ได้ปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงไก่เพื่อนำผลิตผลมาบริโภคในครัวเรือน โดยโรงพยาบาลให้การสนับสนุนระบบน้ำ และไฟฟ้า โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
 - 1.2.3. จัดร้านสวัสดิการจำหน่ายอาหารที่ถูกสุขลักษณะในโรงพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

2. ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:

- 2.1. มีการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยผู้รับผลงาน โดยในช่วงการระบาดของโรค COVID ในระยะ 2 - 3 ปีนี้ มีการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวกกับผู้รับบริการ มีบริการยาเดิม การบริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ บริการ telepsychiatry สำหรับผู้ป่วยในเรื้อรัง และการให้บริการผ่านร้านยา การทำ teleconference ตรวจสอบใช้ร่วมกับทางโรงพยาบาลในพื้นที่ นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้ในการปฏิบัติงาน ให้มีความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 2.2. ในด้านโรงพยาบาลเครือข่าย
 - 2.2.1. จัดให้มีโครงการสัมมนาเครือข่ายปีละ 2 ครั้ง
 - 2.2.2. มีช่องทางให้โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์
- 2.3. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการจัดบริการเฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยได้แก่
 - 2.3.1. ผู้ป่วยคดี
 - 2.3.2. ผู้ป่วยฉุกเฉิน
 - 2.3.3. ผู้ป่วยที่ถูกแยก/ผูกมัด
- 2.4. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก โรงพยาบาลร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่ส่งนักศึกษาเข้ามาฝึกอบรมโดย
 - 2.4.1. มีข้อกำหนดในการรับนักศึกษา
 - 2.4.2. มีระบบปฐมนิเทศก่อนฝึก
 - 2.4.3. มีระบบการนิเทศระหว่างการฝึกอบรม
 - 2.4.4. มีการจัดทำข้อตกลงในความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และร่วมกันกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ ระดับของการปฏิบัติที่อนุญาต

- 2.4.5. เพิ่มจำนวนและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน
- 2.4.6. เน้นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยมอบหมายครูพี่เลี้ยงในการกำกับดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาในทุกระดับและทุกวิชาซึ่งพร้อมกับอาจารย์ของแต่ละสถาบันตลอดระยะเวลาการฝึกงาน
- 2.5. ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID - 19 มีการร่วมมือกับเครือข่าย ในการค้นหากลุ่มผู้ป่วย COVID - 19 ทั้งในกลุ่มทั่วไปและกลุ่มจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม HI & CI เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด และติดตามเป็นระยะจนผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้มีการปรับหน่วยงาน สิ่งแวดล้อมให้พร้อมรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อ COVID - 19 และกลุ่มเสี่ยง PUI ที่ได้รับการส่งต่อจากเครือข่าย
3. **ระบบบริหารคุณภาพ:** ในช่วงที่ผ่านมามีการทบทวนและปรับคณะกรรมการทีมคุณภาพ ทีมนำทางคลินิก และทีมระบบต่าง ๆ เกือบทุกทีม แม้ผู้นำสูงสุดพึงย้ายมาได้ไม่นาน แต่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย จะเห็นได้จาก
 - 3.1. มีการกำหนดนโยบาย (2P safety) เป็นลายลักษณ์อักษร
 - 3.2. ทบทวนและกำกับติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน รวมถึงแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่องผ่านการประชุมทีมนำ
 - 3.3. ปรับปรุงโครงสร้างทางการบริหารให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ใหม่ที่กำหนดขึ้น ในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID - 19 มีการประสานการทำงานและการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งชัดเจนทั้งภายในโรงพยาบาล และภาคีเครือข่ายชุมชน
4. **คุณภาพการดูแลผู้ป่วย:** มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยในหลายวิธีการ เช่น การทบทวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยหลังรับ admit ภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้มีการปรับระบบงานสำคัญคือ
 - 4.1. การพัฒนาการจัดตั้งศูนย์ refer ในปี 2563
 - 4.2. การปรับปรุงและพัฒนาระบบคัดกรอง OPD, ER screening ก่อนพิจารณา admit
 - 4.3. จากการวิเคราะห์ผู้ป่วย refer out ที่มีโรคร่วมทางกายอย่างเป็นระบบที่เกิดในปี 2562 ถึงกลางปี 2565 ทำให้เห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) โดยเฉพาะเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (diagnostic error) พบว่าส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อน delayed Dx อันดับหนึ่ง รองลงมาคือ wrong Dx, missed Dx จากการทบทวนเพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคแทรกทางกายในรายละเอียด ส่งผลให้โรงพยาบาลออก clinical policy ที่จะปรับปรุงเพิ่มอีก 9 ประเด็นที่นำมาบรรจุในแผนปฏิบัติการที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จใน 6 เดือน โดยแต่ละประเด็นมีทีมที่รับผิดชอบในการดำเนินงานและการกำกับติดตามที่ชัดเจน
5. **การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ:** ในช่วง 1 - 3 ปีที่ผ่านมาคณะกรรมการ ICC มีการพัฒนาระบบที่เข้มแข็งขึ้น โดยเฉพาะในช่วงในปี 2563 - 2564 ที่มีการแพร่ระบาดของโรค

ติดเชื้อ COVID - 19 อย่างมาก คณะกรรมการ ICC ร่วมกับทีมนำระบบ มีมาตรการร่วมกัน ดังนี้

- 5.1. ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID - 19 ในผู้ป่วยก่อน refer จากเครือข่าย โดยมีผลตรวจ ATK/RT-PCR ใน 24 - 72 ชั่วโมง งดรับ refer ผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ COVID - 19 หากจำเป็นต้องรับไว้ ต้องมีผลตรวจ PCR not detected ก่อนส่ง
- 5.2. มีการกำหนดแนวทางและปรับระบบ จัดสิ่งแวดลอมให้เอื้อต่อความปลอดภัย
- 5.3. IPD ตรวจ ATK ก่อนรับไว้รักษา และตรวจซ้ำทุก 5 วัน งดญาติเยี่ยมผู้ป่วย ให้เยี่ยมทางโทรศัพท์
- 5.4. ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับ COVID - 19 และการใส่ PPE
- 5.5. จากการพบการระบาดในหอผู้ป่วย มีการปรับที่สำคัญ โดยการจัดให้ผู้ป่วยที่รับในช่วงเวลาเดียวกันให้พักในห้องเดียวกัน
6. **เวชระเบียนผู้ป่วย:** มีการแสดงให้เห็นการพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นรายปีตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา มีการพัฒนาตามการพัฒนาของคู่มือการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของ สปสช. ที่มีการปรับปรุงในปี 2559, 2560 ล่าสุดปี 2563 ที่สำคัญมีการวิเคราะห์เป็นรายประเด็น เช่น ผู้ป่วยในมี 18 ประเด็น ว่าแต่ละประเด็นมีความสมบูรณ์เป็นร้อยละเท่าไร แล้วนำเกณฑ์ที่ยังได้คะแนนที่สามารถทำเพิ่มได้นำสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ส่งผลให้เวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น เกินร้อยละ 95 อย่างต่อเนื่องในปี 2560 - 2565 (เป้าหมาย 85%) และผู้ป่วยในเกินร้อยละ 90 อย่างต่อเนื่องในปี 2560 - 2565 เช่นกัน (เป้าหมาย 85%)
7. **การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ:** ในปี 2565 เพิ่มการค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยประชาชนสามารถเข้าถึงการประเมิน ผ่านโปรแกรม mental health check in (MHCI) ทำให้สามารถรวบรวมกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในทุกเหตุการณ์ ภัยพิบัติต่างๆ เป็นข้อมูลนำเข้าสู่ระบบกลางได้ และได้นำมาใช้ประเมินกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยทั่วไป ที่ติดเชื้อ COVID - 19 ในโรงพยาบาลสนาม local quarantine, home isolation, community isolation ในทุกกลุ่มในเขตสุขภาพ กำหนดการติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมายต่อเนื่องตามช่วงเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน, 3 เดือน จนกว่าจะหมดความเสี่ยง เพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทันเวลา รวมทั้งติดตามผู้ประสพภาวะวิกฤตที่มีภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย สามารถติดตามดูแลได้มากกว่าร้อยละ 88.82 (564/635)
8. **การเข้าถึงและเข้ารับบริการ:**
 - 8.1. การเข้าถึง มีการพัฒนาเพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการผู้ป่วย/การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น
 - 8.1.1. กลุ่มผู้ป่วยที่รับ refer โรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจิตที่ 7

- 8.1.2. กลุ่มผู้ป่วยนิติจิตเวชในเรือนจำ ในการดูแลผู้ต้องขังทั้งในกลุ่มป่วยจิตเวช และกลุ่มพักโทษในคดีทางเพศ และมีพัฒนาการตรวจสุขภาพจิตทางไกล (telemedicine) กับผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ COVID
- 8.1.3. การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคมผู้ที่กำลังได้รับผลกระทบหรือมีสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโลกโซเชียลให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่ โดยบริการปรึกษาผ่าน line official account@khuikun และการให้การช่วยเหลือผ่าน hope task force (helpers of psychiatric emergency)
- 8.1.4. จัดระบบบริการส่งยาทางไปรษณีย์
- 8.2. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล informed consent มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยชัดเจน ในการเข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยหนักจิตเวช หน่วยบริการพิเศษเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วย COVID - 19 (cohort ward) รวมถึงการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะมีการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ
- 8.3. ECT มีการพัฒนาแนวทางการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบ modified electroconvulsive therapy ครอบคลุมในทุกรายที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้ามาประมาณ 4 ปี มีการปรับพื้นที่หน่วยบริการ ให้เป็นสัดส่วน ได้แก่ Pre MECT, intra MECT & post MECT รวมทั้งจัดระบบบริการให้สอดคล้องในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID - 19 ป้องกันความเสี่ยง cross infection การติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง (Recommendation)

1. การนำ:

- 1.1. เข้มมุ่ง เพื่อให้ประเด็นการดำเนินงานของเข้มมุ่งเกิดผลสำเร็จตามเจตนารมย์ในกรอบเวลาที่กำหนด ซึ่งโดยทั่วไปกำหนดไว้ 1 ปีนั้น ควรส่งเสริมการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ซึ่งอาจจะเป็น output หรือ outcome และการออกแบบกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน ก่อนดำเนินการ เพื่อถ่ายทอดต่อผู้ปฏิบัติ ให้ดำเนินงานอย่างได้ผลภายในเวลาที่กำหนด
- 1.2. การกำกับทางคลินิก เพื่อให้การกำกับทางคลินิกมีความครอบคลุมทุกส่วนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลทางคลินิก เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย การวิจัยพัฒนา การศึกษา การฝึกอบรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ควรทบทวนให้เป็นทีมที่มีอำนาจในการกำกับที่เหมาะสม เช่น ทีมนำคุณภาพ ที่ผู้อำนวยการเป็นประธาน และควรประชุมในการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอด้วยความถี่ที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง

2. กลยุทธ์: ในการนำเข้าข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดการทำแผนกลยุทธ์ ควรเพิ่มการวิเคราะห์ให้รอบด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลตัวชี้วัดในการดำเนินงานของทีมคร่อมสายงานต่างๆ ที่ต้องเร่งรัดให้เกิดความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เพื่อบรรจุในแผนกลยุทธ์ เช่น ความครอบคลุมในการทำ drug reconciliation ของ ทีม PTC ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่จะเคลื่อนความก้าวหน้าในแต่ละปีของแผนกลยุทธ์มาน้อยเพียงใด

3. **การวัด วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร:** เพื่อให้การกำหนดหรือคัดเลือกตัวชี้วัดเป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งในส่วนของผลลัพธ์ขององค์กร (ตอน 4) ตัวชี้วัดในแผนกลยุทธ์ คณะกรรมการกำกับทางคลินิก ควรคัดเลือกตัวชี้วัดในปริมาณที่เหมาะสมและครอบคลุมในประเด็นสำคัญ มีการตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง (เช่น ในกรณีการตั้งเป้าหมาย medication error เป็น 0 ซึ่งไม่สะท้อนข้อเท็จจริง) รวมทั้งมีการกำกับวิเคราะห์ตัวชี้วัดดังกล่าวให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของทีมหรือผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด เพื่อนำสู่การพัฒนาความก้าวหน้าของตัวชี้วัดที่ตรงตามเหตุปัจจัย เห็นรูปธรรมที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) ตลอดในแต่ละปี
4. **การจัดการความรู้และสารสนเทศ:** การจัดการระบบสารสนเทศ ควรส่งเสริมการค้นหาความต้องการด้านข้อมูลสารสนเทศในเชิงรุกทั้งชุดข้อมูลสารสนเทศพื้นฐานที่จำเป็น และชุดข้อมูลสารสนเทศอื่นๆ ทั้งในระดับหน่วยงานและทีมต่างๆ ควรส่งเสริมพัฒนาโปรแกรมระบบการแจ้งเตือนการเกิด DI ให้ครอบคลุมทุกรายการตามที่กำหนดไว้เพื่อเอื้อให้เกิดความปลอดภัยต่อการรักษา การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจทางรังสี โปรแกรม application ที่ต้องอาศัยฐานข้อมูลจาก HIS กับระบบ HIS ของโรงพยาบาล การนำโปรแกรมมาช่วยสนับสนุนในการจัดการข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นขององค์กร เช่น ฐานข้อมูลเครือข่ายจิตเวช การพัฒนาเพื่อไปสู่ excellence database of prevention suicide ที่จะนำไปสู่ out put ออกมาเป็นข้อมูลสารสนเทศที่พร้อมใช้งาน ข้อมูลสารสนเทศอื่นๆ รวมทั้งการกำหนดแนวทาง แผนรองรับภาวะฉุกเฉินทาง IT ให้มีความชัดเจน เป็นแผนที่มีประสิทธิภาพและให้เกิดความมั่นใจในการรับมือ นำแผนที่พัฒนาปรับปรุงมาซ้อมรับมือต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีความพร้อมในการรับมือได้จริง
5. **กำลังคน:**
 - 5.1. คณะกรรมการด้านกำลังคน ควรนำผลวิเคราะห์ความเพียงพอของกำลังคนและการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนสู่การวางแผนการพัฒนา กำหนดทิศทางการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนให้มีความชัดเจน รวมทั้งข้อมูลด้านอัตรากำลังคนมาประเมินความเพียงพอเพื่อนำมาสู่การพัฒนาแผนการจัดสรร บริหารอัตรากำลังในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ให้สอดคล้องกับระบบงานและกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้ออกแบบไว้
 - 5.2. โอกาสความก้าวหน้าทางอาชีพเป็นประเด็นสำคัญต่อการดำรงอยู่ของกำลังคนในหลายกลุ่ม รวมทั้งพบว่าอัตรากำลังของกำลังคนในกลุ่มใกล้เคียงอายุเริ่มมีจำนวนสูง ขึ้นควรนำข้อมูลการเกษียณอายุของกำลังคน ผลกระทบของปัจจัยการก้าวหน้าทางอาชีพของกำลังคนแต่ละกลุ่ม มาจัดทำแผน succession plan ที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการประเมินการสรรหา กลุ่ม young staff ที่มีศักยภาพ ระบบการพัฒนากระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะในกลุ่มดังกล่าวเพื่อทดแทนที่ทันเวลา และมีสมรรถนะที่เหมาะสม

6. การปฏิบัติการ:

- 6.1. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน ควรส่งเสริมให้มีการใช้ 3P เป็นกรอบในการดำเนินงานและพัฒนางาน โดยให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในส่วนของเป้าหมาย (purpose) เพื่อสามารถนำไปกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance) ที่ชัดเจนตรงเป้าหมาย และใช้เป็นค่าผลงานพื้นฐาน เพื่อการต่อยอดการพัฒนาด้วยการออกแบบกระบวนการใหม่ๆ (process) เพื่อให้ผลงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
 - 6.2. การจัดการนวัตกรรม เพื่อให้เป็นไปตามพันธกิจของโรงพยาบาล เป็นไปตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่ว่าส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้านสุขภาพจิต และการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ควรส่งเสริมให้เห็นรูปธรรมการส่งเสริมการทำวิจัย CQI และนวัตกรรม มีการรวบรวมผลงานดังกล่าวอย่างเป็นระบบ และแสดงให้เห็นคุณค่า การนำไปใช้ประโยชน์ หรือมีการอ้างอิงทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลงานด้านนวัตกรรม
7. ระบบบริหารคุณภาพ: การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม ยังมีโอกาสพัฒนาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การส่งเสริมการใช้เวทีการประชุมการกำกับทางคลินิกที่มีองค์ประชุมร่วมกันของ key person ของทีมคร่อมสายงานทุกทีม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความเข้าใจงานซึ่งกันและกัน และเพื่อเสริมสร้างการทำงานเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างทีมคร่อมสายงานต่างๆ
- ## 8. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย:
- 8.1. จากจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยโรค depression มี volume ที่สูง ควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม เช่น ผ่านการใช้ staging ในการดูแลผู้ป่วย หรือเห็นภาพรวมการพัฒนาในรูปแบบ clinical tracer, clinical quality summary รวมทั้ง KPI ที่สำคัญในผลลัพธ์ตอน 4 ทั้งนี้เพื่อความก้าวหน้าในการพัฒนาโรคทั้ง 2 อย่างต่อเนื่อง
 - 8.2. ควรส่งเสริมการจัดระบบการให้ psychosocial therapy ให้มีความชัดเจนอย่างเป็นระบบ ในภาพรวมของโรงพยาบาลในแต่ละโรค แต่ละวิชาชีพให้ ช่วง staging ที่ให้ psychosocial therapy สถานที่ให้ เกณฑ์เข้ารับ (inclusion criteria) ในการให้แต่ละ psychosocial therapy การวัดผลสำเร็จการให้ในแต่ละครั้ง เช่น ความรู้ หรือผลการเปลี่ยนแปลงแนวคิดพฤติกรรม
- ## 9. ระบบบริหารความเสี่ยง:
- 9.1. จากที่ทีมเริ่มมีการนำ โปรแกรม HRMS มาใช้บันทึกอุบัติการณ์ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยง พบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง/อุบัติการณ์ล่าช้า มีการรายงานลดลง ความเสี่ยง/อุบัติการณ์จำนวนมากที่ลงไม่ได้เนื่องจากไม่เหมาะสมกับบริบท ควรศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อดี/ข้อเสี่ยงในใช้โปรแกรม HRMS เปรียบเทียบกับโปรแกรม RM เดิม เพื่อหาโอกาสพัฒนาและนำมาพัฒนาร่วมกับทีม IM ของ

โรงพยาบาล หรือตัดสินใจจะใช้โปรแกรมไหนที่บุคลากรสามารถบันทึกได้ และใช้ง่าย ทำให้เอื้อต่อการลงบันทึกอุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

- 9.2. จากการที่โรงพยาบาลกำหนดจุดเน้นเรื่อง 2P safety และนำมาดำเนินการผ่าน risk register ที่บริหารจัดการความเสี่ยงควรสื่อสารประเด็นสำคัญที่องค์กรมุ่งเน้นในแต่ละช่วงเวลาให้กับผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน รวมทั้งสร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ risk register เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบแนวทางป้องกัน ควบคุม บรรเทา รวมทั้งติดตาม กำกับดูแล นำผลไปบริหารจัดการกระบวนการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

10. การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล:

- 10.1. ทีมบริหารทางการพยาบาล ควรวางแผนปรับปรุงการจัดอัตรากำลัง ใช้ประโยชน์จาก ประเมิน productivity ในแต่ละช่วงเวร และแต่ละหอ ที่พบว่ามีการะงานสูงมาก โดยคำนึงถึงความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล นำมาจัดกำลังคนเสริม เพื่อให้มีการบริหารกำลังคนที่เหมาะสมกับภาระงานและแก้ปัญหา ได้ทันเวลา
- 10.2. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลผลการนิเทศทางคลินิก และผลการทบทวนเวชระเบียน เพื่อหาโอกาสพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน 3 กลุ่มโรคตาม เป้าหมาย PCT และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลตาม staging ที่เป็นจุดเน้น ขององค์กร
- 10.3. ควรส่งเสริมกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ชัดเจน มีการกำกับ ติดตาม กำหนด ตัวชี้วัดการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในประเด็นความ เสี่ยงระดับ E up การบำบัดทางจิตเวชโดยพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์ ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดโดยเฉพาะในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อวางแผนพัฒนา ต่อเนื่อง
- 10.4. กำลังคนทางการพยาบาลในอนาคตและ succession plan พบว่าการกำหนดประเด็น ในการพัฒนายังไม่ชัดเจน เช่น 1) แผนการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับ clinical risk ในกลุ่ม พยาบาลน้องใหม่ 2) การใช้ข้อมูล productivity ในการวางแผนการจัดกำลังคนให้เหมาะสม ในแต่ละช่วง 3) การกำหนดเฉพาะประเด็นที่จำเป็นต่อการพัฒนาคน ในแต่ละกลุ่ม 4) แนวโน้มใน 3 - 5 ปีจะมีการเกษียณจำนวนมาก ควรจัดทำ HR plan กำหนดเป้าหมาย เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและวิชาชีพ และ KPI ในการประเมินความสำเร็จให้ชัดเจน แผนพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ที่จะมาสืบทอดตำแหน่ง ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อให้ มั่นใจว่าการบริหารและกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล บรรลุเป้าหมายและการกำกับดูแล มีประสิทธิภาพ

11. การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์: จากการทบทวนอุบัติการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการทบทวน การเสียชีวิตของผู้ป่วย พบว่ายังมีโอกาสการพัฒนา ดังนี้

- 11.1. ควรกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองหลังการรับรายงาน ภายในเวลาที่กำหนด เพื่อลดอุบัติการณ์ delayed diagnosis and treatment
- 11.2. องค์กรแพทย์ควรมีข้อสรุปร่วมกันในแนวทางการรักษา และปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดร่วมกันอย่างเคร่งครัด หรืออาจกำหนดเป็น clinical policy ในคณะกรรมการการกำกับทางคลินิก เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำต่างๆ เช่น การใช้ยามากเกินไปหรือน้อยไป การไม่สั่งเจาะ lab ตามแนวทาง
12. **สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย:** เพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านสวัสดิภาพ และเชิงโครงสร้าง ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาในประเด็นต่างๆ ดังนี้
 - 12.1. ควรส่งเสริมการนำข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมของ สบส.เขต 7 จากกิจกรรม ENV round นำมาวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนตอบสนองต่อความเสี่ยงทุกประเด็นครอบคลุมรวมทั้งการกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามแผน และจากการสัมภาษณ์พบว่าเหตุการณ์ไฟไหม้ที่เกิดจากการก่อสร้างจากผู้รับเหมา ยังไม่ได้มีการทบทวนความเสี่ยง RCA ควรร่วมกับคณะกรรมการการจัดการความเสี่ยงปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง การกำกับติดตามความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
 - 12.2. คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมควรร่วมกับหน่วยงานหอผู้ป่วยในการวิเคราะห์หาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงร่วมกันในกรณีผู้ป่วยจิตเวช หลบหนี เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงเชิงโครงสร้างแนวทางการเฝ้าระวังการรักษาความปลอดภัยให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น
 - 12.3. ควรส่งเสริมการจัดกลุ่มเครื่องมือแพทย์ที่ชัดเจนตามมาตรฐาน สบส. แยกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามความเสี่ยงสูง เสี่ยงกลาง เสี่ยงต่ำ เพื่อนำมาสู่การกำหนดมาตรการแนวทางการตรวจสอบความพร้อมใช้ตามวงรอบ การบำรุงรักษา ให้เหมาะสมกับเครื่องมือแต่ละประเภท รวมทั้งกลุ่มเครื่องมือเสี่ยงสูง เช่น เครื่องช็อตไฟฟ้า (ECT), defibrillator, AED ที่มีประจำตามหอผู้ป่วยต่างๆ ที่นอกจากการตรวจสอบโดยหน่วยงานผู้ใช้งานแล้ว ควรพัฒนาการตรวจสอบโดยช่างเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลตามวงรอบที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความพร้อมใช้งาน
13. **ระบบการจัดการด้านยา:**
 - 13.1. ควรส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา (MMS) องค์กรแพทย์ในการนำอุบัติการณ์ acute serious ADR เช่น NMS, aspiration pneumonia, over sedation มาทบทวน RCA ร่วมกันและกำหนดแนวทางร่วมกันในการป้องกันการเกิดซ้ำและลดความรุนแรงใน ADR บางกลุ่มอาการ
 - 13.2. ควรประสานความร่วมมือร่วมกับคณะกรรมการสารสนเทศในการพัฒนาโปรแกรมกระบวนการดักจับ DI ให้รัดกุมครอบคลุมทุกรายการตามที่ PTC กำหนด
 - 13.3. ควรส่งเสริมการพัฒนาการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR monitoring) ให้ชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดประเภท ADR (preventable, non-preventable) serious

ADR ทั้ง acute, prolong (เช่น EPS ในบางกลุ่มอาการ) แนวทางการรายงาน การรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาด้าน ADR สำคัญ และนำมากำหนดแนวทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและเป้าหมายในการพัฒนาให้ชัดเจน

14. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ: ควรส่งเสริมการจัดเก็บข้อมูลผู้ประสบภาวะวิกฤตในเขตสุขภาพที่ 7 ในภาพรวม และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ ที่มาจากหลากหลายช่องทาง นำมาวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินการในการพัฒนากลุ่มเป้าหมายร่วมกับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 ในภาพรวม และกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินการที่ผ่านมาในระดับประเทศและเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัด และการช่วยเหลือที่รวดเร็ว

15. การทำงานกับชุมชน:

15.1. จากการสัมภาษณ์ทีมเครือข่ายและทีมงานด้านจิตเวชจาก รพช.คำม่วงและตัวแทน อสม. พบว่าการทำงานร่วมกับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 การเรียนรู้ ประเมินปัญหาชุมชนเครือข่าย การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ การประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมไม่ชัดเจน ควรเพิ่มการเรียนรู้ปัญหาความต้องการความช่วยเหลือในชุมชนเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูล refer in แยกกลุ่ม ชับซ้อน ไม่ซับซ้อน และ SMIV เชื่อมโยงความเข้มแข็งของเครือข่าย นำมากำหนดแผนการดำเนินการ พัฒนาและช่วยเหลือเครือข่าย สะท้อนข้อมูลศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ให้กับเครือข่ายรับทราบ การกำหนดแผนการพัฒนาและการช่วยเหลือให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ เพื่อเสริมสร้างให้ชุมชนเครือข่ายเข้มแข็ง และสามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้

15.2. จากการสัมภาษณ์เครือข่าย โรงพยาบาลชุมชนพบว่าเกณฑ์บ่งชี้ในผู้ป่วยกลุ่มซับซ้อน SMIV ยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์/จิตแพทย์ในแต่ละพื้นที่ ควรส่งเสริมการกำหนดเกณฑ์ ผู้ป่วยซับซ้อน ไม่ซับซ้อน และ SMIV ให้ชัดเจน กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ และเกณฑ์ส่งต่อ ร่วมกับผลการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ตามความเป็นจริงที่ชุมชนต้องเผชิญ นำสู่การกำหนดชุมชนเครือข่ายที่ต้องการพัฒนาแผนการพัฒนาในแต่ละช่วงปีให้ชัดเจน กำหนดตัวชี้วัดในการกำกับติดตาม เพื่อการประเมินประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และขยายผลสู่เครือข่ายสร้างความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น

16. การวางแผน และการดูแลผู้ป่วย:

16.1. จากการที่โรงพยาบาลกำหนดให้ staging of care ในส่วนของ service excellence เป็น 1 ใน 2 ประการของเข็มมุ่งปี 2565 ควรส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพเป็นไปตามที่กำหนดในแต่ละ stage และสรุปผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดทั้งในภาพรวมของโรคและแต่ละ stage ของโรค ของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งร้อยละของการผ่าน stage ตามเวลาที่กำหนดว่าอย่างน้อยเพียงใด เพื่อนำผลทั้งหมดสู่การปรับปรุง

- 16.2. กระบวนการวางแผนและการวางแผนจำหน่ายการดูแลผู้ป่วย จากที่ทีมเริ่มมีการนำแนวคิด recovery model มาใช้บำบัดฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การวางแผนจำหน่ายภายใต้ phase ของแต่ละโรค ควรกำกับติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในภาพรวมและแต่ละระยะเพื่อหาโอกาสพัฒนาการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วางแผนบำบัดฟื้นฟู และเตรียมจำหน่ายในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค/แต่ละรายให้ชัดเจน เพื่อนำมาสู่การปรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
17. การดูแลต่อเนื่อง: ทีมชุมชนร่วมกับทีม PCT ควรส่งเสริมการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุม ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมาย 3 โรค 2) กลุ่ม refer back 3) กลุ่มขาดนัด รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยบริการ/เครือข่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กำหนดตัวชี้วัดในการติดตาม เพื่อการติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน

สิ่งที่พบจากการเยี่ยมสำรวจ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก (1)(2)(3)]	1. ผู้นำสูงสุดในปัจจุบัน มีการชี้นำองค์กร โดยมีการปรับวิสัยทัศน์ใหม่เป็น “โรงพยาบาลจะเป็นองค์กรหลักด้านจิตเวชเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของไทย” เมื่อต้นปี 2565 รวมทั้งปรับปรุงพันธกิจ เข้มมุ่ง ยุทธศาสตร์ มีการปรับปรุงโครงสร้างรองรับ และวางแนวคิดโดยนำองค์ประกอบ 3 ใน 7 มิติของ excellence center มาเป็นกรอบหลักในการดำเนินงาน ผ่านแผนกลยุทธ์ วิธีการทดลองจนองค์ประกอบในการดำเนินที่ชัดเจนอย่างครอบคลุม และกำหนดให้ excellence data base	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. เข้มมุ่ง เพื่อให้ประเด็นการดำเนินงานของเข้มมุ่ง เกิดผลสำเร็จตามเจตนารมย์ในกรอบเวลาที่กำหนด ซึ่งโดยทั่วไปกำหนดไว้ 1 ปีนั้น ควรส่งเสริมการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดซึ่งอาจจะเป็น Output หรือ Outcome และการออกแบบกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนก่อนดำเนินการ เพื่อถ่ายทอดต่อผู้ปฏิบัติ ให้ดำเนินงานอย่างได้ผลภายในเวลาที่กำหนด 2. การกำกับทางคลินิก เพื่อให้การกำกับทางคลินิกมีความครอบคลุมทุกส่วนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลทางคลินิก เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย การวิจัยพัฒนา การศึกษา การฝึกอบรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ควรทบทวนให้เป็นทีมที่มีอำนาจในการกำกับ
2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]		
3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา [I-1.1ค (1)(2)]		
4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]		
5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)]		
6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>for suicide prevention เป็น 1 ใน 2 ของเข็มมุ่งปี 2565 ส่งผลให้ภายในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีผลงานเป็นรูปธรรมหลายประการ เช่น การผลิตหลักสูตรการสอบสวนการฆ่าตัวตาย ที่ใช้แนวคิดเชิงระบาดวิทยามาใช้ และมีการอบรมไปในเขตสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ ก่อให้เกิดทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด มี application การสอบสวนโรคให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการบูรณาการสื่อออนไลน์มาเป็นข้อมูลนำเข้า มี gate keeper เช่น hope task force, mental health check in รวมทั้งมีจุดแจ้งเหตุในพื้นที่ นอกจากนี้มีโครงการวิจัย 5 เรื่องเพื่อแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้แก่</p>	<p>ที่เหมาะสม เช่น ทีมนำคุณภาพ ที่ผู้อำนวยการเป็นประธาน ควรประชุมในการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอด้วยความถี่ที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ประเด็นทางจริยธรรมที่ยุ้งยากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) ควรทบทวนประเด็นต่างๆ ทั้ง 11 ประเด็นที่โรงพยาบาลระบุไว้ว่าสอดคล้องกับความหมาย ethical dilemma ที่ว่า “เป็นประเด็นการให้การรักษาที่ขัดกับความประสงค์ผู้ป่วย” หรือไม่เพียงพอ มีประเด็นอื่นอีกหรือไม่สู่การร่วมกันพิจารณา เพื่อหาวิธีการหรือกลไกรองรับ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้างานสามารถจัดการกับประเด็น ethical dilemma ได้เหมาะสม</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือขององค์กรเครือข่าย 1.2. การพัฒนารูปแบบการป้องกัน การฆ่าตัวตายสำหรับกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย 1.3. การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย 1.4. การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับคัดกรองและประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1.5. การวิจัยประเมินผลโครงการการ ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ 2. ในด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะ โรงพยาบาลแสดงถึงความรับผิดชอบต่อ ความผาสุกของสังคม เช่น <ol style="list-style-type: none"> 2.1. ด้านสังคม พบว่าในผู้ป่วยจิตเวช ไร้ที่พึ่ง มีการดำเนินการ 	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน หน่วยบริการภาครัฐนอกระบบสาธารณสุข ร่วมกันช่วยเหลือ ทำให้ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่ครอบครัวได้ 194 ราย ส่งสถานสงเคราะห์ 20 ราย จ้างงาน 25 ราย และมีอาชีพ 9 ราย</p> <p>2.2. ด้านเศรษฐกิจ โรงพยาบาลได้ดำเนินการร่วมมือกับจังหวัดจัดโครงการ food bank โดยสนับสนุนที่ดินว่างเปล่าของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพะดอนตู ให้กลุ่มผู้ตกงานจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID - 19 ได้ปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงไก่ เพื่อนำผลิตผลมาบริโภคในครัวเรือน โดยทางโรงพยาบาลให้การสนับสนุนระบบน้ำ และ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ไฟฟ้า โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย เปิดร้านค้าออนไลน์เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีรายได้พิเศษ</p> <p>2.3. ร้านสวัสดิการจำหน่ายอาหารที่ถูกลักษณะในโรงพยาบาลแก่ผู้รับบริการ</p>	
I-2 กลยุทธ์		
7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5)]	มีความชัดเจนในการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ เป็น 5 ประเด็นในแผนกลยุทธ์	ข้อเสนอแนะ (Recommendation)
8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]	ฉบับปี 2566 - 2570 โดยกำหนดทั้งวัตถุประสงค์ระยะสั้นและเป้าหมายระยะยาว รวมทั้งตัวชี้วัดและแผนด้านบุคลากร โดยในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ในด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้นำมิติของ excellence center 7 ประการมาใช้เป็นกรอบแนวคิด	ในการนำเข้าข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดการทำแผนกลยุทธ์ ควรเพิ่มการวิเคราะห์ให้รอบด้าน โดยเฉพาะข้อมูลตัวชี้วัดการดำเนินงานของทีมคร่อมสายงานต่างๆ ที่ต้องเร่งรัดให้เกิดความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)]	การฆ่าตัวตาย ได้นำมิติของ excellence center 7 ประการมาใช้เป็นกรอบแนวคิด	เพื่อบรรจุในแผนกลยุทธ์ เช่น ความครอบคลุมในการทำ drug reconciliation ของทีม PTC ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่จะนำไปขับเคลื่อนความก้าวหน้าในแต่ละปีของแผนกลยุทธ์มากขึ้นเพียงใด
10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก(5), ข]	โดยเน้น 3 มิติ ได้แก่ data base, training, national body and policy advocacy	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ควรใช้กลไกของทีมกำกับทางคลินิกในการกำกับติดตามตัวชี้วัดและการสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การตั้งชื่อ KPI ควรมีความหมายเฉพาะ เจาะจงและมีความชัดเจนในตัว เช่น ในกรณีร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ซึ่งมี 2 ประเด็นในตัวชี้วัดเดียวกัน</p>
I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน		
11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]	1. มีการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยผู้รับผลงาน โดยในช่วงการระบาดของโรค COVID ในระยะ 2 - 3 ปีนี้ มีการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการ การอำนวยความสะดวกกับผู้รับบริการ มีบริการยาเดิม การบริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ บริการ telepsychiatry สำหรับผู้ป่วยในเรื้อรัง การให้บริการผ่าน	<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>เพื่อให้การวิเคราะห์ความต้องการจากกลุ่มต่างๆ ที่โรงพยาบาลแบ่งกลุ่มไว้ (กลุ่มผู้ป่วย ผู้รับผลงานสำคัญ/ผู้รับผลงานอื่นๆ รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ได้ใช้ประโยชน์และมีการตอบสนองอย่างมีคุณค่า ควรส่งเสริมแสดงให้เห็นประเด็น การตอบสนองที่สำคัญ รวมทั้งผลลัพธ์การตอบสนองที่เกิดขึ้น เพื่อโรงพยาบาลใช้เป็นฐานในการพัฒนาให้ก้าวหน้ามากขึ้น</p>
12 การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน [I-3.1ข(1)]		
13 การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)]		
14 การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3]	<p>ร้านยา การทำ teleconference ตรวจสอบผู้ใช้ร่วมกับทางโรงพยาบาลในพื้นที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาใช้ในการปฏิบัติงานให้มีความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ระบบคิวตรวจ (service queue, smart queue 2) application บริการระบบคิวออนไลน์นัด แจ้งเตือนให้มาตรวจตามนัด ประชาสัมพันธ์ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล นอกจากนี้มีการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในตลอดมา ส่งผลให้การประเมินความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเกินเป้าหมาย โดยมากกว่าร้อยละ 90 ใน 3 ปีนี้ 2. ในด้านโรงพยาบาลเครือข่าย 1) จัดให้มีโครงการสัมมนาเครือข่ายปีละ 2 ครั้ง เพื่อสนับสนุนความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่ 	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>บุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) มี ช่องทางให้โรงพยาบาลชุมชน เครือข่าย ปรึกษาการดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์</p> <p>3. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการจัด บริการเฉพาะเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้แก่</p> <p>3.1. ผู้ป่วยคดีจัดให้มีห้องแยกเฉพาะ ภายในแผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>3.2. ผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดให้มีห้องแยก เพื่อสังเกตอาการ และมีช่องทาง ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลฝ่ายกาย ได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>3.3. ผู้ป่วยที่ถูกแยก/ผูกมัด จัดให้มี ห้องแยกเฉพาะและให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วยก่อนดำเนินการทุกครั้ง รวมถึงมีการประเมินหลังการ แยกหรือผูกมัดอย่างสม่ำเสมอ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	และมีการตรวจเยี่ยมเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยสุขสบาย	
I- 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้		
16 การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก]	การจัดการระบบสารสนเทศ	ข้อเสนอแนะ (Recommendation)
17 การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]	1. มีการนำเอาเทคโนโลยีมาช่วยพัฒนาระบบการบริการต่างๆ เช่น นำตู้คี้ออสมาใช้ออกบัตรคิวอัตโนมัติ นำโปรแกรม ECD ของกรมบัญชีกลางมาใช้ในการเรียกเก็บผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง นำระบบการสแกนคิวอาร์โค้ดชำระเงินในผู้ป่วยนอก ระบบนัดหมายล่วงหน้าพบแพทย์ในผู้ป่วยเก่า นำเครื่องมือแพทย์เชื่อมโยงการลงข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วย [HIS] แบบอัตโนมัติระบบบริการส่งยาทางไปรษณีย์ เชื่อมต่อข้อมูลกับไปรษณีย์ไทย โปรแกรม I-refer มาใช้ในการ refer in, refer out เชื่อมโยงข้อมูลในโปรแกรมผู้ป่วย [HIS]	1. การวัดและวิเคราะห์ เพื่อให้การกำหนดหรือคัดเลือกตัวชี้วัดเป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งในส่วนของผลลัพธ์ขององค์กร (ตอน 4) ตัวชี้วัดในแผนกลยุทธ์ คณะกรรมการกำกับทางคลินิกควรคัดเลือกตัวชี้วัดในปริมาณที่เหมาะสม ครอบคลุมในประเด็นสำคัญ มีการตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง (เช่น ในกรณีการตั้งเป้าหมาย medication error เป็น 0 ซึ่งไม่สะท้อนข้อเท็จจริง) รวมทั้งมีการกำกับการวิเคราะห์ตัวชี้วัดดังกล่าวให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของทีมหรือผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด เพื่อนำสู่การพัฒนาความก้าวหน้าของตัวชี้วัดที่ตรงตามเหตุปัจจัย เห็นรูปธรรมที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) ตลอดในแต่ละปี
18 คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]		
19 การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]		
20 ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>2. มีการปรับปรุงระบบเครือข่าย internet และอื่นๆ เช่น ระบบพลังงานไฟฟ้า อัตโนมัติเมื่อมีไฟดับ เครื่องสำรองไฟ ครอบคลุมทั้งเครื่องแม่ข่าย เครื่องลูกข่ายและจุดเชื่อมต่อระบบ Intranet สำรองระบบแม่ข่ายสำรองข้อมูลและการกู้คืนห้องปฏิบัติการแม่ข่ายตามมาตรการความมั่นคงปลอดภัยทางกายภาพและ สิ่งแวดล้อมเพื่อความมั่นคงปลอดภัยด้านข้อมูลมีการพัฒนาแยกระบบ back office, HIS ออกจากกัน</p> <p>3. มีการพัฒนา application ต่างๆ ที่ช่วยให้เกิดการเข้าถึงการบริการ การพัฒนา line official khuikan, HOPE task force ในการให้บริการเข้าถึงการให้คำปรึกษาทางด้านจิตเวชและป้องกันฆ่าตัวตาย มีการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อ</p>	<p>2. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ การจัดการระบบสารสนเทศ ควรส่งเสริมการค้นหาความต้องการด้านข้อมูลสารสนเทศในเชิงรุกทั้งชุดข้อมูลสารสนเทศพื้นฐานที่จำเป็น ชุดข้อมูลสารสนเทศอื่นๆ ทั้งในระดับหน่วยงานและทีมนำต่างๆ ควรส่งเสริมพัฒนาโปรแกรมระบบการแจ้งเตือนการเกิด DI ให้ครอบคลุมทุกรายการตามที่กำหนดไว้เพื่อเอื้อให้เกิดความปลอดภัยต่อการใช้จ่าย การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจทางรังสี โปรแกรม application ที่ต้องอาศัยฐานข้อมูลจาก HIS กับระบบ HIS ของโรงพยาบาล การนำโปรแกรมมาช่วยสนับสนุนในการจัดการข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นขององค์กร เช่น ฐานข้อมูลเครือข่ายจิตเวช การพัฒนาเพื่อ ให้ไปสู่ excellence database of prevention suicide ที่จะนำไปสู่ out put ออกมาเป็นข้อมูลสารสนเทศที่พร้อมใช้งาน ข้อมูลสารสนเทศอื่นๆ รวมทั้งการกำหนดแนวทาง แผนรองรับภาวะฉุกเฉินทาง IT ให้มีความชัดเจน เป็นแผน ที่มีประสิทธิภาพ</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	สนับสนุนให้เกิด telemedicine ในการให้บริการแก่ผู้ป่วย	<p>และให้เกิดความมั่นใจในการรับมือ นำแผนที่พัฒนาปรับปรุงมาซ่อมรับมือต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีความพร้อมในการรับมือได้จริง</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>ความรู้ขององค์กร ควรส่งเสริมการบ่งชี้ค้นหาความรู้จากผู้ใกล้เคียงยึดมาพัฒนากระบวนการการถ่ายทอดความรู้ โดยเฉพาะในความรู้ชนิด tacit knowledge ให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ลงสู่กลุ่ม young staff และการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งการรวบรวม การจัดเก็บความรู้ที่สำคัญ การพัฒนาให้เกิดการเข้าถึงความรู้ คลังความรู้ที่ทันสมัย</p>
I-5 กำลังคน		
21 ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก]	ด้านความผูกพันของกำลังคน มีการสำรวจความผูกพันและนำผลสำรวจมาวิเคราะห์	ข้อเสนอแนะ (Recommendation)
22 สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข, ค(1)*(3)(4)]	รายปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยด้านที่เป็นจุดแข็งและปัจจัยด้านที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา และมีการนำปัจจัยด้านที่ยังเป็นโอกาสพัฒนามา	1. คณะกรรมการด้านกำลังคน ควรนำผลวิเคราะห์ความเพียงพอของกำลังคนและการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคน สู่การวางแผนพัฒนา กำหนดทิศทางในการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนให้มีความชัดเจน รวมทั้ง
23 การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน [I-5.1 ค(2)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
24 ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน [I-5.2ก]	ปรับปรุงกิจกรรมและมาตรการต่างๆ ในการพัฒนาส่งเสริมให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร เช่น กิจกรรมนุ่งผ้าขึ้นถือปิ่นโตกินข้าวโฮม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้กำลังคนได้มีพื้นที่กิจกรรมที่ได้รับประทานอาหารร่วมกัน	ข้อมูลด้านอัตรากำลังคนมาประเมินความเพียงพอเพื่อนำมาสู่การพัฒนาแผนการจัดสรรและบริหารอัตรากำลังในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ให้สอดคล้องกับระบบงานและกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่ได้ออกแบบไว้
25 การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [I-5.2ข]	เป็นหม่อมคณะกัน กิจกรรมจำหน่ายสินค้าเกษตรดอนตู และตลาดนัดออนไลน์แก่บุคลากรในราคาถูกเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนปัจจัยด้านรายได้ของกำลังคนที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา กิจกรรมปันสุข ให้กำลังคนได้ร่วมกันบริจาคเสื้อผ้าที่ไม่ใช้แล้วให้แก่คนในองค์กรกัน อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราคงอยู่ของกำลังยังคงอยู่ในอัตราที่สูง อยู่ระหว่าง 97 - 99% ตลอดในช่วง 3 - 4 ปีที่ผ่านมา	2. จากการสัมภาษณ์พบว่า โอกาสความก้าวหน้าทางอาชีพเป็นประเด็นสำคัญต่อการดำรงอยู่ของกำลังคนในหลายกลุ่ม รวมทั้งพบว่าอัตรา กำลังของกำลังคนในกลุ่มใกล้เคียงอายุเริ่มมีจำนวนสูงขึ้น ควรนำข้อมูลการเกษียณอายุของกำลังคน ผลกระทบของปัจจัยการก้าวหน้าทางอาชีพของกำลังคนแต่ละกลุ่มมาจัดทำแผน succession plan ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการประเมินการสรรหา กลุ่ม young staff ที่มีศักยภาพ ระบบการพัฒนาระบบการสร้างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะในกลุ่มดังกล่าวเพื่อทดแทนที่ทันเวลาและมีสมรรถนะที่เหมาะสม

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
I-6 การปฏิบัติการ		
26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]	1. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก โรงพยาบาลร่วมมือกับสถาบัน การศึกษาที่ส่งนักศึกษาเข้าฝึกอบรม โดย 1) มีข้อกำหนดในการรับนักศึกษา 2) มีระบบปฐมนิเทศก่อนฝึก 3) มีระบบ การนิเทศระหว่างการฝึกอบรม 4) มี การจัดทำข้อตกลงในความร่วมมือกับ สถาบันการศึกษา และร่วมกันกำหนด หน้าที่ความรับผิดชอบ ระดับของการ ปฏิบัติที่อนุญาต 5) เพิ่มจำนวนและ ความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน โดย โรงพยาบาลได้สนับสนุนให้บุคลากร เข้าอบรมหลักสูตรครูพี่เลี้ยง และศึกษา ต่อในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก 6) เน้นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการมอบหมายครูพี่เลี้ยงในการ กำกับดูแลการฝึกปฏิบัติงานของ	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน ควร ส่งเสริมการใช้ 3P เป็นกรอบการดำเนินงานหรือพัฒนา งาน โดยให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในส่วนของเป้าหมาย (purpose) เพื่อสามารถนำไปกำหนดผลลัพธ์การ ดำเนินงาน (performance) ที่ชัดเจนตรงเป้าหมาย และ ใช้เป็นค่าผลงานพื้นฐาน เพื่อการต่อยอดการพัฒนา ด้วยการออกแบบกระบวนการใหม่ๆ (process) เพื่อให้ ผลงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2. การจัดการนวัตกรรม เพื่อให้เป็นไปตามพันธกิจ โรงพยาบาล เป็นไปตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่ว่า ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม ด้าน สุขภาพจิต และการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ควรส่งเสริมให้เห็นรูปธรรมการส่งเสริมการทำวิจัย CQI นวัตกรรม มีการรวบรวมผลงานดังกล่าวอย่างเป็น ระบบ และแสดงให้เห็นคุณค่า การนำไปใช้ประโยชน์
27 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]		
28 การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง]		
29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]		
30 ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ต่างๆ [I-6.2ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>นักศึกษาในทุกระดับและทุกวิชาชีพ ร่วมกับอาจารย์ของแต่ละสถาบันตลอดระยะเวลาการฝึกงาน</p> <p>2. ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน ในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID - 19 มีการร่วมมือกับเครือข่ายในการค้นหาผู้ป่วย COVID - 19 ทั้งในกลุ่มทั่วไปและกลุ่มจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลสนาม HI & CI เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัด และติดตามเป็นระยะจนผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้มีการปรับหน่วยงานและสิ่งแวดล้อมให้พร้อมรับดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อ COVID - 19 กลุ่มเสี่ยง PUI ที่ได้รับการส่งต่อจากเครือข่ายการปรับที่สำคัญในระบบบริการทั้ง OPD & IPD ได้แก่ 1) ARI clinic</p>	<p>หรือมีการอ้างอิงทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลงานด้านนวัตกรรม</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>การจัดการห่วงโซ่อุปทาน ควรรวบรวมข้อมูลการว่าจ้าง out source ในแต่ละปีเพื่อมาพัฒนาปรับปรุงระบบการติดตามของการทำงานและส่งมอบผลงานของ supply chain ให้ชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายการส่งมอบ ทั้งคุณภาพของการส่งมอบ และการส่งมอบที่ตรงเวลา ดำเนินการให้มีแนวทางในการประเมินการส่งมอบให้ครอบคลุมในทุก supply chain รวมทั้งการกำหนดแนวทางในการรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการส่งมอบเพื่อป้อนกลับไปยังผู้ส่งมอบให้ปรับปรุงกระบวนการส่งมอบร่วมกัน</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	2) จัดระบบ cohort ward และระบบ อากาศแบบ อุโมงค์ลมระบายอากาศ negative pressure จำนวน 10 เตียง ผลการดำเนินงานตั้งแต่เมษายน 2564 – กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยจิตเวชที่ติด เชื้อ COVID - 19 ที่เข้ารับการรักษา ทั้งหมดจำนวน 161 ราย ส่งต่อ 2 ราย	
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ		
31 ระบบบริหารงานคุณภาพ [การประสานงานII- 1.1ก และบูรณาการ การทำงานเป็นทีม (1)(2)(3)(4)(10)]	1. ระบบบริหารคุณภาพ ในช่วงที่ผ่านมา มีการทบทวนและปรับคณะกรรมการ ทีมคุณภาพ ทีมนำทางคลินิก และทีม ระบบต่างๆ เกือบทุกทีม ในแต่ละทีม เป็นทีมคนรุ่นใหม่เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้ง ผู้นำสูงสุดพึงย้ายมาประจำการใหม่ยัง ไม่ถึงปี อย่างไรก็ตามพบว่าแม้ผู้นำ สูงสุดพึงย้ายมาได้ไม่นาน แต่ให้ความ	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม ควร ส่งเสริมการใช้เวทีการประชุมการกำกับทางคลินิกที่มี องค์กรประชุมร่วมกันของ Key person ของทีมคร่อมสาย งานทุกทีม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิด ความเข้าใจงานซึ่งกันและกัน และเพื่อเสริมสร้างการ ทำงานเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างทีมคร่อมสายงาน ต่างๆ
32 การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนา คุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)]		
33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1)]		
34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข (2)(3)(4)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (5)* (6)]	<p>สำคัญกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย จะเห็นได้จาก</p> <p>1.1. มีการกำหนดนโยบายคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P safety) โดยจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อสื่อสารให้บุคลากรทราบและถือปฏิบัติ</p> <p>1.2. ทบทวน กำกับติดตามความก้าวหน้า ผลการดำเนินงาน รวมถึงแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างต่อเนื่องผ่านการประชุมทีม</p> <p>1.3. ปรับปรุงโครงสร้างทางการบริหารให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ใหม่ที่กำหนดขึ้น ในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID - 19 มีการประสานการทำงาน การทำงาน</p>	<p>2. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย :</p> <p>2.1. จากจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยโรค depression มี volume ที่สูง ควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม เช่น ผ่านการใช้ staging ในการดูแลผู้ป่วย หรือเห็นภาพรวมการพัฒนาในรูปแบบ clinical tracer, clinical quality summary รวมทั้ง KPI ที่สำคัญในผลลัพธ์ ตอน 4 ทั้งนี้เพื่อความก้าวหน้าในการพัฒนาโรค ทั้ง 2 อย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.2. ควรส่งเสริมการจัดระบบการให้ psychosocial therapy ให้มีความชัดเจนอย่างเป็นระบบในภาพรวมโรงพยาบาล ในแต่ละโรค แต่ละวิชาชีพ ให้ ช่วง staging ที่ให้ psychosocial therapy สถานที่ให้ เกณฑ์เข้ารับ (inclusion criteria) ในการให้แต่ละ psychosocial therapy การวัดผลสำเร็จการให้ในแต่ละครั้ง เช่น ความรู้ หรือผลการเปลี่ยนแนวคิด พฤติกรรม</p>
36 กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)(3)]		
37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>เป็นที่ทีมที่เข้มแข็งชัดเจนทั้งภายในโรงพยาบาล ภาควิชาหรือช่วยชุมชน ในการดำเนินการป้องกันความเสี่ยง เตรียมความพร้อมในการรองรับสถานการณ์ ทำให้สามารถตอบโต้ภาวะการระบาดได้และสามารถช่วยงานภาระกิจสำคัญที่นอกเหนือจากภารกิจองค์กร เช่น การรับมือให้กับประชาชนทั่วไป</p> <p>2. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย :</p> <p>2.1. มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยในหลายวิธีการ เช่น การทบทวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยหลัง</p>	<p>3. กระบวนการการบริหารความเสี่ยง :</p> <p>3.1. จากที่ทีมเริ่มมีการนำ โปรแกรม HRMS มาใช้บันทึกอุบัติการณ์ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยง พบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง อุบัติการณ์ล่าช้าและมีการรายงานลดลง ความเสี่ยง อุบัติการณ์จำนวนมากที่ลงไม่ได้ เนื่องจากไม่เหมาะกับบริบท ควรศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อดี/ข้อเสียในใช้โปรแกรม HRMS เปรียบเทียบกับโปรแกรม RM เดิมที่เพื่อหาโอกาสพัฒนาและนำมาพัฒนา ร่วมกับทีม IM ของโรงพยาบาล หรือตัดสินใจจะใช้โปรแกรมไหนที่บุคลากรสามารถบันทึกได้ และใช้งานทำให้เอื้อต่อการลงบันทึกอุบัติการณ์/ความเสี่ยง ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป</p> <p>3.2. จากที่โรงพยาบาลกำหนดจุดเน้นเรื่อง 2P safety นำมาดำเนินการผ่าน risk register ทีมบริหารความเสี่ยงควรสื่อสารประเด็นสำคัญที่องค์กรมุ่งเน้นในแต่ละช่วงเวลากับผู้เกี่ยวข้องให้</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>รับ admit ภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้มีการปรับระบบงานสำคัญคือ</p> <p>2.1.1. การพัฒนาการจัดตั้งศูนย์ refer ในปี 2563 เพื่อบริหารจัดการผู้ป่วยที่จะ refer มาจากโรงพยาบาลเครือข่าย โดยมีการปรับปรุงเกณฑ์ในการส่งต่อให้รัดกุมรวมทั้ง lab ต่าง ๆ ที่ตรวจ เพื่อให้โรงพยาบาลเครือข่ายตรวจสอบและดูแลรักษาโรคทางกายก่อนส่งมา</p> <p>2.1.2. การปรับปรุงและพัฒนาระบบคัดกรอง OPD/ER screening ก่อนพิจารณา</p>	<p>ชัดเจน รวมทั้งสร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ risk register เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบแนวทางป้องกัน ควบคุม บรรเทา รวมทั้งติดตามกำกับดูแล และนำผลไปบริหารจัดการกระบวนการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>1. การบริหารงานคุณภาพ เพื่อให้การบริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาลมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทีมควรทำความเข้าใจบทบาทของทีมนักพัฒนาคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน การประเมินตนเอง และใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเอง ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดของโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ และนำไปสู่การวางแผนพัฒนาคุณภาพ กำหนดจุดเน้นของการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน นำไปสื่อสารสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกันในทุกระดับอย่างยั่งยืน</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>admit เป็นผลให้จำนวนผู้ป่วยที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา ลดลงจาก 17 รายในปี 2563 เป็น 7 ราย ในปี 2564</p> <p>2.2. จากการทบทวนวิเคราะห์ผู้ป่วย refer out ที่มีโรคร่วมทางกายอย่างเป็นระบบที่เกิดในปี 2562 ถึงกลางปี 2565 ทำให้เห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (AE) โดยเฉพาะเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย (diagnostic error) พบว่าส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อน delayed Dx อันดับหนึ่ง รองลงมาคือ wrong Dx, missed Dx ซึ่งมักพบใน</p>	<p>2. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย :</p> <p>2.1. จากการจัดตั้งศูนย์ refer ในปี 2563 นั้น ยังมีโอกาสพัฒนาดังนี้</p> <p>2.1.1. ศูนย์ refer ควรมีบทบาทครอบคลุมการ refer ทุกประเภท ทั้ง refer in, refer out, refer back โดยในแต่ละชนิดของการ refer จะต้องมีบทบาทอย่างไรบ้าง</p> <p>2.1.2. ควรพัฒนาฐานข้อมูล/ตัวชี้วัดในบทบาทต่างๆ อย่างครอบคลุม</p> <p>2.1.3. มีการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวชี้วัดดังกล่าวมาเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศูนย์ refer อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาทั้งตัวโรงพยาบาลเอง และโรงพยาบาลเครือข่ายตามพันธกิจของโรงพยาบาล</p> <p>2.2. จากการตั้งศูนย์ refer ในปี 2563 ยังพบว่าในปี 2564 ที่ ER โรงพยาบาลยังต้อง refer out ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกทางกายจำนวน 90 ราย ควรส่งเสริมให้นำจำนวนดังกล่าวไปสู่การวิเคราะห์</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>กลุ่มโรค pneumonia รongลงมา NMS, severe hyponatremia ตามลำดับ รวมทั้งพบปัจจัยสาเหตุเบื้องต้น เช่น ปัญหาการชักประวัติ ปัญหาการเฝ้ารวัง และการมี over sedation นำมาสู่การวางแผนที่จะปรับปรุงชัดเจนขึ้น</p> <p>2.3. ผลการทบทวนผู้ป่วย refer out เพิ่มเติม ผลการทบทวนเพิ่มเติมพบว่า ในระยะเวลาตั้งแต่ปี 2562 - มิถุนายน 2565 มีจำนวนผู้ป่วย refer out จากภาวะแทรกซ้อนทางกาย 133 ราย แบ่งเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ pneumonia, NMS, hypokalemia, hyponatremia, sepsis, over sedation และโรคทางกายอื่นๆ</p>	<p>หาสาเหตุ เพื่อแก้ไขพัฒนาในส่วนของโรงพยาบาลเครือข่าย และสาเหตุอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลเครือข่าย</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>= 25,15, 13, 9, 5, 3, 64 ตามลำดับ ซึ่งได้มีการปรับปรุงในแต่ละปีเป็นบางส่วนแล้ว และมี clinical policy ที่จะปรับปรุงเพิ่มอีก 9 ประเด็นที่นำมาบรรจุในแผนปฏิบัติการที่จะดำเนินการให้แล้วเสร็จใน 6 เดือน โดยแต่ละประเด็นมีทีมที่รับผิดชอบในการดำเนินงานและการกำกับติดตามที่ชัดเจน</p> <p>3. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย :</p> <p>3.1. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในหอผู้ป่วยใน มีการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วย amphetamine + multi substance induce psychotic disorder, schizophrenia มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ดังนั้นจึงกำหนด</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ให้โรคดังกล่าวเมื่อรับไว้ทุกราย ต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตายด้วย M.I.N.I suicide ประเมินการเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยด้วย PISRA-12 มีการปรับปรุง CPG suicide และจากข้อมูลพบว่ามัก มีการฆ่าตัวตายในระยะ 7 วัน แรกที่ admit (acute phase) จึง ให้ความสำคัญสูงในระยะเวลา ดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อป้องกันฆ่า การตัวตายในหอผู้ป่วย</p> <p>3.2. มีการพัฒนาปรับปรุงการค้นหา โรคแทรกซ้อนทางกายที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตให้ได้แต่ เนิ่นๆ รวมทั้งแนวทางป้องกัน และการดูแลในแต่ละโรคสำคัญ ได้แก่</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>3.2.1. NMS (neuroleptic malignant syndrome) มี flow การดูแล standing order for NMS มีการตรวจ CPK และแจ้งผลใน 30 นาที</p> <p>3.2.2. aspiration pneumonia มีการประเมิน over sedation ด้วย RASS (richmond agitation-sedation scale) มีการประเมิน severity side effect antipsychotic drug ทั้ง EPS, acute dystonia, NMS มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการสำลัก</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>3.2.3. Sepsis มีแนวทางการประเมินด้วย modified SOFA หรือ SOFA</p> <p>3.2.4. Electrolyte imbalance โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วย alcohol ผู้ป่วยที่มี polydipsia มี standing order ในการเจาะ lab</p> <p>4. การบริหารความเสี่ยง ทีมยังคงชี้แจงระบบเดิมได้ ทีมมีความเข้าใจแนวคิดการดำเนินงาน ทีม RM ยังคงให้ความสำคัญกับการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E อย่างต่อเนื่อง ในช่วงที่ผ่านมา มีความก้าวหน้าการพัฒนา</p> <p>4.1. มีการการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยที่สำคัญ มาตั้งแต่ปี 2563 ล่าสุดปี 2564 พบความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ ระดับดีเยี่ยม ระดับยอมรับได้ คิดเป็นร้อยละ 22.3, 14.7 ตามลำดับ</p> <p>4.2. เริ่มมีการนำโปรแกรม HRMS, risk register มาใช้ รวมทั้งเริ่มมีการประกาศ 2P safety โดยให้ความสำคัญกับมาตรฐานสำคัญ จำเป็น 9 ประเด็น ซึ่งมีการมอบหมายแต่ละมาตรฐานตามทีม ระบบที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบ และ RM ช่วยติดตามภาพรวม ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการเรียนรู้</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
38 ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]	1. องค์กรพยาบาล 1.1. ในช่วงสถานการณ์ระบาดมีการปรับโครงสร้างการบริการผู้ป่วยในเป็นแบบ one stop service ทำให้การระบบบริการทางการแพทย์ในแต่ละ phase ไม่ชัดเจน มีการสนับสนุนพัฒนาพยาบาลให้ได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทาง ได้แก่ 1) พยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชผู้ใหญ่ หลักสูตร 4 เดือน ทุกคน 2) APN จิตเวช 6 คน 3) ปริญญาโทจิตเวช 37 คน 4) สารสนเทศ 1 คน 5) AN 3 คน 1.2. มีการประเมินสมรรถนะเฉพาะทาง 1) ด้านการป้องกันและดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) การ	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. องค์กรพยาบาล 1.1. ทีมบริหารทางการแพทย์ควรวางแผนปรับปรุงการจัดอัตรากำลัง ใช้ประโยชน์จากประเมิน productivity ในแต่ละช่วงเวร และแต่ละหอ ที่พบว่ามีการะงานสูงมาก โดยคำนึงถึงความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล นำมาจัดกำลังคนเสริมเพื่อให้มีการบริหารกำลังคนที่เหมาะสมกับภาระงานและแก้ปัญหาได้ทันเวลา 1.2. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลผลการนิเทศทางคลินิก ผลการทบทวนเวชระเบียน เพื่อหาโอกาสพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน 3 กลุ่มโรค ตามเป้าหมาย PCT และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลตาม staging ที่เป็นจุดเน้นขององค์กร
39 ปฏิบัติการทางการแพทย์ [II-2.1ข]		
40 องค์กรแพทย์ [II-2.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>พยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ</p> <p>3) ด้านการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>1.3. มีการกำหนดระบบนิเทศทางการพยาบาล 3 ระดับ ได้แก่</p> <p>1) หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล 2) ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน โดยผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงาน กำหนดประเด็นสำคัญในการนิเทศ 3) ระดับผู้ปฏิบัติ โดยหัวหน้าหอผู้ป่วยและนอกเวลา โดยผู้นิเทศทางการพยาบาล นอกเวลาราชการ แต่การนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา</p>	<p>1.3. ควรส่งเสริมกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ชัดเจน มีการกำกับ ติดตาม กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในประเด็นความเสี่ยงระดับ E up การบำบัดทางจิตเวชโดยพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง การวิเคราะห์ ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อวางแผนพัฒนาต่อ</p> <p>1.4. ผลจากรายงานการทบทวนกำลังคนทางการพยาบาลในอนาคต succession plan พบว่าการกำหนดประเด็นในการพัฒนายังไม่ชัดเจน เช่น</p> <p>1) แผนการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับ clinical risk ในกลุ่มพยาบาลน้องใหม่ 2) การใช้ข้อมูล productivity ในการวางแผนการจัดกำลังคนให้เหมาะสมในแต่ละช่วง 3) การกำหนดเฉพาะประเด็นที่จำเป็นต่อการพัฒนาคน ในแต่ละกลุ่ม 4) แนวโน้มใน 3 - 5 ปี จะมีการเกษียณจำนวนมาก ควรจัดทำ HR plan กำหนดเป้าหมาย</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>บุคลากร ระบบบริการทางการพยาบาลไม่ชัดเจน</p> <p>1.4. มีการจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:เพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล</p> <p>2. องค์กรแพทย์ ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยเป็นประธานในทีมคร่อมสายงาน 8 ทีม และมีการทบทวนอุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ E ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของแพทย์ รวมทั้งการพัฒนาแนวทางการดูแลโรคทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการดักจับโรคแทรกซ้อนทางกาย เพื่อการส่งต่อแต่เนิ่นๆ กำหนดการคัดกรอง sepsis ให้ใช้เป็น quick SOFA score มีแนวทางในการป้องกัน ประเมินและรักษาภาวะ pneumonia ประยุกต์ใช้</p>	<p>เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและวิชาชีพ และ KPI ในการประเมินความสำเร็จให้ชัดเจน และแผนพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ที่จะมาสืบทอดตำแหน่งทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารและกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล บรรลุเป้าหมาย การกำกับดูแลมีประสิทธิภาพ</p> <p>2. องค์กรแพทย์ จากการทบทวนอุบัติการณ์ต่างๆ รวมทั้งการทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย พบว่ายังมีโอกาสการพัฒนาดังนี้</p> <p>2.1. ควรกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองหลังการรับรายงาน ภายในเวลาที่กำหนด เพื่อลดอุบัติการณ์ delayed diagnosis and treatment</p> <p>2.2. ควรมีข้อสรุปร่วมกันในแนวทางการรักษา และปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดร่วมกันอย่างเคร่งครัด หรืออาจกำหนดเป็น clinical policy ในคณะกรรมการการกำกับทางคลินิก เพื่อลด</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	richmond agitation-sedation scale (RASS) เพื่อเฝ้าระวัง over sedation	<p>อุบัติการณ์การเกิดซ้ำต่างๆ เช่น การใช้ยามากไปหรือน้อยไป การไม่สั่งเจาะ lab ตามแนวทาง</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>องค์กรแพทย์</p> <ol style="list-style-type: none"> ควรค้นคว้าศึกษาเรียนรู้การใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพในการเป็นประธานทีมคร่อมสายงานต่างๆ เพื่อนำทีมอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การทบทวนอุบัติการณ์เพื่อหา RCA แบบ 5 ขั้นตอน เพื่อหาสาเหตุราก นำสู่การปรับปรุงเชิงระบบ ตลอดจนการปรับปรุงอย่างได้ผลด้วย risk register ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อแสดงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ในส่วนผลงานที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ โดยตรงให้ครอบคลุมมากขึ้น

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย		
41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]	1. ด้านโครงสร้างอาคาร มีการพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของ COVID - 19 เช่น 1) ARI clinic 2) จัดระบบ cohort ward และระบบอากาศแบบ อุโมงค์ลมระบายอากาศ negative pressure จำนวน 10 เติง การปรับสิ่งแวดล้อมในหน่วยงานต่างๆ เพื่อป้องกันในการแพร่กระจายเชื้อ	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation)</p> <p>เพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทาง ด้าน สวัสดิภาพและเชิงโครงสร้าง ควรส่งเสริมการพัฒนาในประเด็นต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ควรส่งเสริมการนำข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมของ สบส.เขต 7 และจากกิจกรรม ENV round นำมาวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนตอบสนองต่อความเสี่ยงในทุกประเด็นให้ครอบคลุม รวมทั้งการกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามแผนจากการสัมภาษณ์พบว่าเหตุการณ์ไฟไหม้ที่เกิดจากการก่อสร้างจากผู้รับเหมา ยังไม่ได้มีการทบทวนความเสี่ยง RCA ควรร่วมกับคณะกรรมการการจัดการความเสี่ยง ปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง การกำกับติดตามความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 2. คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมควรร่วมกับหน่วยงาน หอผู้ป่วยในการวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ร่วมกันในกรณีผู้ป่วยจิตเวช หลบหนี เพื่อนำมาพัฒนา
42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง]		
43 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขปลอดภัย [II-3.2ก, ข]		
44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก]		
45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]	2. จากก่อสร้างอาคารตึก 5 ชั้น มีการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่อื่นๆ ทำให้มีการปรับปรุงอาคารอื่นๆ เพื่อรองรับหน่วยงานที่ต้องโยกย้ายสถานที่ชั่วคราว ด้วยการสำรวจทบทวนและจัดทำ flow ต่างๆ ในหน่วยงานที่ย้ายไป โดยมีการทบทวนระบบป้องกันอัคคีภัย เส้นทาง	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>หน้าไฟ จุดรวมพล เส้นทางจราจร และระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น</p> <p>3. มีการดำเนินการกิจกรรม ENV อย่างสม่ำเสมอในช่วงปี 2564 - 2565 และได้นำประเด็นความเสี่ยงในบางส่วนมาพัฒนาปรับปรุง</p> <p>4. ด้านเครื่องมือแพทย์และสาธารณูปโภค มีการจัดให้มีการสอบเทียบสม่ำเสมอทุกปี และการกำกับติดตามในการบำรุงรักษาระบบสาธารณูปโภค</p> <p>5. ได้มีการนำแนวทาง green and clean มาพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการผ่อนคลายและความสะดวกสบายอย่างต่อเนื่องจนได้รับการรับรองมาตรฐาน green and clean ระดับดีมาก plus</p>	<p>ปรับปรุงเชิงโครงสร้าง แนวทางการเฝ้าระวังการรักษาความปลอดภัยให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น</p> <p>3. ควรส่งเสริมการจัดกลุ่มเครื่องมือแพทย์ที่ชัดเจน ตามมาตรฐาน สบส. แยกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามความเสี่ยงสูง เสี่ยงกลาง เสี่ยงต่ำเพื่อนำมาสู่การกำหนดมาตรการแนวทางการตรวจสอบความพร้อมใช้ตามวงรอบ การบำรุง รักษาให้เหมาะสมกับเครื่องมือแต่ละประเภท รวมทั้งกลุ่มเครื่องมือเสี่ยงสูง เช่น เครื่องช็อตไฟฟ้า (ECT), defibrilator, AED ที่มีประจำตามหอผู้ป่วยต่างๆ ที่นอกจากการตรวจสอบโดยหน่วยงานผู้ใช้งานแล้วควรพัฒนาให้มีการตรวจสอบโดยช่างเครื่องมือแพทย์โรงพยาบาลตามวงรอบที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความพร้อมใช้งาน</p> <p>คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมการกำกับติดตาม การตรวจสอบผลน้ำเสียรายวันในบางพารามิเตอร์ที่จำเป็น กำกับติดตามการเคลื่อนย้ายและการจัดเก็บขยะให้เป็นไปตามแนวทางและนโยบายที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
46 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]	<p>ในช่วง 1 - 3 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ ICC มีการพัฒนาระบบที่เข้มแข็งขึ้น โดยเฉพาะในช่วงในปี 2563 - 2564 ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID - 19 อย่างมาก คณะกรรมการ ICC ร่วมกับทีมนำระบบ มีมาตรการร่วมกัน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID - 19 ในผู้ป่วยก่อน refer โดย <ol style="list-style-type: none"> 1) มีผลตรวจ ATK/RT-PCR ใน 24 - 72 ชั่วโมง 2) งดรับ refer ผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ COVID - 19 หากจำเป็นต้องรับไว้ ต้องมีผลตรวจ PCR not detected ก่อนส่ง 2. มีการกำหนดแนวทางและปรับระบบจัดสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อความปลอดภัย ได้แก่ 1) ARI clinic เป็น one stop service 2) จัดระบบ cohort ward และ 	<p>คำแนะนำ(Suggestion)</p> <p>ควรเพิ่มการกำกับติดตาม ประเมินหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและหรือแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ หน่วยจ่ายกลาง บำบัดน้ำเสีย ระบบการจัดการขยะ ห้อง lab โภชนาการ เพื่อการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายเชื้อและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ครอบคลุมกระบวนการและพื้นที่ต่างๆ</p>
47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]		
48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]		
49 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] *		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ระบบอากาศแบบ negative pressure จำนวน 10 เตียง แพทย์ใช้การตรวจผ่านระบบ telemedicine รวมทั้งระบบการรับ - ส่งผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อ COVID - 19 จากโรงพยาบาลสนาม LQ 3) จัดสิ่งแวดล้อมเน้น social distancing อย่างน้อย 1 - 2 เมตร</p> <p>3. IPD ตรวจ ATK ก่อนรับไว้รักษา และตรวจซ้ำทุก 5 วัน งดญาติเยี่ยมผู้ป่วย ให้เยี่ยมทางโทรศัพท์ การทำกลุ่มในผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 และไม่มีความเสี่ยง ให้ผู้ป่วยสวม mask ในการเข้ากลุ่ม</p> <p>4. ให้ความรู้แก่บุคลากร เกี่ยวกับ COVID - 19 และการใส่ PPE</p> <p>5. จากการพบระบาดในหอผู้ป่วย มีการปรับที่สำคัญ โดยการจัดให้ผู้ป่วยที่รับ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ในช่วงเวลาเดียวกันให้พักในห้องเดียวกัน</p> <p>ผลลัพธ์ผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ในปี 2563 - 2564 ผู้ป่วยจำนวน 522 ราย ผล PCR not detected พบพฤศจิกายน ปี 2564 มีการระบาด COVID - 19 ในหอผู้ป่วย 2 ครั้ง จำนวน 9 ราย สิงหาคม ปี 2565 เกิดการระบาดอีก 1 ครั้ง จำนวน 9 ราย บุคลากรไม่มีการติดเชื้อ COVID - 19 ในช่วงแรก แต่พบในช่วงเดือนสิงหาคม 2565 จากการปฏิบัติงาน 8 คน</p>	
II-5 ระบบเวชระเบียน		
50 ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]	<p>เวชระเบียนผู้ป่วย มีการแสดงให้เห็นการพัฒนาความสมบูรณ์ของเวชระเบียนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นรายปีตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา มีการพัฒนาตามการพัฒนาของคู่มือการตรวจความสมบูรณ์ของเวชระเบียนของ สปสช. ที่มีการปรับปรุงใน</p>	<p>คำแนะนำ(Suggestion)</p> <p>ระบบบริหารเวชระเบียน ควรส่งเสริมการนำผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้ออกแบบไว้ในลักษณะ staging ในการดูแลผู้ป่วยในมาค้นหาส่วนขาดของการบันทึกข้อมูลและส่วนของความซ้ำซ้อนให้ครอบคลุมในทุกวิชาชีพที่ให้การดูแลรักษา เพื่อนำมาสู่การพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มใน</p>
51 เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ปี 2559, 2560 และล่าสุดปี 2563 ที่สำคัญมีการวิเคราะห์เป็นรายประเด็น เช่น ผู้ป่วยในมี 18 ประเด็นว่าแต่ละประเด็นมีความสมบูรณ์เป็นร้อยละเท่าไร แล้วนำเกณฑ์ที่ยังได้คะแนนที่สามารถทำเพิ่มได้ สู่อุปการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ส่งผลให้เวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น เกินร้อยละ 95 อย่างต่อเนื่องในปี 2560 – 2565 (เป้าหมาย 85%) และผู้ป่วยในเกินร้อยละ 90 อย่างต่อเนื่องในปี 2560 - 2565 เช่นกัน (เป้าหมาย 85%)	การบันทึก ให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแล มีข้อมูลต่างๆ ที่สำคัญจำเป็นเพียงพอ ในการสื่อสารกระบวนการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] *	1. มีการพัฒนาระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ที่มีความชัดเจนและมีระบบที่รัดกุม มีการวางแผนทางติดตามการใช้ยา ในผู้ป่วยที่ได้รับยาทางไปรษณีย์ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ยาที่รวดเร็ว ไม่เกิน 2 วัน และเป็นช่องทางหลักที่ทำ	ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. ควรส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกัน ระหว่าง คณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา(MMS) องค์กรแพทย์ในการนำอุบัติการณ์ acute serious ADR เช่น NMS, aspiration pneumonia, over sedation มา ทบทวน RCA ร่วมกันและกำหนดแนวทางร่วมกันใน
53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษา ยา [II-6.1 ข,ค]		
54 การสั่งจ่ายยาและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2 ก]		
55 การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
56 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]	<p>ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID - 19 ได้เกือบสองหมื่นราย</p> <p>2. จากเดิมโรงพยาบาลมี robot จัดยาทำให้การกระจายยาของโรงพยาบาลได้พัฒนาจากแบบ 3 วัน มาเป็น unit dose รายวันแต่เนื่องจากนโยบายกรมสุขภาพจิตทำให้ต้องคืน robot จัดยาแก่กรมสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามหน่วยงานเภสัชกรรมยังพยายามที่จะคงรักษาระบบการกระจายยาแบบ one day dose ให้แก่ผู้ป่วย และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งเสริมให้ ยังควบคุม dispensing error, pre-dispensing error ไว้ในเป้าหมายได้เทียบเท่าในขณะที่ยังใช้ระบบ robot จัดยา</p> <p>3. ด้านความปลอดภัย ทีมได้ร่วมทบทวนรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงในยาที่ใช้</p>	<p>การป้องกันการเกิดซ้ำและลดความรุนแรงใน ADR บางกลุ่มอาการ</p> <p>2. ควรประสานความร่วมมือร่วมกับคณะกรรมการสารสนเทศในการพัฒนาโปรแกรม กระบวนการดักจับ DI ให้รัดกุมครอบคลุมทุกรายการตามที่ PTC กำหนด</p> <p>3. ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR monitoring) ให้ชัดเจนตั้งแต่การกำหนดประเภท ADR (preventable, non-preventable) serious ADR ทั้ง acute, prolong (เช่น EPS ในบางกลุ่มอาการ) แนวทางการรายงาน การรวบรวมข้อมูล เพื่อมาวิเคราะห์ปัญหาด้าน ADR สำคัญและนำมากำหนดแนวทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและเป้าหมายในการพัฒนาให้ชัดเจน</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ทำ modified ECT ยาฉุกเฉินในการ CPR รายการยา SMP โดยกำหนดแนวทางในการเบิกจ่ายยา การทบทวน DI ที่เกิดขึ้น และการวางมาตรการเฝ้าระวังการใช้ยาใหม่ที่อยู่ในสถานะ SMP รวมทั้งยังรณรงค์การเฝ้าระวังติดตาม ADR ที่สำคัญในยา HAD ในยาจิตเวช 4 รายการ ได้แก่ lithium, clozapine, carbamazepine, larmatrigine รวมทั้งการวางระบบการคัดกรองโดยจิตแพทย์ก่อนสั่งใช้ยาดำรับกัญชา และได้มีการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการคัดกรองและการป้องกันแพ้ยาซ้ำอย่างต่อเนื่องส่งผลให้โรงพยาบาลไม่พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2562</p> <p>4. หน่วยงานเภสัชกรรมได้ร่วมกับ OPD ในการวางแนวทางการตรวจสอบดักจับการให้ยาผิดคนในรูปแบบของ CQI ทำ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	ให้ ผลลัพธ์การให้ยาผิดคนดีขึ้นและไม่เกิดซ้ำในระดับที่ถึงตัวผู้ป่วย	
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
57 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]	1. การบริการทางรังสี ให้บริการ general x-ray เฉพาะในเวลาราชการ 08.30 - 16.30 น. ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม มีระบบกำกับตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานความปลอดภัยของเครื่องและสิ่งแวดล้อมจากผู้เชี่ยวชาญ 1 ครั้ง/ปี ล่าสุด ปี 2564 ผลผ่านตามาตรฐาน การรายงานผลภาพถ่ายทางรังสียังใช้ฟิล์ม มีการกำหนดตัวชี้วัดในการกำกับคุณภาพ ได้แก่ 1) ความผิดพลาดในการถ่ายฟิล์มเอกซเรย์พบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น ล่าสุดปี 2564 ร้อยละ 2.01 2) ความพึงพอใจผู้รับบริการอยู่ในระดับดีขึ้นไป 3) จำนวนครั้งของการตรวจสอบคุณภาพ	คำแนะนำ (Suggestion) ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จากการติดตามประเมินประสิทธิภาพ พบโอกาสพัฒนาดังนี้ 1. การส่งตรวจภายนอกในช่วงที่ห้อง lab ปิด และการติดตามประเมินความรวดเร็วในการรายงาน 2. การใช้ค่าวิกฤตหลังรายงานแพทย์ 3. ผลการกำกับคุณภาพ EQA
58 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2] *		
59 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4] *		
60 พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ [II-7.3 / 7.5]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>เครื่องมือทางรังสี 4) ใบอนุญาตการใช้หรือครอบครองเครื่องกำเนิดรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ (หมดอายุ ธันวาคม 2565) ดำเนินการส่งหลักฐานเพื่อขอรับรองห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย อยู่ในระหว่างดำเนินการ</p> <p>2. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์: ให้บริการตรวจวิเคราะห์เฉพาะในเวลาราชการ และวันหยุดเปิดให้บริการเฉพาะเวลา 08.30 – 16.30 น. หลัง 16.30 ส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ในบางรายการที่ตรวจเองไม่ได้ส่งตรวจภายนอก และรายงานผลใน 3 วัน มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม 3 คน (เทคนิคการแพทย์ 2 นักวิทยาศาสตร์การแพทย์)</p> <p>2.1. การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านระบบ LIS (ในปี</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>2562) มีการกำกับคุณภาพระบบการตรวจวิเคราะห์ IQC & EQA ทุกรายการ ในปี 2563, 2564 ทุกรายการ ผ่านตามมาตรฐาน ในปี 2565 EQA การติดตามผลไม่ครบทุกรอบ</p> <p>2.2. มีการติดตามการรายงานผลตรวจที่มีค่าวิกฤต และทวนสอบซ้ำ เพื่อให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับรายงานแล้ว มีการรายงานผล COVID - 19 ทางระบบออนไลน์ application หมอพร้อม station มีการตรวจรับรองคุณภาพบริการจากสภาวิชาชีพ (หมดอายุปี 2565) อยู่ระหว่างการขอต่ออายุการรับรองจากสภาวิชาชีพ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	<p>ในปี 2565 เพิ่มการค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยประชาชนสามารถเข้าถึงการประเมินผ่านโปรแกรม mental health check In (MHCI) รวบรวมกลุ่มเสี่ยงต่อโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในทุกเหตุการณ์ ภัยพิบัติต่างๆ และสำหรับการประเมินกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยทั่วไปที่ติดเชื้อ COVID - 19 ในโรงพยาบาลสนาม local quarantine, home isolation, community isolation ในทุกกลุ่ม กำหนดการติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมายต่อเนื่องตามช่วงเวลา 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน จนกว่าจะหมดความเสี่ยง เพื่อให้บริการประชาชนได้อย่างครอบคลุมและทันเวลา รวมทั้งติดตามผู้ประสภาวะวิกฤตที่มีภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือมีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย สามารถติดตามดูแลได้มากกว่า ร้อยละ 88.82 (564/635) ใน</p>	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation)</p> <p>ควรส่งเสริมการจัดเก็บข้อมูลผู้ประสภาวะวิกฤตในเขตสุขภาพที่ 7 ในภาพรวม และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศ ที่มาจากหลากหลายช่องทาง นำมาวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินการในการพัฒนากลุ่มเป้าหมายร่วมกับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 ในภาพรวม กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินการที่ผ่านมาในระดับประเทศและเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัด การช่วยเหลือที่รวดเร็ว</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	กลุ่มประชาชนทั่วไปข้อมูลจะส่งเข้าส่วนกลางของกรมสุขภาพจิต	
II-9 การทำงานกับชุมชน		
62 การทำงานกับชุมชน [II-9]	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบสาธารณสุขและนอกระบบสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กลุ่มผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม กลุ่มคนไร้บ้านซึ่งเป็นองค์กรภาคเอกชน กศน.หรือศูนย์การศึกษาพิเศษ ตำรวจ 2. ในการพัฒนาเครือข่ายสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าเครือข่ายจังหวัดใกล้เคียงมีการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชทั้ง OPD & IPD รวมทั้ง 	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จากการสัมภาษณ์ทีมเครือข่ายและทีมทำงานด้านจิตเวชจากโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดใกล้เคียงและตัวแทนอสม. พบว่าการทำงานร่วมกับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 การเรียนรู้ ประเมินปัญหาชุมชนเครือข่าย การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ และการประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมไม่ชัดเจน ควรเพิ่มการเรียนรู้ปัญหาความต้องการความช่วยเหลือในชุมชนเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูล refer in แยกกลุ่ม ชับซ้อน ไม่ทับซ้อน SMIV เชื่อมโยงความเข้มแข็งของเครือข่าย นำมากำหนดแผน การดำเนินการ พัฒนาและช่วยเหลือเครือข่าย สะท้อนข้อมูลศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในพื้นที่ให้กับเครือข่ายรับทราบ การกำหนดแผนการพัฒนาและการช่วยเหลือให้สอดคล้องกับ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>การรักษา MECT ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วย refer in น้อยที่สุด</p>	<p>ปัญหาและความต้องการ เพื่อเสริมสร้างให้ชุมชนเครือข่ายเข้มแข็ง และสามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้</p> <p>2. จากการสัมภาษณ์เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน พบว่าเกณฑ์บ่งชี้ในผู้ป่วยกลุ่มซับซ้อน SMIV ยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์/จิตแพทย์ในแต่ละพื้นที่ ควรส่งเสริมการกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยซับซ้อนไม่ซับซ้อนและSMIV ให้ชัดเจน กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เกณฑ์ส่งต่อร่วมกับผลการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ตามความเป็นจริงที่ชุมชนต้องเผชิญ นำสู่การกำหนดชุมชนเครือข่ายที่ต้องการพัฒนาแผนพัฒนาในแต่ละช่วงปีให้ชัดเจน กำหนดตัวชี้วัดในการกำกับติดตาม เพื่อการประเมินประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และขยายผลสู่เครือข่ายสร้างความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
63 การเข้าถึงบริการ [III-1(1-3*)]	1. การเข้าถึง ในช่วงที่ผ่านมาพบว่าโรงพยาบาลและเครือข่ายมีการพัฒนาเพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการผู้ป่วย/การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่น 1.1. กลุ่มผู้ป่วยที่รับ refer โรงพยาบาลในเครือข่ายสุขภาพจิตที่ 7 มีการพัฒนา ปรับปรุงเกณฑ์การรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยเฉพาะการคัดกรองภาวะโรคแทรกซ้อนทางกายและผล lab จากโรงพยาบาลก่อนประสานผ่านศูนย์ refer ในการรับไว้รักษา รวมทั้งสร้างแนวทางปฏิบัติร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสุขภาพจิตที่ 7 ตรวจ lab BUN, Cr, electrolyte/CBC,	
64 กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1(4-8*)]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>platelet, lft ก่อนรับการ refer in ในผู้ป่วย alcohol drinking ผู้มีโรคประจำตัว โรคแทรกซ้อน ฝ่ายกาย ส่งผลทำให้จำนวนผู้ป่วยแทรกซ้อนกายส่งต่อหลังรับไว้ในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมง มีแนวโน้มลดลง</p> <p>1.2. กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ เพิ่มการเข้าถึงบริการและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย พบ</p> <p>1.2.1. มีการขยายความร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิต และกรมราชทัณฑ์ ในการดูแลผู้ต้องขังทั้งในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มพักโทษในคดีทางเพศ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>1.2.2. มีพัฒนาการตรวจสอบสุขภาพจิตทางไกล telemedicine ผ่านระบบ telepsychiatry ในการตรวจวินิจฉัย รักษาและให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ผู้ต้องขังป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ ตามโครงการพระราชดำริราชทัณฑ์ บันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง พื้ที่กัษั ลิทธิผู้ป่วย และป้องกันปัญหาการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID - 19 ตามมาตรการความปลอดภัยในชีวิตวิถีใหม่ (new normal) โรงพยาบาล</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>1.3. การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม ผู้ที่กำลังได้รับผลกระทบหรือมีสัญญาณเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโลกโซเชียลให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที พบมีการให้บริการปรึกษาผ่าน line official account @khuikun และการให้การช่วยเหลือผ่าน hope task force (helpers of psychiatric emergency)</p> <p>1.4. จากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อ COVID - 19 เพื่อลดการรอคอยของผู้รับบริการที่โรงพยาบาล จึงได้ปรับรูปแบบบริการยาด้วยจัดระบบบริการส่งยาทางไปรษณีย์</p> <p>2. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent มีเกณฑ์การ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>รับผู้ป่วยชัดเจน ในการเข้ารับบริการที่หอผู้ป่วยหนักจิตเวช หน่วยบริการพิเศษเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วย COVID - 19 (cohort ward) รวมถึงการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งการรับรักษาเป็นผู้ป่วยในจะมีการให้ข้อมูลเพียงพอ เช่น สภาพการเจ็บป่วย โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การรักษาที่ได้รับ เช่น ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การรักษาทางจิตสังคมและการรักษาด้วยไฟฟ้า ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมถึงมีการให้ข้อมูลการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) แก่ญาติผู้ป่วยโดยแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งจะให้ข้อมูลถึงข้อดีของการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวนครั้งของการรักษา และอาจเปลี่ยนแปลงได้</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ตามดุลยพินิจของแพทย์ ผลข้างเคียงของการรักษาอาการทางจิตด้วยไฟฟ้าที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สับสน หลงลืม และชักต่อเนื่อง รวมถึงกำหนดข้อปฏิบัติการลงนามยินยอมทั้งกรณีผู้ป่วยตัดสินใจเองได้ กรณีผู้ป่วยตัดสินใจเองไม่ได้ ในแบบหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า</p>	
<p>III- 2 การประเมินผู้ป่วย</p>		
<p>65 การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข]</p>	<p>1. การประเมินผู้ป่วย มีระบบการประเมินผู้ป่วยทุกรายก่อนการรับไว้ในโรงพยาบาลด้วย BPRS, SAVE ในการประเมินอาการทางคลินิก และพฤติกรรมเพื่อพิจารณารับเข้าหอผู้ป่วยตามปัญหาเร่งด่วนร่วมกับแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้เครื่องมือในการประเมินที่หลากหลายตามหลักฐานทางวิชาการ มีการใช้</p>	<p>คำแนะนำ (Suggestion) ควรส่งเสริมการจัดระบบการวิเคราะห์ diagnostic error (missed, wrong, delayed) ในส่วนของโรคทางจิตเวชนำไปสู่การปรับปรุงให้เกิดการวินิจฉัยที่ถูกต้องและบันทึกในเวชระเบียนให้สมบูรณ์ ส่งการลงรหัสที่ถูกต้อง ที่จะเป็นประโยชน์ในการ claim เงินจากต้นสังกัด</p>
<p>66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *</p>		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide) ผู้ป่วย schizophrenia ผู้ป่วย alcohol และสารเสพติด พบมีการบันทึกผลและการประเมินต่อเนื่องเพื่อการวางแผนรักษา มีการประเมินซ้ำตามปัญหาเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินความเสี่ยง จะใช้แบบประเมิน M.I.N.I. suicide, SAVE, PISRA-12 (psychiatric inpatient suicide risk assessment at psychiatric hospital) ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar. score เพื่อนำไปสู่การดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย sepsis ปรับจาก SOS score มาเป็น quick SOFA เพื่อ</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ความรวดเร็วในการประเมินภาวะ sepsis แล้วส่งตัวเพื่อตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ lactate, hemoculture, anion gap</p> <p>2. การตรวจ investigation ที่จำเป็น ในช่วงที่ผ่านมามีการปรับปรุงกระบวนการ investigation เพื่อให้การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางกายที่รวดเร็ว และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่น</p> <p>2.1. มีการปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตาม CPG alcohol โดยเพิ่มการตรวจ magnesium, phosphorus, calcium</p> <p>2.2. มีการจัดทำ standing order investigation for ECT ผู้ป่วยสูงอายุ obesity class II ขึ้นไป malnutrition, alcohol, lithium,</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>clozapine, case นิติจิตเวช NMS, case upper GI bleed</p> <p>2.3. ผู้ป่วยที่สงสัย NMS มีการประเมินภาวะ neuroleptic malignant syndrome รวมทั้งเพิ่มการเจาะ CPK เพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วย NMS</p> <p>2.4. ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย sepsis ปรับการตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ lactate, hemoculture, anion gap ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา ลดลงต่อเนื่อง (ปี 2562 - 2564 = 18, 12, 7 ราย ตามลำดับ)</p> <p>3. การทบทวนการวินิจฉัยโรค กรณีเกิดอุบัติการณ์สำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยใน</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>อาการทางจิตไม่ดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ มีอาการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อการเกิด อันตรายต่อชีวิต จะมีการประสานแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและทบทวนแผนการรักษา ใน case ที่ refer ด้วยโรคแทรกซ้อน ทางกาย มีการทำ PCT conference โดย สหวิชาชีพและมีการทบทวนเวช ระเบียน เช่น delirium, NMS, pneumonia, sepsis เพื่อทบทวนหาความคลาด เคลื่อนการวินิจฉัย (diagnostic error) เช่น misdiagnosis or delay diagnosis และการดูแลรักษา</p>	
III-3 การวางแผน		
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	<p>การวางแผนและการวางแผนจำหน่าย ใน ช่วง 1 - 2 ปีที่ผ่านมาพบมีการวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยรายโรคสำคัญ ได้แก่ suicide, alcohol, schizophrenia ที่เน้นการวางแผน การดูแลแบบสหวิชาชีพ รวมทั้งพยายาม</p>	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation) 1. จากการที่โรงพยาบาลกำหนดให้ staging of care ใน ส่วนของ service excellence เป็น 1 ใน 2 ประการ ของเข็มมุ่งปี 2565 ควรส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของ แต่ละวิชาชีพเป็นไปตาม ที่กำหนดในแต่ละ stage</p>
68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม โดยแผนการดูแลผู้ป่วยจะเป็นไปตามระยะของโรค (staging/phase) ที่ครอบคลุมตามแนวทางการบำบัดรักษาที่ตอบสนองปัญหาหายโรคที่ครอบคลุมทั้งการวางแผนการดูแลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยการกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพที่ชัดเจน และผู้ปกครอง รวมถึงผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม โดยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ความเชื่อ การให้กำลังใจต่อการรักษา รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติมีบทบาทในการช่วยเหลือแบบมีส่วนร่วมสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ยาวนานขึ้น เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย schizophrenia และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (sucide) 	<p>สรุปผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดทั้งในภาพรวมของโรคและแต่ละ stage ของโรค ของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งร้อยละของการผ่าน stage ตามเวลาที่กำหนดว่ามากน้อยเพียงใด เพื่อนำผลทั้งหมดสู่การปรับปรุง</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. กระบวนการวางแผนและการวางแผนจำหน่ายการดูแลผู้ป่วย จากที่ทีมเริ่มมีการนำแนวคิด recovery model มาใช้บำบัดฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการวางแผนจำหน่าย ภายใต้ phase ของแต่ละโรค ควรกำกับติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในภาพรวมและแต่ละระยะ เพื่อหาโอกาสพัฒนาการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วางแผนบำบัดฟื้นฟู และเตรียมจำหน่ายในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค/แต่ละรายให้ชัดเจน เพื่อนำมาสู่การปรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>มีแนวทางการดูแล/แผนการดูแล ตาม ระยะการดูแล 4 staging ได้แก่ ระยะ acute phase, stabilization phase, maintenance phase & recovery phase รวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตจาก แอลกอฮอล์มีแนวทางการดูแล แผนการ ดูแลตามระยะการดูแล 3 staging ได้แก่ ระยะ acute phase, sub acute phase, rehabilitation phase โดยใช้ หลัก 4S (sedation, symptomatic relief, supplement, supportive environment)</p> <p>2. ผลการดำเนินการในช่วง 2 - 3 ปีที่ ผ่านมาในสถานการณ์การระบาด COVID - 19 ทำให้มีข้อจำกัดในการ บำบัดรักษาในระยะเวลานั้นลง ทำให้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูตามระยะ staging of care ประกอบกับผู้ป่วย</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย ส่งผลทำให้ผลลัพธ์การดำเนินการจะชัดเจนในเรื่องความปลอดภัยในระยะ acute phase ส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 13.92 ในปี 2564 สูงเกินเป้าหมาย (ร้อยละ 10) ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 90 วัน มีแนวโน้มลดลง (ปี 2562 - 2564 = 17.15, 16.05, 11.61 ตามลำดับ) แต่ยังคงสูงกว่าเป้าหมาย (10%)</p>	
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
69 การดูแลทั่วไป [III-4.1]	<p>1. การดูแลและบริการกลุ่มเสี่ยงสูง:</p> <p>1.1. ผู้ป่วยแทรกซ้อนทางกาย มีการทบทวนเวชระเบียน case ผู้ป่วยความเสี่ยงระดับ G, H, I ค้นหาสาเหตุ และปรับแนวทางการ</p>	<p>คำแนะนำ(Suggestion)</p> <p>1. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง บุคลากรผู้ดูแล</p> <p>1.1. ควรมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสม มีการกำกับบุคลากร เช่น แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม รวมทั้งบุคลากรใหม่ มีการเฝ้าระวังการ</p>
70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]		
71 การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก]		
72 การผ่าตัด [III-4.3 ข] *		
73 อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค]		

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
74 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง]	ประเมิน การดูแล การ monitor ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น 1) ผู้ป่วยได้ antipsychotic drug หลายตัวควร monitor CPK ทุก 3 - 7 วัน 2) การติดตามการปรับ การรักษาหลังผู้ป่วยมีคำวิฤต 3) การดูแลผู้ป่วย alcohol ป้องกัน pneumonia ให้การดูแล ตามระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะ acute phase, sub acute phase, rehabilitation phase โดยใช้หลัก 4S (sedation, symptomatic relief, supplement, supportive environment), dysphagia screening test 1.2. ECT มีการพัฒนาแนวทางการ รักษาด้วยไฟฟ้า แบบ modified electroconvulsive therapy	เปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงใน การดูแลผู้ป่วยหรือบริการที่เสี่ยงสูง โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนกาย เพื่อให้เกิดความ ปลอดภัยต่อผู้ป่วย 1.2. ควรติดตาม ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ เกิดขึ้น อย่างสม่ำเสมอเพื่อนำมาใช้ในการ ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น 2. การฟื้นฟูสภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยให้บรรลุตามเป้าหมายให้ดียิ่งขึ้น มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 2.1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทีมฟื้นฟู ร่วมกับทีม PCT และทีมเยี่ยมบ้าน ควรกำหนด เป้าหมาย เชิงคุณภาพ ตัวชี้วัดที่แสดงผลลัพธ์ ความสำเร็จ (ทั้ง process, outcome) ของการ ฟื้นฟูสภาพในแต่ละระยะ (staging, phase) ของ กลุ่มโรคสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท และ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์
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)
	<p>ครอบคลุมในทุกสายที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้า มาประมาณ 4 ปี มีการปรับพื้นที่หน่วยบริการ ให้เป็นสัดส่วน ได้แก่ pre MECT, intra MECT & post MECT รวมทั้งจัดระบบบริการให้สอดคล้องในช่วงสถานการณ์ระบาด COVID - 19 ป้องกันความเสี่ยง cross infection การติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ 1) จัดสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรในทุกกระบวนการรักษาสำหรับผู้ป่วย เฉพาะราย 2) ปรับการใส่ PPE สำหรับบุคลากร 3) จัดระบบการเรียกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ละหอ ยกเลิกแบบมารวมทุกหอ รวมทั้งกำหนด KPI ในการเฝ้า</p>	<p>2.2. ควรติดตามผลสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญดังกล่าว ทั้งในภาพรวม และจำแนกในแต่ละ phase ของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว ให้เป็นรูปธรรมเพื่อหาโอกาสพัฒนาเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบและปรับปรุงระบบการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปขยายการออกแบบไปสู่กลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป</p> <p>3. ด้านอาหารและโภชนาบำบัด กรณี aspiration pneumonia จากการใช้ยา ควรส่งเสริมการประเมินภาวะเสี่ยงทางโภชนาการ เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการประเมินให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากหอผู้ป่วยทั้งภาวะด้านโภชนาการ การใช้ยาที่มีความเสี่ยงเพื่อนำมาสู่การจัดอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีความจำเป็น รวมทั้งการใช้ยาจิตเวชในระยะยาวที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะทุพโภชนาการให้ได้รับอาหารหรือคำแนะนำที่เหมาะสม</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>ระวังความเสี่ยงในกระบวนการรักษา</p> <p>2. การฟื้นฟูสมรรถภาพ เริ่มนำกรอบแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะ (recovery model) มาใช้เตรียมความพร้อมสำหรับฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพตั้งแต่แรก เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง (ระยะ acute phase, stabilization phase) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ (ระยะ maintenance phase, recovery phase) ผู้ป่วยจะได้รับบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพตามปัญหา ส่วนกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและศูนย์ฟื้นฟูสภาวะ จะให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยการส่งเสริมทักษะทางสังคมและทักษะการทำงาน</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>พื้นฐาน สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทุเลาหาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมในผู้ป่วยระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาวทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ได้แก่</p> <p>2.1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเข้ากลุ่ม สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มการจัดการกับความโกรธ กลุ่มการจัดการกับหิวแหว่ และการฟื้นฟูสุขภาวะ เกษตรกรรม บำบัด</p> <p>2.2. ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ได้รับการเข้ากลุ่มเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยใช้สุราและสารเสพติด กลุ่มบำบัดทางความคิด</p>	

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>และพฤติกรรมในผู้ป่วยใช้สุรา และสารเสพติด</p> <p>2.3. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับการเข้ากลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองกลุ่มปรับความคิดเพื่อชีวิตมีสุข กลุ่มแก้ไข ปัญหา กลุ่มสร้างความเข้มแข็ง ทางใจ นอกจากนี้ยังพบมีการนำ แนวคิดสู่การปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วย ได้ฝึกสติก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรม/ บำบัด การสวดมนต์ก่อนนอน และให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ทางศาสนาในวันสำคัญทาง ศาสนา</p>	
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว		
78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]		<p>คำแนะนำ (Suggestion)</p> <p>จากข้อมูลและการสัมภาษณ์ พบว่าการใช้ข้อมูลจากผลการ ประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นเกี่ยวกับ</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		<p>สภาวะสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง นำมาใช้ประโยชน์ไม่ชัดเจน ควรส่งเสริม การเชื่อมโยงกับทีม PCT กำหนดผู้ป่วยกลุ่ม เป้าหมาย กำหนดการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง กิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็น กำหนดเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินในแต่ละระยะและผลลัพธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกัน</p>
<p>III-6 การดูแลต่อเนื่อง</p>		
<p>79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6]</p>	<p>มีการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เผื่อระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือนและผู้</p>	<p>ข้อเสนอแนะ (Recommendation)</p> <p>ทีมชุมชนร่วมกับทีม PCT ควรส่งเสริมการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุม ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมาย 3 โรค 2) กลุ่ม refer back 3) กลุ่มขาดนัด รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยบริการ/เครือข่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง กำหนดตัวชี้วัดในการ</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	พยายามฆ่าตัวตาย การติดตามในประเด็น ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ติดตาม เพื่อการติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ		
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ		
(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย		
80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]		<ol style="list-style-type: none"> 1. ตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุมผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ทั้ง ประเด็นการ refer ในแต่ละช่วงการดูแล และผลลัพธ์ การดูแลในแต่ละรายโรคที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล 2. หากผลตัวชี้ทำได้ดีกว่าเป้าหมายในทุกปี แต่มีค่าสูงขึ้น หรือต่ำลง ควรวิเคราะห์หาสาเหตุ ปรับแก้ตามสาเหตุ หากผลลัพธ์ดีกว่าหมายอย่างต่อเนื่องอาจพิจารณา ปรับเป้าหมายให้ท้าทายมากขึ้น
81 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]	มีการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุเป็นรายปี และ การแก้ไขในแต่ละปี เห็นการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง	ตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุมในแต่ละกลุ่มโรคที่เป็นจุดเน้นของ โรงพยาบาล รวมถึงตัวชี้วัดที่ไม่สะท้อนถึงความเข้มแข็ง ของเครือข่าย ชุมชนที่โรงพยาบาลดูแล ทำให้การวิเคราะห์ เพื่อกำหนดแผนพัฒนาไม่ชัดเจน

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]		1. ด้านการดูแลต่อเนื่อง
83 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิตีความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]		1.1. ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพการติดตามการดูแลต่อเนื่อง ในกลุ่มโรคทางจิตเวช ที่เป็นเป้าหมายสำคัญ รวมทั้งกลุ่ม SMIV ให้ชัดเจน สำหรับประเมินประสิทธิภาพการดำเนินการและผลลัพธ์ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาต่อ
84 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4]		1.2. ควรเพิ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับมิตินี้ให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การมาตามนัดในโรคสำคัญๆ 2. ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ มิตินี้สามารถเพิ่มตัวชี้วัดสำคัญๆ ในแต่ละโรคสำคัญได้ ทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญมีแผน การดูแล แต่ยังไม่พบการประเมินประสิทธิผลของแต่ละแผนการปฏิบัติ 3. ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย PCT ควรกำกับอย่างรัดกุมและสม่ำเสมอในการบันทึกการวินิจฉัยโรคของแพทย์ใหม่และ resident รวมทั้งการให้ความสำคัญในการค้นหา missed Dx

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		และบันทึกให้สมบูรณ์ เพื่อประโยชน์ในการ claim ค่ารักษา
85 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด (S) * [IV-1, III-4.3 ก, ข]		
86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I) * [IV-1, II-4]	มีการกำหนดตัวชี้วัดติดตามการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั้งภาพรวม การติดเชื้อในระบบต่างๆ ประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง การล้างมือและการติดเชื้อในบุคลากร คณะกรรมการ ICC มีการทบทวนและนำมาปรับแก้ไขที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม	ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง เช่น ENV ในการติดตาม ควบคุมกำกับหน่วยงานที่ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ
87 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) * [IV-1, II-6, II-7.4]	1. ได้มีการนำผลลัพธ์ ME ที่เกิดขึ้นในแต่ละปีทั้งในส่วน of dispensing error, administration error ทั้ง OPD, IPD มาวิเคราะห์จัดแบ่งปัญหาความคลาดเคลื่อนและสาเหตุในแต่ละปัญหา พร้อมทั้งวางแนวทางการป้องกันให้ทำให้แนวโน้มของการจ่ายยาผิดคน และจ่ายยาผิดความแรงลดลง ในด้าน	1. ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลของปัญหาการเกิด ME ในประเด็นสาเหตุต่างๆ ในแต่ละกระบวนการการใช้ยา กำกับติดตามการเกิดซ้ำด้วยสาเหตุเดิมเพื่อนำมาปรับปรุงแนวทาง การป้องกัน ในมิติความรุนแรงให้ เกิดถึงระดับที่ถึงตัวผู้ป่วยน้อยลง 2. ควรกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ของระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่ชัดเจนทั้งในกลุ่ม ADR (preventable, non-preventable) serious

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
	<p>administration error ผลการวิเคราะห์ยังพบว่าแนวโน้มความคลาดเคลื่อนยังคงที่</p> <p>2. พบว่ามีการนำ ME ที่รุนแรงระดับ E up มาวิเคราะห์ RCA รวมทั้ง ADR ที่ส่งผลให้เกิดภาวะ aspiration มาวางแนวทางในการป้องกัน ส่งผลให้แนวโน้มในการเกิด aspiration ที่มีสาเหตุจากการมีแนวโน้มลดลง</p>	<p>ADR ทั้ง acute, prolong (เช่น EPS ในบางกลุ่มอาการ) ให้ชัดเจนเพื่อนำมาสู่การพัฒนา</p> <p>3. ควรส่งเสริมการกำกับติดตามผลลัพธ์ในการเกิด administration error ในทุกชนิดเพื่อนำ มาหมั่นงล้อการพัฒนาในการลดความคลาดเคลื่อนทั้งในเชิงปริมาณ และความรุนแรงโดยเฉพาะในกลุ่ม IPD</p>
<p>88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P) * [IV-1, III]</p>		<p>เริ่มมีการเก็บตัวชี้วัด misdiagnosis or delay diagnosis ปี 2564 และนำข้อมูลมาพัฒนาการประเมินภาวะ over sedation โดยใช้ richmond agitation-sedation scale (RASS) พบว่าจำนวนผู้ป่วยหลบหนีสูงมากขึ้นในช่วงปี 2562 - 2564 เป็นจำนวน 14, 12, 13 รายตามลำดับ จากเดิมปีละ 4 - 5 ราย ซึ่งควรกำหนดเป็นจุดเน้นของ PCT โดยพยายามหาให้ถึง root cause และปรับแก้ด้วยมาตรการที่เป็น stronger action (ที่ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์เพื่อให้ทำงานได้อย่างถูกต้อง) เช่น กรณีสลิม lock</p>

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		ประตูที่เกิดชำร่วย โดยการปรับปรุงด้วยการควบคุมแบบอัตโนมัติ
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) * [IV-1, II-7.2]		ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพ 1) lab ที่ส่งตรวจนอกเวลา 2) ความเร็วในการรายงานค่าวิกฤตทั้งในเวลาและนอกเวลา 3) การใช้ค่าวิกฤต 4) ผลการประเมิน IQC&EQA นำมาทบทวนใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด นำสู่การพัฒนากระบวนการ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ช่วยกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว การตรวจทางห้องปฏิบัติ การมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ
90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E) * [IV-1, III-4.2 (5)]		ควรพิจารณาทบทวนแยกแยะระหว่างตัวชี้วัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย แต่ไม่พบความผิดปกติของสัญญาณชีพ อาการของโรคไม่รุนแรง จากตัวชี้วัดการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) เพื่อดูแลตามระดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
(2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
91 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]		1. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ ควรพิจารณาเพิ่มตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องกับมิตินี้ในด้าน psychosocial therapy ของสหวิชาชีพ 2. ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดการสร้างเสริมสุขภาพ การมองภาพรวมในการทำงานร่วมกับชุมชนเครือข่าย ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนปัญหาการดูแลในชุมชนเครือข่าย
92 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9]		
IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิตินคนเป็นศูนย์กลาง)		
93 ตัววัด/ผลลัพธ์สำคัญด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[IV-2, I-3]	มีคะแนนความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงเกินเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง	
IV-3 ผลด้านกำลังคน		
94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] *	มีการนำข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพกำลังคน มาวิเคราะห์แยกรายกลุ่มเสียง กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มสุขภาพดี	ควรกำหนดหรือคัดเลือกตัวชี้วัดในด้านการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนเพื่อนำมาสู่การประเมินผลปรับปรุงกระบวนการการสร้างเรียนรู้ การพัฒนาสมรรถนะ และ

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		ระบบการประเมินให้สอดคล้องกับ กระบวนการดูแลรักษาที่ได้ออกแบบไว้
IV-4 ผลด้านการนำ		
95 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2]	มีการวิเคราะห์และพยายามปรับปรุงตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการของโรงพยาบาลตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ที่ยังไม่ได้เป้าหมาย	ควรเพิ่มตัวชี้วัดด้านการนำในการดำเนินงานในโรงพยาบาล เช่น การกำกับทางคลินิก
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ		
96 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II]		<ol style="list-style-type: none"> 1. IM ควรกำหนดตัวชี้วัดด้านความพร้อมใช้ของข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายด้านจิตเวชเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบจัดเก็บรวบรวมประมวลผลข้อมูลสารสนเทศ 2. Supply chain ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการวัดผลหรือประเมินประสิทธิภาพในการส่งมอบผลงานของผู้รับเหมาช่วงต่างๆ ทั้งระดับภาพรวมและรายระบบที่มีการนำผู้รับเหมาช่วงเข้ามาดำเนินการ 3. RM ยังพบผลลัพธ์เรื่องความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ โดยเฉพาะเรื่องการส่งต่อ ผลข้างเคียงจากการรักษา

มาตรฐาน	สิ่งที่พบ / สิ่งที่ชื่นชม (Evidence)	ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ (Recommendation/ Suggestion)
		<p>ด้วยยา อุปกรณ์การแพทย์การหลบหนี โดยตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุม และมีชื่อตัวชี้วัดที่ไม่ชัดเจนทั้งในระดับองค์กร และหน่วยงาน ทำให้การติดตามตัวชี้วัดและการวิเคราะห์ไม่สามารถนำมาพัฒนาระบบงานได้</p> <p>4. ENV ควรคัดเลือกตัวชี้วัดให้ครอบคลุมทั้งด้านความปลอดภัยความพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ และมีความเสี่ยงสูง</p>
IV-6 ผลด้านการเงิน		
97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2]		มีค่าตัวชี้วัดทางการเงินต่างๆ ลดลงในปี 2564 - 2565 ที่ต้องเฝ้าระวังและหามาตรการใหม่ๆ ในการปรับปรุง

ความเห็นเพิ่มเติมจากคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพได้พิจารณารายงานผลการเยี่ยมสำรวจ มีความเห็นเพิ่มเติม ดังนี้

1. สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา
 - 1.1. การกำกับวิชาชีพพยาบาล การวิเคราะห์ บริหารจัดการอัตรากำลัง การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ที่ไม่เพียงแต่การดูแลในโรงพยาบาล แต่ต้องทำภารกิจศึกษาวิจัย ถ่ายทอดองค์ความรู้
 - 1.2. ติดตามความสำเร็จของการได้รับมอบจากกรมสุขภาพจิตให้เป็นเจ้าภาพหลักในการเป็น excellence center การป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมทั้งติดตามผลงานวิจัยจากมีโครงการวิจัย 5 เรื่องเพื่อแก้ปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ตอบสนองความท้าทายข้อที่ 1 ของโรงพยาบาล
 - 1.3. ติดตามแผนพัฒนาเพื่อให้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน บรรลุเป้าหมาย ที่กำหนดไว้ 2 ข้อ คือ 1) บูรณาการการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) พัฒนาการลงข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่าน line application ซึ่งเป็นการตอบยุทธศาสตร์ในข้อ 2, 3
 - 1.4. การจัดการระบบยา ควรทบทวนทั้งการกำหนดเป้าหมาย และทบทวนเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการปรับปรุงกระบวนการให้ medication error เป็นไปตามเป้าหมาย (โรงพยาบาลกำหนดเป้าหมาย medication error เป็น 0 และผลลัพธ์อาจดีขึ้น หากมีการทบทวนปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง)
2. ให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน หลังจากได้รับการรับรอง และให้ติดตามประเด็นสิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนาตามที่อนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพให้ไว้ดังกล่าวข้างต้นเพิ่มเติมจากข้อเสนอแนะ (Recommendation) ที่ผู้เยี่ยมสำรวจให้ไว้