

**รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะของ สรพ.  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
จากการเยี่ยมชมสำรวจลดรูป เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2565**

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
<b>ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร</b>		
<b>I-1 การนำ</b>		
<p>2. การสื่อสารสร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]</p> <p>3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา [I-1.1ค(1)(2)]</p> <p>4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]</p> <p>5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)]</p> <p>6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)]</p>	<p>1. เชื่อมโยง เพื่อให้ประเด็นการดำเนินงานของเชื่อมโยงเกิดผลสำเร็จตามเจตนารมณ์ในกรอบเวลาที่กำหนด ซึ่งโดยทั่วไปกำหนดไว้ 1 ปีนั้น ควรส่งเสริมการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดซึ่งอาจจะเป็น Output หรือ Outcome และการออกแบบกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนก่อนดำเนินการเพื่อถ่ายทอดต่อผู้ปฏิบัติให้ดำเนินงานอย่างได้ผลภายในเวลาที่กำหนด</p>	<p>ในปี 2565 โรงพยาบาลกำหนดเชื่อมโยง 2 ประเด็น คือ 1) Excellence Database for Suicide Prevention และ 2) Service Excellence (Staging of care) และในปี 2567 ผู้นำสูงสุดองค์กร คณะกรรมการบริหาร รพ. ได้มีการทบทวนและกำหนดเชื่อมโยงเพิ่มอีก 1 ประเด็น คือ Education and Research for Suicide Prevention เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามเวลาที่กำหนด ผู้นำสูงสุดองค์กร ทีมผู้บริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ ได้มีการทบทวนและจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และมีการสื่อสารผ่านเวทีการประชุมถ่ายทอดไปสู่ผู้ปฏิบัติตามลำดับชั้น ผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนคณะกรรมการบริหาร รพ. คณะกรรมการบริหารคุณภาพ รพ. การประชุมหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ และการประชุมคณะกรรมการต่างๆ มีการสื่อสารเผยแพร่ให้ผู้ปฏิบัติรับทราบทาง Website/Intranet/web page/ line group หัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ ของรพ. และผู้นำสูงสุดองค์กรได้มีการกำกับติดตามแผนปฏิบัติการ/โครงการ/ตัวชี้วัด ผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการต่างๆ ผลลัพธ์ คือ บุคลากรมีการรับรู้ทิศทางผู้นำขององค์กร ร้อยละ 94.69</p>
	<p>2. การกำกับทางคลินิกเพื่อให้การกำกับทางคลินิกมีความครอบคลุมทุกส่วนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลทางคลินิก เช่น การทบทวนการดูแลผู้ป่วย การตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์การดูแลผู้ป่วย การวิจัยพัฒนา การศึกษา การฝึกอบรมของผู้</p>	<p>โรงพยาบาลปฏิบัติงานภายใต้กฎหมายต่างๆ เช่น พ.ร.บ.สุขภาพจิต คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ร.บ.วิชาชีพต่างๆ ใช้หลัก 3P safety บุคลากรที่ปฏิบัติงานทุกคนได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพ และมีการต่ออายุอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม ได้แก่ การไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน/ฟ้องร้องที่เกี่ยวกับบริการ และมีระบบการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับการยกระดับคุณภาพงานบริการ เช่น การรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ ผ่านระบบ Sat-Survey ผลลัพธ์ ความพึง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>ประกอบวิชาชีพ ควรทบทวนให้เป็นทีมที่มีอำนาจในการกำกับที่เหมาะสม เช่น ทีมนำคุณภาพที่ผู้อำนวยการเป็นประธาน ควรประชุมการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความถี่ที่เหมาะสม ทั้งนี้เพื่อสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง</p> <p>ประเด็นทางจริยธรรมที่ยุ่ยากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) ควรทบทวนประเด็นต่างๆ ทั้ง 11 ประเด็นที่โรงพยาบาลระบุไว้ว่าสอดคล้องกับความหมาย ethical dilemma ที่ว่า “เป็นประเด็นการให้การรักษาที่ขัดกับความประสงค์ผู้ป่วย” หรือไม่เพียงใด มีประเด็นอื่นอีกหรือไม่สู่การร่วมกันพิจารณาเพื่อหาวิธีการหรือกลไกรองรับเพื่อให้ผู้ปฏิบัติหน้างานสามารถจัดการกับประเด็น ethical dilemma ได้อย่างเหมาะสม</p>	<p>พอใจผู้ป่วยนอก ร้อยละ 98.70 และความพึงพอใจผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 98.89</p> <p>การกำกับดูแลทางคลินิกกำหนดให้มีการใช้ Phase การดูแลผู้ป่วยเพื่อการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ คือ โรคจิตเภทมีการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 90 วัน ร้อยละ 12.77 ผู้ป่วยแอลกอฮอล์กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 1.7 ผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน ร้อยละ 4.68 และผู้ป่วย SMIV ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 90</p> <p>ผู้นำสูงสุดองค์กร ได้มอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ ซึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการบริหารคุณภาพ รพ. จัดทำสรุปรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เสนอให้คณะกรรมการบริหาร รพ. รับทราบในการประชุมประจำเดือน โดยผู้นำสูงสุดได้มีการกำกับติดตาม ผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหาร รพ. คณะกรรมการบริหารคุณภาพ รพ. การประชุมหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ และการประชุมคณะกรรมการต่างๆ</p> <p>ผู้นำสูงสุดองค์กร ได้มีการประชุมร่วมกับคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก โดยมีการทบทวนประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องในบริบทของโรงพยาบาล จำนวน 14 ประเด็น และคกก. PCT ได้มีการจัดทำคู่มือประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม (Ethical dilemma) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2567 และในกรณีเกิดประเด็นที่ยากต่อการตัดสินใจหรือประเด็นทางจริยธรรมที่สำคัญ จากการรับรู้ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ความเสี่ยง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานอื่น การรับข้อมูลจากขั้นตอนการดูแลรักษา เป็นต้น จะดำเนินการตัดสินใจโดยคณะกรรมการบริหาร รพ. เป็นรายกรณี</p>
<b>I-2 กลยุทธ์</b>		
9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติและการจัดสรรทรัพยากร	ในการนำเข้าสู่ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดการทำแผนกลยุทธ์ควรเพิ่มการวิเคราะห์ให้รอบด้าน โดยเฉพาะข้อมูลตัวชี้วัดการดำเนินงานของทีม	ผู้นำองค์กร ทีมผู้บริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการกำหนดแผนกลยุทธ์ คือ การวิเคราะห์ปัจจัย ภายใน ปัจจัยภายนอก โอกาส และปัจจัยคุกคาม (SWOT) ที่มีผลต่อรพ. จากบริบทของรพ. ในการให้บริการเฉพาะทางผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อน และการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการในพื้นที่บริการ นำไปสู่

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
<p>[I-2.2ก (1)(2)(3)(4)]</p> <p>10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตาม</p> <p>ความก้าวหน้า [I-2.2ก(5),ข]</p>	<p>เครื่องมือรายงานต่างๆ ที่ต้องเร่งรัดให้เกิดความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วเพื่อบรรจุในแผนกลยุทธ์ เช่น ความครอบคลุมในการทำ drug reconciliation ของทีม PTC ในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่จะนำไปขับเคลื่อนความก้าวหน้าในแต่ละปีของแผนกลยุทธ์อย่างน้อยเพียงใด</p> <p>ควรใช้กลไกของทีมกำกับทางคลินิกในการกำกับติดตามตัวชี้วัดและการสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ การตั้งชื่อ KPI ควรมีความหมายเฉพาะเจาะจงและมีความชัดเจนในตัวเช่น ในกรณีร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ซึ่งมี 2 ประเด็นในตัวชี้วัดเดียวกัน</p>	<p>การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยมีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนใน 3 โรคหลัก คือ โรคจิตเภท โรคจิตเวชจากการใช้สุรา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SMI-V) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ และให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน มีการวางแผนกลยุทธ์ ดังนี้ 1) ปรับปรุงระบบบริการจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนให้เป็นศูนย์ส่งต่อระดับตติยภูมิ 2) เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ตอบสนองและสอดคล้องต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น เช่น ทำให้ผู้ป่วยหายทุเลาในช่วงเวลาที่เร็วขึ้น เพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย 3) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชน และ 4) การพัฒนาสู่การเป็นองค์กรดิจิทัล</p> <p>จากกลยุทธ์ดังกล่าว สามารถกำหนด KPI ให้บรรลุวิสัยทัศน์ตรงประเด็นยิ่งขึ้น การถ่ายทอดกลยุทธ์สู่การปฏิบัติเป็นลักษณะถ่ายทอดตามลำดับชั้น โดยคณะกรรมการบริหาร รพ. คณะกรรมการบริหารคุณภาพรพ. ผ่านประธาน กกก.ทีมพัฒนาคุณภาพ หัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรในหน่วยงาน โดยกำหนดความรับผิดชอบการวางแผน ประสานแผน กระตุ้นการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงานตามแผน เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดที่มอบหมายลงมาในแต่ละระดับจนถึงบุคลากรผู้ปฏิบัติ ได้มีการกำหนดตัวชี้วัด เช่น ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ และมีการจัดทำคู่มืออธิบายตัวชี้วัด</p>
<b>I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน</b>		
<p>11. การรับฟัง/เรียนรู้อาสาสมัครความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]</p> <p>14. การสร้างความสัมพันธ์</p>	<p>เพื่อให้การวิเคราะห์ความต้องการจากกลุ่มต่างๆ ที่โรงพยาบาลแบ่งกลุ่มไว้ (กลุ่มผู้ป่วย ผู้รับผลงานสำคัญ/ผู้รับผลงานอื่นๆ รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ได้ใช้ประโยชน์และมีการตอบสนองอย่างมีคุณค่าควรส่งเสริมแสดงให้เห็นประเด็นการตอบสนองที่สำคัญ</p>	<p>ผู้นำสูงสุดองค์กร ทีมบริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ ได้มีปรับปรุง/ พัฒนาระบบบริการที่มีความเฉพาะกับความต้องการของแต่ละกลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยนอก เพื่อลดระยะเวลารอคอย และลดความหนาแน่น มีการจัดระบบจองคิวออนไลน์ จัดบริการคลินิกให้การปรึกษา บริการยาเดิม บริการรับยาทางไปรษณีย์ บริการ Tele medicine บริการ Home ward และการรับยาที่ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการกับรพ. 2) กลุ่มผู้ป่วยใน เพื่อลดระยะเวลาในการนอนรพ. และลดความหนาแน่น มีการบริการ Home ward 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในมิติ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
และจัดการคำร้องเรียน [I-3.2ข(1)(2)]	รวมทั้งผลลัพธ์การตอบสนองที่เกิดขึ้นเพื่อโรงพยาบาลใช้เป็นฐานในการพัฒนาให้ก้าวหน้ามากขึ้น	ขององค์ความรู้ในเรื่อง การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช การรักษา การดูแล นโยบายการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น และได้รับยาที่จำเป็นต่อเนื่องไปยังการดูแลในชุมชน โดยส่งเสริมความร่วมมือในการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย และ 4) กลุ่มประชาชนทั่วไป ได้มีการจัดบริการให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตออนไลน์ [Line Official Account: KHUIKUN] และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลลัพธ์ ความพึงพอใจและความคิดเห็นผู้ป่วยออนไลน์ ปี 2566 ต่อบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 98.70 และความพึงพอใจต่อบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ 98.89 ในปี 2567 (2 พ.ค.) ผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหาร รพ. ได้มอบหมายให้กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการประชุมร่วมกันเพื่อปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วยนอก และแนวทางการบริหารจัดการข้อร้องเรียนของโรงพยาบาล โดยให้นำเสนอต่อคณะกรรมการบริหาร รพ. เพื่อพิจารณาเห็นชอบ และดำเนินการต่อไป
<b>I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้</b>		
16. การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก] 17. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค] 18. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก] 19. การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข] 20. ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค]	1.การวัดและวิเคราะห์ เพื่อให้การกำหนดหรือคัดเลือกตัวชี้วัดเป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งในส่วนของผลลัพธ์ขององค์กร (ตอน 4) ตัวชี้วัดในแผนกลยุทธ์ คณะกรรมการการกำกับทางคลินิก ควรคัดเลือกตัวชี้วัดในปริมาณที่เหมาะสม ครอบคลุมในประเด็นสำคัญมีการตั้งเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริง (เช่น ในกรณีการตั้ง เป้าหมาย medication error เป็น 0 ซึ่งไม่สะท้อนข้อเท็จจริง) รวมทั้งมีการกำกับการวิเคราะห์ตัวชี้วัดดังกล่าวให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของทีมหรือผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดเพื่อนำสู่การพัฒนาความก้าวหน้าของตัวชี้วัดที่ตรงตามเหตุปัจจัย เห็นรูปธรรมที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดในแต่ละปี	ผู้นำสูงสุดองค์กร ทีมบริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ ได้มีการทบทวนตัวชี้วัด/ ข้อมูลสารสนเทศเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ ให้ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ กระบวนการ คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การนำ การกำกับดูแลองค์กร รวมทั้งการเงินและการตลาด ดังนี้ คัดเลือกตัวชี้วัดด้านยุทธศาสตร์ “จะเป็นองค์กรหลักด้านจิตเวชเขตสุขภาพที่ 7 และเป็นศูนย์ความเป็นเลิศป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของไทย” ผ่านการกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Lead KPI) ตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ (Lag KPI) และตัวชี้วัดร่วม (Common KPI) เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาของโรงพยาบาลบรรลุตามยุทธศาสตร์ และมีการกำกับติดตามโดยผู้นำสูงสุดองค์กรผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหาร รพ. คณะกรรมการบริหารคุณภาพ รพ. การประชุมหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ และคณะกรรมการที่พัฒนาคุณภาพต่างๆ และมอบหมายให้กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศพัฒนาระบบแสดงข้อมูลผลลัพธ์ในรูปแบบ Dashboard เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้า วิเคราะห์ วางแผนหรือปรับปรุงกระบวนการหากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง การวัดผลระดับกลุ่มงาน โดยผู้อำนวยการได้กำหนดให้ทุกกลุ่มงานได้ทบทวนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับภารกิจหลักภารกิจรอง และภารกิจสนับสนุนของกลุ่มงาน มีการทำ MOU KPI และให้มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>2. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ การจัดการระบบสารสนเทศ ควรส่งเสริมการค้นหาความต้องการด้านข้อมูลสารสนเทศในเชิงรุกทั้งชุดข้อมูลสารสนเทศพื้นฐานที่จำเป็น ชุดข้อมูลสารสนเทศอื่นๆ ทั้งในระดับหน่วยงานและทีมงานต่างๆ ควรส่งเสริมพัฒนาโปรแกรมระบบการแจ้งเตือนการเกิด DI ให้ครอบคลุมทุกรายการตามที่กำหนดไว้เพื่อเอื้อให้เกิดความปลอดภัยต่อการใช้จ่าย การพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจทางรังสี โปรแกรม application ที่ต้องอาศัยฐานข้อมูลจาก HIS กับระบบ HIS ของโรงพยาบาล การนำโปรแกรมมาช่วยสนับสนุนในการจัดการข้อมูลและการประมวลผลข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นขององค์กร เช่น ฐานข้อมูลเครือข่ายจิตเวช การพัฒนาเพื่อให้ออกไปสู่ excellence database of prevention suicide ที่จะนำไปสู่ out put ออกมาเป็นข้อมูลสารสนเทศที่พร้อมใช้งานข้อมูลสารสนเทศอื่นๆ รวมทั้งกำหนดแนวทางแผนรองรับภาวะฉุกเฉินทาง IT ให้มีความชัดเจนเป็นแผนที่มีประสิทธิภาพและให้เกิดความมั่นใจในการรับมือ นำแผนที่พัฒนาปรับปรุงมาซ่อมรับมือต่อเนื่องทุกปีเพื่อให้ความพร้อมในการรับมือได้จริง</p>	<p>ผู้นำสูงสุดองค์กรได้ให้แนวทางการพัฒนาระบบการกำกับติดตาม โดยใช้ข้อมูลด้านผลลัพธ์เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าปรับปรุงการดำเนินงานได้ทันที่ ดังนี้ 1) มีการสำรวจความต้องการของผู้ใช้และได้ดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล โดยการเชื่อมต่อระบบ MOPH-PHR การเชื่อมต่อระบบ Financial Data Hub (FDH) และข้อมูลการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ X-ray เชื่อมต่อกับระบบ และวางแผนสำรวจความต้องการของกลุ่มงานในโรงพยาบาลและคณะกรรมการต่างๆ ทุกปี 2) มีการพัฒนาโปรแกรมระบบ HIS ของโรงพยาบาลสอดคล้องกับ 43 แห่ง 3) มีการซ้อมแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์ความไม่แน่นอนและภัยพิบัติต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT Contingency Plan) ปี 2566 กรณีเกิดเหตุระบบบริการผู้ป่วยนอก (HIS) ล่ม 4) มีระบบ User Authentication ก่อนการเข้าใช้งาน Internet มีการทบทวน Username ทุก 6 เดือน 5) มีระบบสำรองข้อมูลและการกู้คืนกลับ คือ โปรแกรมระบบ HIS โรงพยาบาล มีเครื่องแม่ข่ายสำรอง 1 ซึ่งจะทำ Back Up ข้อมูลแบบ Real time ทุกวัน และ 6) มีเครื่องสำรองไฟสำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์ครบถ้วน ทั้งเครื่องแม่ข่าย เครื่องลูกข่ายและจุดเชื่อมต่อระบบ Network ใช้งานได้ 15 นาที และมีระบบดับไฟฟ้าอัตโนมัติ เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองจะทำงานใน 10 วินาที ผลลัพธ์ การสำรองข้อมูลที่สำคัญของ Server ร้อยละ 100 และระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์โรงพยาบาลให้มีเสถียรภาพ และมีความปลอดภัย แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับระบบเครือข่ายภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 100</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>ความรู้ขององค์กร ควรส่งเสริมการบ่งชี้ค้นหาความรู้จากผู้ใกล้ชิดเข้ามาพัฒนากระบวนการการถ่ายทอดความรู้ โดยเฉพาะในความรู้ชนิด tacit knowledge ให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ไปสู่กลุ่ม young staff และ การนำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งการรวบรวม การจัดเก็บความรู้ที่สำคัญ การพัฒนาให้เกิดการเข้าถึงความรู้ คลังความรู้ที่ทันสมัย</p>	<p>ผู้นำสูงสุดองค์กร มอบนโยบายให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดการความรู้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชนครินทร์ขึ้นในปี 2566 พร้อมทั้งให้แนวทางการดำเนินงานเพื่อนำไปบริหารจัดการ tacit knowledge จากบุคลากรภายในหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ พร้อมทั้งส่งเสริมบุคลากรในการรวบรวม/ประมวลผล/ต่อยอด explicit knowledge ในการพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ มุ่งสู่การบรรลุเข็มมุ่ง วิสัยทัศน์ และพันธกิจของหน่วยงาน มีการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>1) จัดโครงการอบรมหลักสูตรการจัดการความรู้ KM to Innovation วันที่ 8 ธ.ค.2566 2) มีการประชุมคณะกรรมการจัดการความรู้ (KM) ทุก 1 เดือน เพื่อวางแผนการดำเนินงาน ติดตามปัญหาอุปสรรคเพื่อนำมาวิเคราะห์โอกาสในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และ 3) ในปี 2567 การจัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการ Journal Club จากสาขาชีพประจำเดือน ผลลัพธ์ ในปี 2566 มีการส่งผลงาน R2R CQI KM เรื่องเล่า จำนวน 83 ผลงาน จากกลุ่มงาน 31 กลุ่มงานของโรงพยาบาล และในช่วงเมษายน 2567 ได้เข้าร่วม KM Talk ระดับกรมสุขภาพจิต จำนวน 1 เรื่อง</p>
<b>I-5 กำลังคน</b>		
<p>21. ชีตความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน [I-5.1ก]</p> <p>22. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข, ค (1)*(3)(4)]</p> <p>24. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน [I-5.2ก]</p> <p>25. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [I-5.2ข]</p>	<p>1. คณะกรรมการด้านกำลังคน ควรนำผลวิเคราะห์ความเพียงพอของกำลังคนและการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคน ผู้การวางแผนพัฒนา กำหนดทิศทางในการพัฒนาสมรรถนะของกำลังคนให้มีความชัดเจน รวมทั้งข้อมูลด้านอัตรากำลังคนมาประเมินความเพียงพอเพื่อนำมาสู่การพัฒนาแผนการจัดสรรและบริหารอัตรากำลังในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ให้สอดคล้องกับระบบงานและกระบวนการการดูแลผู้ป่วยที่ได้ออกแบบไว้</p>	<p>ผู้นำสูงสุดองค์กร ได้มอบนโยบายการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD) มีการดำเนินการ ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความพอเพียงของบุคลากรต่อภาระงาน FTE ของสาขาชีพ 2) ประเมินตนเองตามแบบสรูปการประเมินผลการปฏิบัติราชการ 3) ได้จัดทำแผนบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ ทักษะ ความสามารถตามความต้องการในการจัดบริการและปฏิบัติงานตามพันธกิจ ภารกิจกลุ่มงาน 4) สรรหาและเลือกสรรบุคลากรให้ตรงตามขอบเขตการปฏิบัติงานของภารกิจกลุ่มงาน 5) ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และ 6) จากปัญหาการลาออกของบุคลากร ได้วิเคราะห์และเสนอรายงานต่อคณะกรรมการบริหารรพ. ต่อเนื่องทุกเดือน เพื่อพิจารณาการจัดสรรบุคลากรทดแทนตำแหน่งว่าง</p> <p>ผู้นำองค์กรมีนโยบายส่งเสริมความผูกพันในองค์กร ได้มีการจัดโครงการทำบุญตักบาตร อวยพรวันเกิดให้กับบุคลากรประจำเดือน ผลลัพธ์ บุคลากรมีค่าเฉลี่ยความสุขด้านการงานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70.1 การคงอยู่ของบุคลากร ร้อยละ 97.78 และในปี 2566 บุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 96.15</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>2. จากการสัมภาษณ์พบว่า โอกาสความก้าวหน้าทางอาชีพเป็นประเด็นสำคัญต่อการดำรงอยู่ของกำลังคนในหลายกลุ่ม รวมทั้งพบว่า อัตรากำลังของกำลังคนในกลุ่มใกล้เกษียณอายุเริ่มมีจำนวนสูงขึ้น ควรนำข้อมูลการเกษียณอายุของกำลังคน ผลกระทบของปัจจัยการก้าวหน้าทางอาชีพของกำลังคนแต่ละกลุ่มมาจัดทำแผน succession plan ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการประเมินการสรรหา กลุ่ม young staff ที่มีศักยภาพ ระบบการพัฒนากระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะในกลุ่มดังกล่าวเพื่อทดแทนที่ทันเวลาและมีสมรรถนะที่เหมาะสม</p>	<p>ผู้อำนวยการ ทีมบริหารรพ. ได้มีการกำกับติดตามด้านอัตรากำลังโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหาร รพ. โดยให้มีการนำเสนอข้อมูลด้านบุคลากร การพิจารณาอัตรากำลังตามภาระงาน และได้มีการวางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต เช่น ส่งบุคลากรในหน่วยเข้าร่วมโครงการข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง (HiPPS) หลักสูตรผู้บริหาร และผู้นำสูงสุดองค์กรได้ประชุมร่วมกับทีมบริหารทางการแพทย์เพื่อจัดทำแผน Succession plan มีการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีโครงการเตรียมผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีศักยภาพสูง (Talent person)</p>
<b>I-6 การปฏิบัติการ</b>		
<p>26. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]</p> <p>27. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]</p> <p>28. การจัดการนวัตกรรม [I-6.1.]</p>	<p>1. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานควรส่งเสริมการใช้ 3P เป็นกรอบการดำเนินงานหรือพัฒนางาน โดยให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในส่วนของเป้าหมาย(purpose) เพื่อสามารถนำไปกำหนดผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance) ที่ชัดเจนตรงเป้าหมาย และใช้เป็นค่าผลงานพื้นฐานเพื่อการต่อยอดการพัฒนาด้วยการออกแบบกระบวนการใหม่ๆ (process) เพื่อให้ผลงานดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>โรงพยาบาลมีกระบวนการงานที่สำคัญและข้อกำหนดของกระบวนการ ดังนี้ 1) กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (health care process) การบำบัดรักษาเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต การพัฒนาบุคลากรทั้ง Function, Specific Competency ที่สอดคล้อง Core Competency องค์กร/แผนยุทธศาสตร์ พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เขตสุขภาพที่ 7 และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบำบัดฟื้นฟูกลุ่มโรคสำคัญ 2) กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) การพัฒนาวิจัยนวัตกรรมองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการขับเคลื่อนนโยบายทั้งภาครัฐและเอกชนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย การพัฒนาบุคลากรทั้ง Function, Specific Competency ที่สอดคล้องกับ Core Competency องค์กร/ แผนยุทธศาสตร์ พัฒนาการจัดการสารสนเทศและการจัดการองค์ความรู้ และพัฒนาการบริหารโครงการ และ 3) กระบวนการสนับสนุน (Support process) กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขอย่างมีธรรมาภิบาล การวิเคราะห์ SWOT/Training need บุคลากร การพัฒนาบุคลากรทั้ง Function และ Specific</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
		Competency สอดคล้อง Core Competency องค์กร/ แผนยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการด้านการเงินและพัสดุที่มีประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล
	2. การจัดการนวัตกรรมเพื่อให้เป็นไปตามพันธกิจ รพ. เป็นไปตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่ว่าส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพจิตและการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายควรส่งเสริมให้เห็นรูปธรรมการส่งเสริมการทำวิจัย CQI นวัตกรรม มีการรวบรวมผลงานดังกล่าวอย่างเป็นระบบ และแสดงให้เห็นคุณค่า การนำไปใช้ประโยชน์หรือมีการอ้างอิงทางวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลงานด้านนวัตกรรม	โรงพยาบาลมีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามประเด็นยุทธศาสตร์/วิสัยทัศน์ รพ. ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี/นวัตกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ในปีงบประมาณ 2566 ผู้นำสูงสุดองค์กรได้มีการกำหนดให้เป็นภารกิจรองของทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาล คือ 1) พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ PMQA, HA และ KM และ 2) สนับสนุนการศึกษาวิจัย พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ตอบสนองต่อภารกิจหน่วยงาน ในปีงบประมาณ 2567 ได้มีการปรับโครงสร้างกลุ่มงานจึงได้มอบให้เป็นภารกิจหลักด้านการพัฒนาวิจัยและวิชาการของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ โดยได้มีการทบทวนเป้าประสงค์ระยะสั้น/ ระยะยาว ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย กิจกรรม/โครงการที่ตอบสนองต่อเป้าประสงค์ที่วางไว้ มีการวิเคราะห์ GAP/ ความจำเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญ มีการจัดทำโครงการของบประมาณ เสนอต่อคณะกรรมการบริหาร รพ. เพื่อดำเนินการตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพนักวิจัยในองค์กร 2) การสร้างทีมนักวิจัยผ่านระบบพี่เลี้ยง 3) การเขียนผลงานวิชาการ 4) การพัฒนาบทความวิชาการผ่านระบบพี่เลี้ยง 5) งานมหกรรมคุณภาพของโรงพยาบาล 6) การถอดบทเรียนจากผลงานวิชาการ และ 7) การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการ ผลการดำเนินงานในช่วง ต.ค. 2566-พ.ค.2567 ได้ดำเนินการด้านโครงสร้างพื้นฐาน/ สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องประชุมสำหรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและวิจัย (ห้องประชุมใหญ่/ กลุ่มย่อย) ห้องสืบค้นข้อมูล ฐานข้อมูลวิชาการในระบบ หนังสือ/เอกสารวิชาการ คลังความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต บริการอีเมล-คืน Online และให้บริการสืบค้นข้อมูลวิจัย จากฐานอื่น ๆ ในเครือข่าย ผลลัพธ์ คลังความรู้องค์กรปี 2566 บทความวิชาการ 3 เรื่อง และงานมหกรรม R2R CQI KM จำนวน 83 ผลงาน
	การจัดการห่วงโซ่อุปทาน ควรรวบรวมข้อมูลการว่าจ้าง outsource ในแต่ละปีเพื่อมาพัฒนาปรับปรุงระบบการติดตามของการทำงานและส่งมอบผลงานของ supply chain ให้ชัดเจน ตั้งแต่การกำหนด	โรงพยาบาลได้รับการมอบบริการที่มีคุณภาพทันเวลาและไม่ขาดแคลน รวมทั้งสามารถจัดการได้เมื่อผลิตภัณฑ์หรือการบริการมีปัญหา จึงได้กำหนดกระบวนการ ตั้งแต่เกณฑ์การคัดเลือก คุณสมบัติผู้ส่งมอบ ซึ่งกำหนดโดยคณะกรรมการจัดทำ TOR พร้อมทั้งการทำสัญญาตามระเบียบพัสดุในการจัดซื้อจัดจ้างและพิจารณาเลือกผู้ส่งมอบและการวิเคราะห์เวลาส่งมอบอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	เป้าหมายการส่งมอบทั้ง คุณภาพของการส่งมอบ และการส่งมอบที่ตรงเวลาดำเนินการให้มีแนวทางในการประเมินการส่งมอบให้ครอบคลุมในทุก supply chain รวมทั้งการกำหนดแนวทางในการรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการส่งมอบเพื่อป้อนกลับไปยังผู้ส่งมอบให้ปรับปรุงกระบวนการส่งมอบร่วมกัน	เครื่องมือ Price & Performance โดยข้อกำหนด Performance จะประกอบไปด้วยคุณลักษณะของระบบ QA บริษัทฯ สารเคมี ผลิตภัณฑ์ยา ระบบการจัดเก็บ และขนส่ง cold chain เพื่อใช้ในการคัดเลือกเครือข่ายอุปทานด้านยา เวชภัณฑ์การแพทย์และ Lab โดยคำนึงถึงคุณภาพ บริการหลังการขาย และการส่งเสริมนิเวศระบบการบริการให้ผู้ป่วยได้รับบริการและผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ในปี 2567 ได้มีการวางแผนจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการส่งมอบจากบริการ Outsource ประจำเดือน/ครั้งคราว เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบในด้านต่างๆ ต่อไป
<b>ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล</b>		
<b>II- I การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ</b>		
<p>31. ระบบบริหารงานคุณภาพ [การประสานงานII-1.1ก และบูรณาการการทำงานเป็นทีม (1)(2)(3)(4)(10)]</p> <p>32. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)]</p> <p>33. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข1)]</p> <p>34. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(2)(3)(4)]</p>	<p>1.การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม ควรส่งเสริมการใช้เวทีการประชุมการกำกับทางคลินิก ที่มีองค์ประชุมร่วมกันของ Key person ของทีมคร่อมสายงานทุกทีมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดความเข้าใจงานซึ่งกันและกันและเพื่อเสริมสร้างการทำงานเชื่อมโยงบูรณาการระหว่างทีมคร่อมสายงานต่างๆ</p>	<p>ในปี 2566 โดยผู้นำสูงสุดองค์กร ได้กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ PMQA, HA และ KM เป็นภารกิจของทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาล กำหนดเป้าหมายให้กลุ่มงานมีการพัฒนาคุณภาพสอดคล้องตามภารกิจหลัก/รอง/สนับสนุน และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ สนับสนุนให้ใช้แนวคิด 3P มีการสื่อสารสร้างความเข้าใจระบบบริหารงานคุณภาพ คู่มือคุณภาพที่เกี่ยวข้อง ผ่านการประชุมรูปแบบต่างๆ ผู้นำสูงสุดองค์กร ได้มีการติดตามผลการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องทุกเดือน โดยให้สรุปผลการพัฒนาเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารรพ. คณะกรรมการบริหารคุณภาพรพ. หัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ทั้ง 14 ทีม และมีการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น website/ Line group/ web page/ Facebook ในปีงบประมาณ 2567 มีการอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหารระดับหัวหน้ากลุ่มงาน/ศูนย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ประธานทีมต่างๆ และเลขานุการทีม 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานสายคลินิก และ 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานสายสนับสนุน ทั้งหมด 5 รุ่น จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 88 และมีการปรับนโยบายคุณภาพเป็น “มุ่งมั่นนยกระตือรือร้นพัฒนาระบบบริหารคุณภาพให้สอดคล้องตามมาตรฐานสากล และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง”</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
36. กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)(3)]	<p>2. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย</p> <p>2.1. จากจำนวนผู้ป่วยยาเสพติด และผู้ป่วยโรค depression มี volume ที่สูงควรส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาที่เป็นรูปธรรม เช่น ผ่านการใช้ staging ในการดูแลผู้ป่วยหรือเห็นภาพรวมการพัฒนาในรูปแบบ clinical tracer, clinical quality summary รวมทั้ง KPI ที่สำคัญในผลลัพธ์ตอน 4 ทั้งนี้เพื่อความก้าวหน้าในการพัฒนาโรค ทั้ง 2 อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>คณะกรรมการที่มำทางคลินิก ได้มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้มีการจัดประชุมเพื่อกำหนดให้ผู้ป่วยยาเสพติดและผู้ป่วยโรค depression เป็น proxy disease และมีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามระยะการเจ็บป่วย (staging) ให้ครอบคลุม โดยใช้แนวคิด 3 P และมีการกำกับติดตามภายในทีม โดยประธานทีม</p>
	<p>2.2 ควรส่งเสริมการจัดระบบการให้ psychosocial therapy ให้มีความชัดเจนอย่างเป็นระบบในภาพรวมโรงพยาบาลในแต่ละโรค แต่ละวิชาชีพให้ ช่วง staging ทำให้ psychosocial therapy สถานที่ให้เกณฑ์เข้ารับ (inclusion criteria) ในการให้แต่ละ psychosocial therapy การวัดผลสำเร็จการให้ในแต่ละครั้ง เช่น ความรู้ หรือผลการเปลี่ยนแนวคิด พฤติกรรม</p>	<p>คณะกรรมการที่มำทางคลินิก ได้มีการทบทวนการจัดระบบการให้ psychosocial therapy รายโรคและวิชาชีพ โดยมีการระบุ เกณฑ์เข้ารับ (inclusion criteria) Setting ช่วง staging ตัวชี้วัด มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติผ่านช่องทางต่างๆ เช่น อบรม เอกสารแจ้งเวียน ฯลฯ และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการที่มำทางคลินิก และทีมนำคุณภาพ</p>
	<p>3. กระบวนการบริหารความเสี่ยง:</p> <p>3.1. จากที่ทีมเริ่มมีการนำโปรแกรม HRMS มาใช้บันทึกอุบัติการณ์ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงพบว่ากรรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ล่าช้าและมีการรายงานลดลง ความเสี่ยงอุบัติการณ์จำนวนมากที่ลงไม่ได้ เนื่องจากไม่เหมาะสมกับบริบท ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคข้อดี/ข้อเสียในการ</p>	<p>คณะกรรมการ RM มีการวางแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยง มุ่งเน้นกลุ่มหัวหน้างาน/กลุ่มงานและบุคลากรใหม่ และ 2) เพิ่มขยายผลการดำเนินงาน 3P Safety เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการ RM จึงได้ดำเนินการ ดังนี้ 1) ศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อดี/ข้อเสียในการใช้โปรแกรม HRMS พบว่า รายการความเสี่ยง/อุบัติการณ์ ในโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นรายการความเสี่ยง/อุบัติการณ์ของโรคทางกาย คณะกรรมการจึงได้มีการจัดทำรายการความเสี่ยงย่อยขึ้นในโปรแกรม HRMS เพื่อใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวช และมีแนวทางการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์โดยการรายงานในโปรแกรม HRMS ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่ที่พบเห็นเหตุการณ์บันทึกอุบัติการณ์ในโปรแกรม</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>ใช้โปรแกรม HRMS เปรียบเทียบกับโปรแกรม RM เดิมที่เพื่อหาโอกาสพัฒนาและนำมาพัฒนาร่วมกับทีม IM ของโรงพยาบาล หรือตัดสินใจจะใช้โปรแกรมไหนที่บุคลากรสามารถบันทึกได้ และใช้ง่ายทำให้เอื้อต่อการลงบันทึกอุบัติการณ์/ความเสี่ยงที่จะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป</p>	<p>HRMS 2) หัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบว่าเป็นอุบัติการณ์จริงหรือไม่ หากเป็นอุบัติการณ์จริงให้ยืนยันอุบัติการณ์ในระบบ HRMS แล้วประชุมที่มาร่วมกันหาสาเหตุของอุบัติการณ์ กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำ และ 3) คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง และติดตามจนหน่วยงานดำเนินการแล้วเสร็จเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางที่ได้กำหนด</p>
	<p>3.2. จากการที่โรงพยาบาลกำหนดจุดเน้นเรื่อง 2P safety นำมาดำเนินการผ่าน risk register ที่บริหารความเสี่ยงควรสื่อสารประเด็นสำคัญที่องค์กรมุ่งเน้นในแต่ละช่วงเวลากับผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน รวมทั้งสร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ risk register เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบแนวทางป้องกันควบคุมบรรเทา รวมทั้งติดตามกำกับดูแล และนำไปบริหารจัดการกระบวนการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น</p>	<p>โรงพยาบาลได้สนับสนุนการดำเนินการตามกรอบงานของการบริหาร โดยได้มีการประกาศนโยบายการความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรเพื่อแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและทิศทางในการดำเนินงาน มอบหมายให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงจัดทำคู่มือบริหารความเสี่ยงที่ครอบคลุมกระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือนโดยใช้ทะเบียนความเสี่ยง (risk register) เป็นเครื่องมือคุณภาพในการขับเคลื่อนงาน ซึ่งประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามทบทวนความเสี่ยงและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุก 6 เดือน</p> <p>มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1) จัดให้มีการประชุมสื่อสารแนวทางการใช้โปรแกรมแก่ บุคลากรทุกระดับเพื่อสร้างความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) ตั้งแต่ การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด 2) สร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือ risk register เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบแนวทางป้องกันควบคุม บรรเทา รวมทั้งติดตามกำกับดูแล 3) กระตุ้น สนับสนุนให้หน่วยงานทบทวนความเสี่ยง/อุบัติการณ์ และนำมาวางแผนป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตาม โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุก 6 เดือน ให้ครอบคลุมจุดเน้น เรื่อง 3P safety และ 4) ติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลต่อเนื่องเพื่อนำมาวางแผนการพัฒนา</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>การบริหารงานคุณภาพเพื่อให้การบริหารงานคุณภาพของโรงพยาบาลมีความก้าวหน้ามากขึ้น ทีมควรทำความเข้าใจบทบาทของทีมพัฒนาคุณภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน การประเมินตนเองและใช้ประโยชน์จากการประเมินตนเอง ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดของโรงพยาบาลเพื่อให้เห็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพ และนำไปสู่การวางแผนพัฒนาคุณภาพ กำหนดจุดเน้นของการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจนนำไปสื่อสารสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกันในทุกระดับอย่างยั่งยืน</p>	<p>ผู้นำสูงสุดองค์กรได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพองค์กร และแนวทางการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ได้มีการกำหนดให้ทีมพัฒนาคุณภาพทุกทีม ได้ทำการประเมินตนเอง เพื่อหาโอกาสพัฒนาในประเด็นต่างๆ และยกระดับการพัฒนางาน รวมถึงการ Monitor ผลลัพธ์และนำผลลัพธ์มาประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้เกิดการกระตุ้นการพัฒนาในภาพรวมของโรงพยาบาล จึงได้จัดการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องทุกเดือน และมีการสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ เช่น Line group website/webpage และมีกิจกรรมให้บุคลากรเข้าร่วมตอบคำถามเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง</p>
<b>II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ</b>		
<p>38. ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]</p>	<p>1. องค์กรพยาบาล 1.1. ทีมบริหารทางการพยาบาลควรวางแผนปรับปรุงการจัดอัตรากำลังใช้ประโยชน์จากประเมิน productivity ในแต่ละช่วงเวร และแต่ละหอ ที่พบว่ามีการะงานสูงมาก โดยคำนึงถึงความอ่อนล้าจากการปฏิบัติงานซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาลนำมาจัดกำลังคนเสริมเพื่อให้มีการบริหารกำลังคนให้เหมาะสมกับการะงานแก้ปัญหาได้ทันเวลา</p> <p>1.2. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลผลการนิเทศทางคลินิก ผลการทบทวนเวชระเบียน เพื่อหาโอกาส</p>	<p>ทีมบริหารทางการพยาบาล ได้ดำเนินการวิเคราะห์อัตรากำลังผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน กำหนดอัตรากำลังหลักเกณฑ์การบริหารอัตรากำลังในแต่ละเวร เกณฑ์การจัดอัตรากำลังเสริมตามภาระงานที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วย กำหนดแนวทางการจัดตารางเวร การแลกเปลี่ยนเวร โดยกำหนดไม่ให้พยาบาลห้องใหม่ที่มีประสบการณ์การทำงาน &lt; 3 ปีขึ้นปฏิบัติงานด้วยกัน มอบหมายหัวหน้า/รองหัวหน้าหอผู้ป่วย/รองหัวหน้ากลุ่มงานตรวจสอบก่อนอนุญาต มีการบริหารอัตรากำลังกรณีเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงขึ้นให้มีการเรียกอัตรากำลังเสริมตามเกณฑ์ มีการวางแผนโดยจัดอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพรายเดือนเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และบริหารจัดการแบบใช้ทรัพยากรร่วมกัน</p> <p>ทีมบริหารทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเฉพาะทางตามกลุ่มโรคและพฤติกรรมสำคัญ ได้แก่ โรคจิตเภท โรคแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดย</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>พัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน 3 กลุ่มโรค ตามเป้าหมาย PCT และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย รวมทั้งการดูแลตาม staging ที่เป็นจุดเน้นขององค์กร</p>	<p>ได้มีการถอดบทเรียน ทบทวน วิเคราะห์ข้อมูลการนิเทศทางการพยาบาล สารสนเทศทางการพยาบาล พัฒนาการใช้ข้อมูลทางคลินิกให้มีความสอดคล้องเชื่อมโยงตามกลุ่มโรคสำคัญโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการวางแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ทางคลินิก มีการพัฒนาแผนการดูแลทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมสอดคล้องตามกลุ่มโรคสำคัญ และมีการนิเทศกำกับติดตามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (แผนการนิเทศ, Grand round, Nursing round) ผลลัพธ์ปี 2567 อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดอัตโนมัติ การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดด้วย Matrix Program การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อ</p>
	<p>1.3. ควรส่งเสริมกำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลให้ชัดเจน มีการกำกับติดตาม กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งในประเด็นความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป การบำบัดทางจิตเวชโดยพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง การวิเคราะห์ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเพื่อวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง</p>	<p>ทีมบริหารทางการพยาบาลได้มีการจัดทำแผนพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาล 3 แผน โดยได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป Conference ในการประชุมทีมนำทางคลินิกทุก 1 เดือน การสื่อสารแนวทางการกำกับติดตาม ประเมินผล และมีการวิเคราะห์ใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุผลในปี 2560-2564 จำนวน 2 แผน คือ แผนพัฒนาแนวทางการป้องกันผู้ป่วยหลบนหินสำเร็จ แผนพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และแผน พัฒนาแนวทางป้องกันเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้ายจากการปฏิบัติงาน)</p>
	<p>1.4. ผลจากรายงานการทบทวนกำลังคนทางการพยาบาลในอนาคต succession plan พบว่า การกำหนดประเด็นในการพัฒนายังไม่ชัดเจน เช่น 1) แผนการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับ clinical risk ในกลุ่มพยาบาลน้องใหม่ 2) การใช้ข้อมูล productivity ในการวางแผนการจัดกำลังคนให้เหมาะสมในแต่ละช่วง 3)</p>	<p>ทีมบริหารทางการพยาบาลได้มีการกำหนดคุณสมบัติทีมนำทางพยาบาลทุกระดับ โดยได้นำขั้นตอนและเกณฑ์การสืบทอดตำแหน่งที่ผ่านมติเห็นชอบของคณะกรรมการบริหาร มาดำเนินการคัดเลือกตำแหน่ง ทีมนำทางพยาบาล มีการพัฒนาความรู้ของผู้นำทีมพยาบาลทุกระดับ มีการทบทวนเกณฑ์การสืบทอดตำแหน่ง การประเมินสมรรถนะ วางแผนพัฒนาสมรรถนะตามความจำเป็นทุกปี มีการจัดทำแผนการสืบทอดตำแหน่งระดับผู้นำสูงสุด ผู้นำทีมพยาบาล ในช่วง 1-5 ปี (2567-2571) และจัดทำกระบวนการคัดเลือกผู้บริหารการพยาบาล กำกับติดตาม และประเมินสมรรถนะ ก่อนและหลังขึ้นสู่ตำแหน่ง 6 เดือน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>การกำหนดเฉพาะประเด็นที่จำเป็นต่อการพัฒนาคนแต่ละกลุ่ม 4) แนวโน้มใน 3-5 ปี จะมีการเกษียณจำนวนมากควรจัดทำ HR plan กำหนดเป้าหมายเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลและวิชาชีพ และ KPI ในการประเมินความสำเร็จให้ชัดเจน และแผนพัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ที่จะมาสืบทอดตำแหน่ง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้มั่นใจว่าการบริหารและกำกับดูแลวิชาชีพ โรงพยาบาล บรรลุ เป้าหมาย การกำกับดูแลมีประสิทธิภาพ</p>	
40. องค์กรแพทย์ [II-2.2]	<p>2. องค์กรแพทย์</p> <p>จากการทบทวนอุบัติการณ์ต่างๆ รวมทั้งการทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยพบว่ายังมีโอกาสการพัฒนา ดังนี้ 2.1. ควรกำหนดเกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองหลังการรับรายงาน ภายในเวลาที่กำหนด เพื่อลดอุบัติการณ์ delayed diagnosis and treatment</p> <p>2.2 ควรมีข้อสรุปร่วมกันในแนวทางการรักษาและปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดร่วมกันอย่างเคร่งครัดหรืออาจกำหนดเป็น clinical policy ในคณะกรรมการกำกับทางคลินิก เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำต่างๆ เช่น การใช้ยามากเกินไปหรือน้อยไป การไม่ส่งเจาะ lab ตามแนวทาง</p>	<p>ทีมองค์กรแพทย์ ได้มีการประชุมเกี่ยวกับปัญหา/ข้อจำกัดต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขร่วมกัน มีการทบทวนเคสที่มีปัญหาพร้อมกับทีม PCT อย่างต่อเนื่อง มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติของแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ฉบับปรับปรุงปี 2567 และได้มีการกำหนดประเด็นที่เกี่ยวกับอาการฉุกเฉินที่แพทย์ต้องมาดูแลเร่งด่วนภายในเวลาที่กำหนด และได้มีการนำข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ที่มาจากการวินิจฉัยโรคของแพทย์ อุตการณ์ Delay diagnosis/ Miss diagnosis/ Wrong diagnosis มาประชุมร่วมกันในทีม PCT และได้มีการประชุมร่วมกันในทีมองค์กรแพทย์</p> <p>ทีมองค์กรแพทย์ ได้มีการประชุมร่วมกับกลุ่มงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาลเพื่อการวางมาตรการด้านการรักษา ร่วมกันของสหวิชาชีพ มีการกำหนดมาตรการต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น การห้ามใช้ยาคู่ drug interaction (MMS) มีการกำหนดเจาะเลือดยา clozapine-lithium ทุก 6 เดือน (PCT) มีการกำหนดเกณฑ์การรับยาเดิม และเกณฑ์การรับยาไปรษณีย์ในผู้ป่วย (ทีมยาไปรษณีย์) เป็นต้น</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>ควรค้นคว้าศึกษาเรียนรู้การใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพใน การเป็นประธานทีมคร่อมสายงานต่างๆ เพื่อการนำทีมอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การทบทวนอุบัติการณ์เพื่อหา RCA แบบ 5 ขั้นตอน เพื่อหาสาเหตุราก นำสู่การปรับปรุงเชิงระบบ ตลอดจนการปรับปรุงอย่างได้ผลด้วย risk register</p>	<p>ทีมองค์กรแพทย์ ได้มีการประชุมแพทย์ เพื่อแบ่งหน้าที่ของแพทย์แต่ละคน ตามความเหมาะสม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแพทย์แต่ละสาขาในโรงพยาบาลเนื่องจากบางงานบริการต้องใช้วุฒิของแพทย์ตามกฎหมาย และได้มีการแบ่งหน้าที่ของแพทย์แต่ละคนในทีมบริหารงานโรงพยาบาล</p>
	<p>2. ควรส่งเสริมการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อแสดงประสิทธิผลในการดำเนินงานในส่วนผลงานที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ โดยตรงให้ครอบคลุมมากขึ้น</p>	<p>ทีมองค์กรแพทย์ ได้ประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนและมีการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง คือ อุบัติการณ์ Miss diagnosis / Delay diagnosis / Wrong Diagnosis จนเกิดอุบัติการณ์ ระดับ E ขึ้นไป เป็นต้น</p>
<p><b>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</b></p>		
<p>41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข]</p> <p>42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง]</p> <p>43 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค [II-3.2ก, ข]</p> <p>44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้าง</p>	<p>เพื่อให้เกิดความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านสวัสดิภาพและเชิงโครงสร้าง ควรส่งเสริมการพัฒนาในประเด็นต่างๆ ดังนี้</p> <p>1. ควรส่งเสริมการนำข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมของ สบส.เขต 7 และจากกิจกรรม ENV round นำมาวิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญ และจัดทำแผนตอบสนองต่อความเสี่ยงในทุกประเด็นให้ครอบคลุม รวมทั้งการกำกับติดตามให้มีการดำเนินการตามแผนจากการสัมภาษณ์ พบว่า เหตุการณ์ไฟไหม้ที่เกิดขึ้นเกิดจากการก่อสร้าง จากผู้รับเหมาซึ่งไม่ได้มีการทบทวนความเสี่ยง RCA ควรร่วมกับคณะกรรมการ</p>	<p>ผู้นำสูงสุดองค์กร ทีมผู้บริหารรพ. ได้มีการตรวจเยี่ยมกลุ่มงานในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยคณะกรรมการ ENV ได้นำข้อมูลที่ได้ออกจากการลงพื้นที่นำมาปรับปรุงด้านโครงสร้างและความปลอดภัยเพื่อลดโอกาสเกิดความเสี่ยงที่มาจากด้านโครงสร้างสถานที่ และได้มีการนำข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ระดับ E ขึ้นไป มาประชุมทบทวนความเสี่ยง RCA ร่วมกับ คกก. RM และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น จากกรณีเหตุการณ์ไฟไหม้ที่เกิดขึ้นเกิดจากการก่อสร้าง มีการนำข้อสรุปไปปรับปรุง และมีการตรวจสอบสม่ำเสมอ มีการนำข้อมูลจากกิจกรรม ENV round มาจัดทำแผนปรับปรุงตามประเด็นสำคัญและเร่งด่วน ครบทุกประเด็น</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
เสริมสุขภาพ [II-3.3ก] 45 การพิทักษ์สิ่งแวดลอม [II-3.3ข]	การจัดการความเสี่ยง ปรับปรุงระบบการรายงานความเสี่ยง การกำกับติดตาม ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	
	2. คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม ควรร่วมกับหน่วยงาน หรือผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงร่วมกันในกรณีผู้เกี่ยวข้องหลายแห่งเพื่อมาพัฒนาปรับปรุงเชิงโครงสร้าง แนวทางการเฝ้าระวัง การรักษาความปลอดภัยให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น	คณะกรรมการ ENV ได้มีการติดตามการเกิดอุบัติเหตุความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับด้านสิ่งแวดล้อม ระดับ E ขึ้นไป เช่น กรณีผู้เกี่ยวข้องหลายแห่ง คณะกรรมการจะมีการประชุมร่วมกับกลุ่มการพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ RCA ถ้าพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับด้านโครงสร้างพื้นฐานที่ต้องมีการปรับปรุง จะมีการนำข้อสรุปที่ได้จากการประชุมไปจัดทำแผนปรับปรุงโครงสร้างที่เสี่ยงต่อการลอบหนี่ของผู้ป่วย
	3. ควรส่งเสริมการจัดกลุ่มเครื่องมือแพทย์ที่ชัดเจนตาม มาตรฐาน สบส. แยกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามความเสี่ยงสูง เสี่ยงกลาง เสี่ยงต่ำเพื่อนำมาสู่การกำหนดมาตรการ แนวทางการตรวจสอบความพร้อมใช้ตามวงรอบการบำรุงรักษาให้เหมาะสมกับเครื่องมือแต่ละประเภท รวมทั้งกลุ่มเครื่องมือเสี่ยงสูง เช่น เครื่อง ECT, defibrillator, AED ที่มีประจำตามหอผู้ป่วยต่างๆ ที่นอกจากการตรวจสอบโดยหน่วยงานผู้ใช้งานแล้วควรพัฒนาให้มีการตรวจสอบโดยช่างเครื่องมือแพทย์โรงพยาบาลตามวงรอบที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความพร้อมใช้งาน	ได้จัดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low Risk Medical Device) หมายถึง กลุ่มเครื่องมือที่เมื่อทำงานผิดปกติหรือการใช้งานอย่างไม่ถูกวิธี ไม่มีโอกาสหรือความน่าจะเป็น ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ใช้งาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท, ชุดตรวจตา หู คอ, เครื่องวัดอุณหภูมิหน้าผาก, เครื่องชั่งน้ำหนัก 2) กลุ่มเสี่ยงปานกลาง (Medium Risk Medical Device) หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่เมื่อทำงานผิดปกติ หรือเปิดการใช้งานพารามิเตอร์โดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงทดแทนจะทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้บาดเจ็บสาหัส เช่น Automatic blood pressure, ตู้เย็นแช่ยา, เครื่องปั่นแยกสาร (Centrifuges), ECG และ 3) กลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk Medical Device) หมายถึง กลุ่มเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการช่วยชีวิต การติดตามสัญญาณชีพที่สำคัญ ปลดปล่อยพลังงาน เฝ้าระวังภาวะวิกฤติและอุปกรณ์อื่นๆ ที่เมื่อทำงานผิดปกติหรือการใช้งานอย่างไม่ถูกวิธี มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์บาดเจ็บสาหัส ได้แก่ AED, Defibrillator, ชุด Ambu bag, Laryngoscope, Flow-meter, ถังออกซิเจนขนาดใหญ่, Suction Regulators, ออกซิเจน Mask with Bag, Patient Monitor, Vital signs Monitor, Infusion pumps, Oxygen sat (Pulse Oximeter), DTX, เครื่อง ECT, X-ray, Autoclave และได้มีการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้ง 3 กลุ่ม (เสี่ยงสูง เสี่ยงกลาง และเสี่ยงต่ำ) ปีละ 1 ครั้ง โดยช่างเครื่องมือแพทย์จากหน่วยงานภายนอก

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>ควรส่งเสริมกำกับติดตาม การตรวจสอบผลน้ำเสียรายวันในบางพารามิเตอร์ที่จำเป็น กำกับติดตามการเคลื่อนย้ายและการจัดเก็บขยะให้เป็นไปตามแนวทางและนโยบายที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง</p>	<p>ผลลัพธ์ ปี 2566 เครื่องมือที่ผ่านการสอบเทียบผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 92.79 และไม่ผ่านมาตรฐานร้อยละ 7.21 ซึ่งได้มีการจัดหาซื้อทดแทนให้เพียงพอ พร้อมใช้งาน</p> <p>ได้มีการเก็บตัวอย่างน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด ส่งตรวจกับภาควิชาวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลลัพธ์ คุณภาพตัวอย่างน้ำทิ้งจากการเผ่าระวังผ่านค่าพารามิเตอร์ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 100</p>
<b>II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</b>		
<p>46 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ(Infection Prevention &amp; Control-IPC) [II-4.1ก]]</p> <p>47 การเผ่าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข]</p> <p>48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]</p> <p>49 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]</p>	<p>ควรเพิ่มการกำกับติดตาม ประเมินหน่วยงานที่มีความเสี่ยง ต่อการติดเชื้อและหรือแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ หน่วยจ่ายกลาง บำบัดน้ำเสีย ระบบการจัดการขยะ ห้อง lab โภชนาการ เพื่อการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงจาก การติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายเชื้อ และการปนเปื้อนใน สิ่งแวดล้อม ครอบ คลุม กระบวนการและพื้นที่ต่างๆ</p>	<p>คณะกรรมการ IC ได้มีการลงพื้นที่กำกับติดตาม เช่น ระบบจัดการขยะ ได้มีการกำหนดเส้นทางและเวลาการขนย้ายขยะติดเชื้อ สร้างที่พักขยะติดเชื้อ/ที่พักขยะทั่วไปในปี 2566 จากการลงนิเทศเยี่ยมสำรวจอาคารที่พักขยะติดเชื้อในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 พบว่า บริเวณที่พักขยะติดเชื้อยังเปิดใช้งานได้ไม่เต็มที่ มีบางจุดที่ต้องแก้ไขปรับปรุงเพิ่มเติม ได้มีสรุปรายงานเพื่อเสนอในคณะกรรมการ ENV เพื่อปรับปรุงแก้ไข ได้มีการจัดทำคู่มือการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2567 คู่มือการป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงานอื่นๆ และมีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ บุคลากรไม่มีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน ร้อยละ 100</p>
<b>II-5 ระบบเวชระเบียน</b>		
<p>50 ระบบบริการเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]</p>	<p>ระบบบริหารเวชระเบียนควรส่งเสริมการนำผลการทบทวน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้ออกแบบไว้ใน</p>	<p>คณะกรรมการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียน ได้เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาล สม่่าเสมอ พร้อมทั้งได้มีการรับฟังข้อเสนอ ความต้องการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากคณะกรรมการต่างๆ และได้</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
51 เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2]	ลักษณะ staging ในการดูแลผู้ป่วยมาค้นหาสาเหตุของการบันทึกข้อมูล และส่วนของความซับซ้อนให้ครอบคลุมในทุกวิชาชีพให้การดูแลรักษาเพื่อนำมาสู่การพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มในการบันทึก ให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแล มีข้อมูลต่างๆ ที่สำคัญจำเป็นเพียงพอ ในการสื่อสารกระบวนการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ	จัดทำข้อสรุปประชุมร่วมกับกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุง/พัฒนาโปรแกรมให้สนองต่อความต้องการบันทึกข้อมูลของคณะกรรมการต่างๆ และได้มีการนำข้อสรุปจากการประชุมมาปรับแบบฟอร์มใบตรวจรักษา ก่อนนำเอกสารไปปฏิบัติได้มีการชี้แจงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกครั้ง ในปี 2566 ได้มีการเพิ่มวินิจฉัยโรคในใบตรวจรักษาเพื่อสื่อสารในการคัดกรองผู้ป่วยรายโรค ได้มีการสื่อสารในกลุ่ม MRA ให้บันทึกข้อมูลในส่วนต่างๆ ให้ครบถ้วนตามคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน 2563 ของทีมสหวิชาชีพ และมีระบบพี่เลี้ยงในการสอนงานการบันทึกเวชระเบียนแต่ละวิชาชีพ กรณีที่มีเจ้าหน้าที่ใหม่เข้ามาทำงานหรือมีการเวียนการทำงานของแต่ละแผนก ผลลัพธ์ ความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ร้อยละ 99 และความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน ร้อยละ 91.5
<b>II-6 ระบบการจัดการด้านยา</b>		
52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] * 53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุนการจัดหาและเก็บรักษายา [II-6.1 ข,ค] 54 การสั่งจ่ายและถ่ายถอดคำสั่ง [II-6.2 ก] 55 การทบทวนคำสั่งเตรียมเขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]	1. ควรส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างคณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา (MMS) องค์กรแพทย์ในการนำอุบัติการณ์ acute serious ADR เช่น NMS, aspiration pneumonia, over sedation มาทบทวน RCA ร่วมกันและกำหนดแนวทางร่วมกันในการป้องกันการเกิดซ้ำและลดความรุนแรงใน ADR บางกลุ่มอาการ	คณะกรรมการที่เกี่ยวกับระบบบริหารจัดการด้านยา 2 ชุด ได้แก่ 1. คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ประกอบด้วยสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล มีหน้าที่กำหนดกฎระเบียบเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐปี พ.ศ. 2560 และกฎระเบียบอื่นใด ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ของโรงพยาบาล พิจารณานุมัติบัญชียาโรงพยาบาลฯ โดยมีการจัดประชุมอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 2. คณะกรรมการพัฒนาระบบยา (MMS) ประกอบด้วยสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล มีหน้าที่ดำเนินงานตามนโยบายและแนวทางจากคณะกรรมการ PTC และกำกับติดตาม แก้ไขปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานด้านระบบยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบจัดการด้านยา
56 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]	2. ควรประสานความร่วมมือร่วมกับคกก.IM ในการพัฒนาโปรแกรมกระบวนการตรวจจับ DI ให้รัดกุมครอบคลุมทุกรายการตามที่ PTC	ได้มีการประชุมร่วมกับคกก.IM เพื่อพัฒนาระบบออนไลน์ของโรงพยาบาลฯ เช่น มีการแจ้งเตือนและ Block การสั่งจ่ายที่เป็นคู่ Fatal Drug Interaction ก่อนการบันทึกคำสั่งการรักษาทั้งในระบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และมีการแจ้งเตือนในกรณีที่แพทย์สั่งยาที่มีประวัติการแพ้ยาที่บันทึกในฐานข้อมูลระบบออนไลน์ เพื่อป้องกันการสั่งจ่ายที่มีโอกาสแพ้ยาซ้ำ

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>3. ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR monitoring) ให้ชัดเจน ตั้งแต่การกำหนดประเภท ADR (preventable, nonpreventable) serious ADR ทั้ง acute, prolong (EPS ในบางกลุ่มอาการ) แนวทางการรายงานการรวบรวมข้อมูล เพื่อมาวิเคราะห์ปัญหาด้าน ADR สำคัญ และนำมากำหนดแนวทางการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและเป้าหมายในการพัฒนาให้ชัดเจน</p>	<p>กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับงานพยาบาลผู้ป่วยในได้จัดทำข้อกำหนด Intensive ADR เพื่อติดตามอาการทางคลินิกที่แสดงว่าเกิด ADR เพื่อการใช้ยาที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยใน และแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยา HAD ในผู้ป่วยนอก Lithium, Clozapine, Carbamazepine, Lamotrigine และมีการพัฒนาระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โดยกำหนดแนวทางการรายงานและการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาจาก ADR สำคัญ การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ระดับ E ขึ้นไป มีการทบทวน RCA ทุก 1 เดือน ผลลัพธ์ Preventable serious ADR 0 ราย (เริ่มเก็บข้อมูลปี 2567) และ 2) จำนวนผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ 0 ราย</p>
<p><b>II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง</b></p>		
<p>57 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ [II-7.1]</p> <p>58 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาบาลวิทยาคลินิก [II-7.2] *</p>	<p>ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จากการติดตามประเมินประสิทธิภาพ พบโอกาสพัฒนา ดังนี้</p> <p>1. การส่งตรวจภายนอกในช่วงที่ห้อง Lab ปิด และการติดตามประเมินความรวดเร็วในการรายงานผล</p>	<p>กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีการพัฒนาระบบการส่งตรวจ lab ไปยังหน่วยงานภายนอก กรณีห้องปฏิบัติการไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ โดยส่งตรวจที่เอกชนซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่เอกชนเข้ารับส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการและหอผู้ป่วย รวมทั้งส่งผลตรวจวิเคราะห์ภายใน 3 วัน ทั้งวันเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ทำให้ลดการสูญเสียเจ้าหน้าที่ในการไปรับส่ง lab และตามผลเอง มีคู่มือการใช้งานรายการตรวจพร้อมกำหนดระยะเวลารายงานผล</p>
<p>59 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4] *</p> <p>60 พยาธิวิทยากายวิภาคและบริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ [II-7.3 / 7.5]</p>	<p>2. การใช้คำวิฤตหลังรายงานแพทย์</p>	<p>มีการปรับปรุงคำวิฤตร่วมกับกลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกปี มีระบบการเตือนผลด่วน, TAT, แจ้งเตือนคำวิฤตของผลตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ LIS เมื่อผลการตรวจพบว่าอยู่ในช่วงวิฤต จะทำการตรวจส่งตรวจเดิมซ้ำอีกครั้ง และโทรแจ้งภายใน 5 นาที หลังยืนยันผล มีแบบบันทึกคำวิฤต (F-LA-003) หลังรายงานคำวิฤตต้องมีการบันทึกข้อมูลทุกครั้ง พร้อมทั้งติดตามการดำเนินการของคำวิฤต และมีระบบกำกับติดตามโดยมีการสุ่มทวนสอบแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยของการรายงานคำวิฤตหลังรายงานคำวิฤต 10 % ของผู้ป่วยทั้งหมดทุก 6 เดือน ผลลัพธ์ รายงานคำวิฤต &lt; 5 นาที หลังตรวจวิเคราะห์ ร้อยละ 100 และการทวนสอบหลังรายงานคำวิฤต ร้อยละ 100</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	3. ผลการกำกับคุณภาพ EQA	ห้องปฏิบัติการได้ดำเนินการบริหารคุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (Laboratory Accreditation; Re LA3) 2565 ตั้งแต่วันที่ 18 พฤษภาคม 2566 ครบกำหนดวันที่ 17 พฤษภาคม 2569 ร่วมดำเนินการบริหารระบบคุณภาพร่วมกับเครือข่ายเทคนิคการแพทย์ จังหวัดขอนแก่น และมีการเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการของสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (External Quality Assessment , EQA) ในสาขาที่ตรวจวิเคราะห์ได้เอง ได้แก่ สาขาเคมีคลินิก โลหิตวิทยา จุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก สารเสพติด (Methamphetamine, Cannabinoid, Opiate สาขาละ 3 ครั้ง/ปี ระดับยาเสพติดเข้ารวม Clinical chemistry(Monthly) Program BIO-RAD เป็นประจำทุกเดือน ผลการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (EQA) ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานของโครงการ 92.5%
<b>II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ</b>		
61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]	ควรส่งเสริมการจัดเก็บข้อมูลผู้ประสบภาวะวิกฤตในเขตสุขภาพที่ 7 ในภาพรวม และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาพรวมของประเทศที่มาจากหลากหลายช่องทาง นำมาวิเคราะห์ วางแผนการดำเนินการในการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายร่วมกับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 ใน ภาพรวม กำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินการที่ผ่านมาในระดับประเทศและเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดการช่วยเหลือที่รวดเร็ว	มีการดำเนินงานในเชิงป้องกันและควบคุมความรุนแรงจากผู้ใช้ยาเสพติดและผู้ป่วยจิตเวชเข้าสู่การดูแลช่วยเหลือ และลดผลกระทบทางจิตใจของผู้ประสบเหตุวิกฤตสุขภาพจิตไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตหลังเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ (MCATT) ได้จัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังจิตเวชทุกระยะ รวมถึงแผนเตรียมความพร้อมรับมือตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน และเป็นที่ยี่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ ทีม MCATT ในพื้นที่ ประสานและสนับสนุนทีม MCATT โดยวางแผนทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาคส่วนกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข ผลลัพธ์ ผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเฝ้าระวังจิตเวชตามมาตรฐานจนความเสี่ยงลดลง ร้อยละ 100
<b>II-9 การทำงานกับชุมชน</b>		
62 การทำงานกับชุมชน [II-9]	1.จากการสัมภาษณ์ที่มีเครือข่ายและทีมทำงานด้านจิตเวชจากโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดใกล้เคียงและตัวแทน	ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 คือ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ในปีตั้งแต่ 2563-2566 ผู้ป่วยสะสมที่ต้องให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2,223

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>อสม. พบว่า การทำงานร่วมกับเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 การเรียนรู้ ผู้ประเมินปัญหาชุมชน เครือข่าย การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ และการประเมินประสิทธิภาพในภาพรวมไม่ชัดเจน ควรเพิ่มการเรียนรู้ ปัญหาความต้องการความช่วยเหลือในชุมชนเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูล refer in แยกกลุ่มซับซ้อน ไม่ซับซ้อน SMIV เชื่อมโยงความเข้มแข็งของเครือข่าย นำมากำหนดแผนการดำเนินการพัฒนาและช่วยเหลือเครือข่าย สะท้อนข้อมูล ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ให้กับเครือข่ายรับทราบการกำหนดแผนการพัฒนาและการช่วยเหลือให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ เพื่อเสริมสร้างให้ชุมชนเครือข่ายเข้มแข็ง และสามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้ดี</p>	<p>คน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังก่อความรุนแรงในชุมชน ปี 2565 เกิดเหตุผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เรียกใช้บริการจาก 1669 ในกลุ่มอาการคลุ้มคลั่ง ภาวะจิตประสาทและอารมณ์ จำนวน 2,023 ครั้ง และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีการฆ่าตัวตายปี 2563 ถึงปี 2565 คิดเป็น 7.92, 7.13 และ 7.08 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ</p> <p>เหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยกระตุ้นสำคัญของการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่เกิดปัญหาสัมพันธภาพ และการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกาย (ตรวจราชการ 2/2566) และได้นำมาวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการด้านจิตเวชที่ตรงความต้องการ และเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7 ผลลัพธ์ หน่วยบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในเขตสุขภาพที่ 7 มีผลการประเมินในระดับ 1 ทุกด้านตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 68.80 และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้ ร้อยละ 91.60</p>
	<p>2.จากการสัมภาษณ์เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน พบว่า เกณฑ์บ่งชี้ในผู้ป่วยกลุ่มซับซ้อน SMIV ยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์/จิตแพทย์ในแต่ละพื้นที่ ควรส่งเสริมการกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยซับซ้อน ไม่ซับซ้อนและ SMIV ให้ชัดเจน กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เกณฑ์ส่งต่อร่วมกับผลการประเมิน ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ตามความเป็นจริงที่ชุมชนต้องเผชิญนำสู่การกำหนดชุมชนเครือข่าย ที่ต้องการพัฒนา</p>	<p>โรงพยาบาลได้มีการทบทวนเกณฑ์บ่งชี้ผู้ป่วย SMI-V ในปี 2567 ได้มีการกำหนดเกณฑ์บ่งชี้ผู้ป่วย มีคำจำกัดความ ระบุกลุ่มโรคที่ชัดเจน กระบวนการดูแลผู้ป่วย และได้มีการสื่อสารข้อมูลให้กับหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 7 เกี่ยวกับระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ และมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย กรณีเกินขีดความสามารถในการดูแลของหน่วยบริการในพื้นที่ และมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชนสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล ผลลัพธ์ ผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนหายทุเลา ร้อยละ 60 และผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 90</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	แผนพัฒนาในแต่ละช่วงปีให้ชัดเจน กำหนดตัวชี้วัดในการกำกับติดตาม เพื่อการประเมิน ประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และขยายผลสู่ เครือข่ายสร้างความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น	
<b>ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย</b>		
<b>III- 2 การประเมินผู้ป่วย</b>		
66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] *	ควรส่งเสริมการจัดระบบการวิเคราะห์ diagnostic error (Missed, wrong, delayed) ในส่วนของโรคทางจิตเวช นำไปสู่การปรับปรุงให้เกิดการวินิจฉัยที่ถูกต้องและบันทึกในเวชระเบียนให้สมบูรณ์ สู่การลงรหัสที่ถูกต้องที่จะเป็นประโยชน์ในการ claim เงินจากต้นสังกัด	องค์กรแพทย์ได้มีการประชุมเกี่ยวกับปัญหา/ข้อจำกัดต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขร่วมกัน มีการทบทวนเคสที่มีปัญหาพร้อมกับทีม PCT อย่างต่อเนื่อง และได้มีการนำข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ที่มาจากกรณีวินิจฉัยโรคของแพทย์ อุบัติการณ์ Delay diagnosis/ Miss diagnosis/ Wrong diagnosis
<b>III-3 การวางแผน</b>		
67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1] 68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]	1.จากการที่โรงพยาบาลกำหนดให้ staging of care ในส่วนของ service excellence เป็น 1 ใน 2 ประการของเข็มมุ่งปี 2565 ควรส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของแต่ละวิชาชีพเป็นไปตาม ที่กำหนดในแต่ละ stage สรุปผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดทั้งในภาพรวมของโรค และแต่ละ stage ของโรคของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งร้อยละของการผ่าน stage ตามเวลาที่กำหนดว่ามากน้อยเพียงใด เพื่อนำผลทั้งหมดสู่การปรับปรุง	คณะกรรมการ PCT ได้มีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ คือ CPG Suicide, CPG Schizophrenia, CPG Alcohol และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) และมีการกำกับติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มโรคสำคัญ มีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ คือ CPG Suicide, CPG Schizophrenia, CPG Alcohol และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ มีกระบวนการติดตามของงานจิตเวชชุมชนและเครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่ชุมชน เพื่อเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยก่อเหตุรุนแรงซ้ำในชุมชน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>2.กระบวนการวางแผนและการวางแผนจำหน่ายการดูแลผู้ป่วย จากที่ทีมเริ่มมีการนำแนวคิด recovery model มาใช้บำบัดฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการวางแผนจำหน่ายภายใต้ phase ของแต่ละโรค ควรกำกับติดตามผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทั้งในภาพรวมและแต่ละระยะ เพื่อหาโอกาสพัฒนาการส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย วางแผนบำบัดฟื้นฟู และเตรียมจำหน่ายในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค/แต่ละรายให้ชัดเจน เพื่อนำมาสู่การปรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>คณะกรรมการ PCT ได้มีการทบทวนแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพของตนเอง อีกทั้งความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนอง รพ.ได้กำหนดแนวทางการวางแผนการจำหน่าย ตามแนวทางการดูแล 3 CPG ได้แก่ CPG Suicide /CPG Alcohol / CPG Schizophrenia ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ร่วมกับครอบครัว ญาติผู้ดูแล โดยทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินความต้องการการดูแล ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติในรูปแบบบันทึกความก้าวหน้าและการวางแผนการจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรายครอบครัวสามารถทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 94.40</p>
<b>III-4 การดูแลผู้ป่วย</b>		
<p>70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]</p>	<p>1.การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง บุคลากรผู้ดูแล 1.1. ควรมีความรู้ ทักษะที่เหมาะสม มีการกำกับบุคลากร เช่น แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม รวมทั้งบุคลากรใหม่ มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงในการดูแลผู้ป่วยหรือบริการที่เสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย 1.2 ควรติดตาม ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น อย่างสม่ำเสมอเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น</p>	<p>โรงพยาบาลได้มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ โรคจิตเภทที่ยุงยากซับซ้อน ผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) โรคจิตเวชจากการใช้ยาสารเสพติด โรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และโรคจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย มีคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรค (Care team) เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคให้มีประสิทธิภาพ และจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากการทบทวนเหตุการณ์สำคัญและอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการป้องกันและลดความเสี่ยงต่างๆ และมีการทบทวน Time line ผู้ป่วยอาการทรุดลงส่งต่อหรือเสียชีวิตวิเคราะห์ GAP, RCA เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยเสนอมาตรการและแนวทางผ่านความเห็นองค์กรแพทย์และทีมผู้ให้บริการร่วมกันก่อนนำลงสู่การปฏิบัติ เช่น การประเมิน Sepsis ใช้กรณีอาการยังไม่เด่นชัด ใช้ Septic and septic shock scale (SIRS) ปรับปรุง Standing order for Neuroleptic malignant syndrome และแนวทางการประเมิน NMS เป็นต้น ผลลัพธ์ ปี 2565-2567 จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกายภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ 26 และ 24 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่ refer out เสียชีวิตภายใน 48 ชั่วโมง 0, 1 และ 2 ราย ตามลำดับ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	<p>2. การฟื้นฟูสภาพเพื่อยกระดับคุณภาพการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้บรรลุตามเป้าหมายให้ดียิ่งขึ้น มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ 2.1. ควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทีมฟื้นฟูร่วมกับทีม PCT และทีมเยี่ยมบ้าน ควรกำหนดเป้าหมายเชิงคุณภาพ ตัวชี้วัดที่แสดงผลลัพธ์ความสำเร็จ (ทั้ง process, outcome) ของการฟื้นฟูสภาพในแต่ละระยะ (staging, phase) ของกลุ่มโรคสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ป่วยแอลกอฮอล์ 2.2. ควรติดตามผลสำเร็จของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญดังกล่าว ทั้งในภาพรวมและจำแนกในแต่ละ phase ของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวให้เป็นรูปธรรมเพื่อหาโอกาสพัฒนา นำมาใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบและปรับปรุงระบบการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปขยายการออกแบบไปสู่กลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป</p>	<p>คณะกรรมการ PCT ได้ร่วมกันวางแผนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ได้แก่ โรคจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน ผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงก่อความรุนแรง (SMI-V) โรคจิตเวชจากการใช้สารเสพติด โรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ และโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดจนมีการประเมินผลการให้บริการหลังสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยตามกลุ่มโรคสำคัญ เช่น โรคจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน มีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย 6 ด้าน โดยทีมสหวิชาชีพ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทไร้ที่พึ่งร่วมกับศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเพื่อคืนผู้ป่วยกลับสู่สังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพจิตเวชด้วย Recovery Model ผ่านกลไกจ้างงานคนพิการทางจิตในระดับประเทศ และผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาและสารเสพติด มีการบำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ด้วยการประยุกต์ Matrix program บำบัดฟื้นฟูทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดแบบผู้ป่วยใน เป็นการบำบัดรายบุคคล โดยการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด และ Family education ก่อนจำหน่าย และนัด F/U หลังจำหน่ายทุกราย ผลลัพธ์ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นหรือไม่ลดลงจากเดิม ร้อยละ 100 ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้และไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน ร้อยละ 100 และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดหยุดเสพต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายจากการบำบัด ร้อยละ 80</p>
	<p>3. ด้านอาหารและโภชนาการ กรณี aspiration pneumonia จากการใช้ยาควรส่งเสริมการประเมินภาวะเสี่ยงทางโภชนาการเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการประเมินให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากหอผู้ป่วยทั้งภาวะด้านโภชนาการ การใช้ยาที่มีความเสี่ยงเพื่อนำมาสู่การจัดอาหารที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มที่มีความจำเป็น รวมทั้งการใช้ยาจิตเวชในระยะยาวที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะทพโภชนาการให้ได้รับอาหารหรือคำแนะนำที่เหมาะสม</p>	<p>ในการดูแลผู้ป่วยด้านอาหารและโภชนาการได้มีการจัดบริการอาหารเฉพาะโรคและการปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ โดยใช้กระบวนการให้โภชนาบำบัด (Nutrition Care Process) 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะโภชนาการ การกำหนดพลังงานและสารอาหาร การดัดแปลงอาหารเฉพาะโรค การติดตามบริโภคและติดตามผลโภชนาบำบัด เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะทุพโภชนาการจากโรคแทรกซ้อนทางกาย จัดบริการอาหารเฉพาะโรค กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการเคี้ยวกลืนเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร จัดอาหารฝึกกลืนตามเกณฑ์ The International Dysphagia Diet Standardization Initiative (IDDSI) ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับอาหารถูกต้อง ร้อยละ 100 และผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ ร้อยละ 96.3</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
<b>III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว</b>		
78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	จากข้อมูลและการสัมภาษณ์ พบว่า การใช้ข้อมูลจากผลการประเมินปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง นำมาใช้ประโยชน์ไม่ชัดเจน ควรส่งเสริมการเชื่อมโยงกับทีม PCT กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย กำหนดการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง กิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นกำหนดเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินในแต่ละระยะและผลลัพธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกัน	คณะกรรมการ PCT ได้กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเวชสุราและสารเสพติด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรค (F00-09) รายใหม่ทุกราย และได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรค (Care team) ได้มีการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ครอบคลุมปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ จัดให้มีบริการให้ข้อมูลและเสริมพลังที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนี้ 1) พัฒนาแนวทางการเสริมพลังภาพรวมในโรคที่เป็นจุดเน้น เช่น โรคจิตเภท กลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ใช้สารเสพติด โดยรวบรวมปัญหาและข้อมูลที่เป็นของโรคนั้นๆ จัดทำเป็นวีดิทัศน์ 5-7 นาที ได้แก่ sign symptom ความรู้เกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค การรักษา และปัญหาที่พบบ่อย ร่วมกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจบการชมวีดิทัศน์ มีการพูดคุยซักถาม ทบทวนความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค 2) การเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวเฉพาะราย โดยจัดให้มีบริการให้ข้อมูลและเสริมพลังครอบครัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทและกลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับการจัดการบริการผู้ป่วยใน ได้มีการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ร่วมกับครอบครัว/ญาติ และผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ได้มีการให้ข้อมูลและความรู้เรื่องยาเสพติด แก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย และ 3) ให้ข้อมูลที่จำเป็น สร้างการเรียนรู้หรือให้คำปรึกษาเป็นกรณีที่เหมาะสมตามแผนการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ป่วย SMI-V หรือมีปัญหาความสัมพันธ์/ ความขัดแย้งในครอบครัว/ ชุมชน และได้มีการจัดทำคู่มือการให้การปรึกษาครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และทำตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้เรียนรู้ปัญหาและวางแผน การแก้ไขปัญหาร่วมกัน กลับไปอยู่ร่วมกันในชุมชนได้อย่างมีความสุข และเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ผลลัพธ์ ผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรายครอบครัวสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ร้อยละ 94.40
<b>III-6 การดูแลต่อเนื่อง</b>		
79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6]	ทีมชุมชนร่วมกับทีม PCT ควรส่งเสริมการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องให้ครอบคลุม ได้แก่ 1) กลุ่มเป้าหมาย 3 โรค 2) กลุ่ม refer back 3) กลุ่ม	คณะกรรมการ PCT ได้กำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กลุ่มเป้าหมาย 3 โรค ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ขององค์กร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
	ขาดนัด รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้หน่วยบริการ/ เครือข่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน	ไม่ยอมรับ เคส OSCC ฯลฯ และ 3) กลุ่มผู้ป่วยที่ Re-admit ซ้ำ มากกว่า 3 ครั้ง ภายใน 1 ปี โดยได้จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยสำหรับการติดตามดูแลต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินสถานะของผู้ป่วย (ตาย/ หายทุเลา/ สาบสูญ/ ยังมีอาการไม่ได้รับการรักษา/ ยังมีอาการได้รับการรักษาที่รพ.อื่น/ ยังมีอาการได้รับการรักษาที่รพ.จิตเวชขอนแก่น) เพื่อนำมาวางแผนการติดตามผลการรักษา ได้มีการพัฒนาระบบ Data information system ที่เชื่อมโยงและครอบคลุมในรพ. และนอกโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 7 และมีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย วางแผนการติดตามต่อเนื่องร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย ผลลัพธ์ ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้ ร้อยละ 91.60 และผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี ร้อยละ 100
<b>ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ</b>		
<b>IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ</b>		
83 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยรวม		<p>ในปี 2566 โรงพยาบาลได้มีการทบทวนเกี่ยวกับตัวชี้วัดผลลัพธ์องค์กรในภาพรวมทั้งหมด มีการประเมินตนเองตามแบบประเมินตนเอง SAR 2022 และได้มีการปรับตัวชี้วัดตามข้อเสนอแนะ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล</li> <li>- จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล</li> <li>- จำนวนผู้ป่วยที่ refer out เสียชีวิต ภายใน 48 ชั่วโมง</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยที่ refer out จากภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ห้องฉุกเฉิน</li> <li>- จำนวนผู้ป่วยที่ refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษา ER</li> <li>- จำนวนผู้ป่วยที่ refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังมีอาการ</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 90 วัน</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์กลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน</li> <li>- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ภายใน 90 วัน</li> </ul>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
84 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละของผู้ป่วย refer in ในเขตสุขภาพ ตามเกณฑ์กำหนด</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการตรวจ ภายใน 30 นาที</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีความเสี่ยงระดับสูงที่ refer in ได้รับการดูแลภายใน 4 นาที</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพ</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ</li> <li>- ร้อยละของผู้ทำร้ายตนเอง (15 ปีขึ้นไป) เข้าถึงบริการ</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น</li> </ul>
85 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการบำบัดทางจิตวิทยา มีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายลดลง</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการปรึกษาและบำบัดทางจิตสังคม มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง</li> <li>- ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรายครอบครัวสามารถทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ให้กลับคืนสู่ชุมชนได้</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการติดตามดูแลเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลและติดตามต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ</li> <li>- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการสุขภาพไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง ภายใน 6 เดือน</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน</li> </ul>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
86 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ		<p>จำนวนผู้ป่วย Refer out ด้วยโรคแทรกซ้อนทางกาย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับไว้รักษา ในรพ.</p> <p>ร้อยละผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนน BPRS ลดลง <math>\leq 47</math> คะแนน ภายใน 7 วัน</p> <p>ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับเสียงสูง มีค่าคะแนน PISRA ลดลง <math>\leq 14</math> ภายใน 3 วัน</p> <p>ร้อยละผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เกิน 3 วัน</p> <p>จำนวนผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกในโรงพยาบาล</p> <p>จำนวนผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาล</p> <p>จำนวนผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จ ระดับ E ขึ้นไป</p> <p>จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ได้รับบาดเจ็บ ระดับ E ขึ้นไป</p>
87 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย		<p>ค่าคะแนน CMI (Case Mix Index) ของ รพ.ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย (วัน)</p> <p>อัตราการครองเตียง (Bed Occupancy Rate)</p>
88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด		<p>จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์ของการรักษาด้วยไฟฟ้าผิดคน/ผิดวิธี</p> <p>ร้อยละของกระบวนการรักษารักษาด้วยไฟฟ้า มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ระดับ E ขึ้นไป</p>
89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ		<p>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (healthcare-associated infections)</p> <p>ร้อยละของอุบัติการณ์การติดเชื้อในรพ. ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (ทำ RCA)</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน</p>
90 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด		<p>ร้อยละ Medication error with harms (level E up)</p> <p>ร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้ ทำ RCA</p> <p>อัตรา Prescribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)</p> <p>อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)</p> <p>อัตรา Pre-dispensing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)</p> <p>อัตรา Dispensing: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
		<p>อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)</p> <p>ร้อยละอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR ระดับ E ขึ้นไป /ทั้งหมด)</p> <p>ร้อยละอุบัติการณ์การให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (ทำ RCA)*</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ระดับ E ขึ้นไป</p> <p>จำนวน Preventable ADR ระดับ E ขึ้นไป</p>
91 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย		<p>จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (missed, wrong, delay)</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป</p>
92 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ		<p>รายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด (Near Missed - Missed)</p>
93 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน		<p>จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทางกายที่มีภาวะหมดสติได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ภายใน 4 นาที</p>
94 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ		<p>ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจร่างกายประจำปี</p> <p>ร้อยละของบุคลากรที่รับการตรวจสุขภาพได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญ</p>
95 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน		<p>ร้อยละของภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนให้กลับคืนสู่ชุมชนได้</p>
<b>IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น</b>		
96 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย		<p>ร้อยละของความพึงพอใจบริการผู้ป่วยนอก (ภาพรวม)</p> <p>ร้อยละของความพึงพอใจบริการผู้ป่วยใน (ภาพรวม)</p>
<b>IV-3 ผลด้านกำลังคน</b>		
97 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน		<p>ร้อยละของการคงอยู่ของบุคลากร</p> <p>ร้อยละของบุคลากรมีระดับความสุขไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>ระดับความสำเร็จในการสร้างความผูกพันของบุคลากรที่มีต่อองค์กร</p> <p>ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะหรือทักษะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
<b>IV-4 ผลด้านการนำ</b>		
98 ผลลัพธ์ด้านการนำ		<p>ร้อยละของบุคลากรได้รับการถ่ายทอดเกี่ยวกับทิศทางการนำขององค์กร</p> <p>จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อสนับสนุนแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย</p> <p>จำนวนงานวิจัย/ผลงานวิชาการด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายได้รับการเผยแพร่</p> <p>ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำใน 1 ปี</p> <p>ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA)</p> <p>ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน</p> <p>ร้อยละเฉลี่ยของผู้รับบริการที่มีความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อการบริการ OPD</p> <p>ร้อยละเฉลี่ยของผู้รับบริการที่มีความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อการบริการ IPD</p>
<b>IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ</b>		
99 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ		
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ		<p>จำนวนครั้งของการรายงานอุบัติการณ์ (ภาพรวม)</p> <p>อัตราการรายงานอุบัติการณ์เหตุเกือบพลาด (Near Miss)</p> <p>อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป ด้านคลินิก</p> <p>อัตราการเกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E หรือ 3 ขึ้นไป ด้านอื่นๆ</p> <p>ร้อยละของอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป (E-I และ 3-5) ได้รับการทบทวนและกำหนดแนวทางป้องกัน</p> <p>ร้อยละของความเห็นของบุคลากรต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับดีมาก หรือดีเยี่ยม (Safety survey)</p>
II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล		<p>ร้อยละของหน่วยงานบริการพยาบาลมี Productivity ตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์ของการได้รับบาดเจ็บ (ถูกทำร้าย) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล</p> <p>จำนวนอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุ (เข็มทิ่ม/เข็มตำ/สัมผัสสารคัดหลั่ง) จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล</p> <p>ร้อยละของความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาล</p>
II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์		<p>อุบัติการณ์ Miss diagnosis ระดับ E ขึ้นไป</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	การดำเนินการ
		<p>อุบัติการณ์ Delay diagnosis ระดับ E ขึ้นไป</p> <p>อุบัติการณ์ Wrong Diagnosis ระดับ E ขึ้นไป</p>
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย		<p>จำนวนอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมของเจ้าหน้าที่และหรือผู้รับบริการความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป</p> <p>จำนวนการเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล</p> <p>ผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดได้มาตรฐาน</p>
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		จำนวนอุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน
II-5 ระบบเวชระเบียน		<p>อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก</p> <p>อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน</p>
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		<p>รายการยากลุ่มจำเป็นตามบัญชียาโรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการให้บริการ (ครั้ง)</p> <p>รายการยาที่หมดอายุในคลังเวชภัณฑ์ (รายการ)</p>
II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก		<p>ร้อยละการรายงานผลทันตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ร้อยละการรายงานผลวิเคราะห์ผิดพลาด(Near Missed, Missed)</p>
IM		<p>Information systems down time (ระบบHIS)</p> <p>Information systems response time (ระบบHIS) ภายใน10 นาที</p> <p>การสำรองข้อมูลที่สำคัญของ Server</p>
<b>IV-6 ผลด้านการเงิน</b>		
100 ผลลัพธ์ด้านการเงิน		<p>อัตราส่วนสภาพคล่อง ( Liquidity)</p> <p>อัตราส่วนภาระหนี้สิน (Debt Ratio)</p> <p>อัตรากำไรสุทธิ</p>