แบบฟอร์มการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ

**FM-ACD-096-00**

**Date: 30/03/2566**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **โรงพยาบาลกำแพงเพชร** | **จังหวัด** **กำแพงเพชร** | **จำนวน** **450 เตียง** | **ระดับขั้นการพัฒนา** |
| **วันที่รับรอง** **25 ก.ค. 2566** | **วันหมดอายุการรับรอง** **24 ก.ค. 2569** |

|  |
| --- |
| **หลักการตรวจสอบแผน 1) มีแผนครบถ้วนตามข้อเสนอแนะหรือไม่ 2) แผนตรงประเด็นหรือไม่**  **3) แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็นและมีผู้รับผิดชอบ 4) แผนระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกำหนดเวลาติดตาม**  **5) แผนมีผลลัพธ์ความก้าวหน้าตามที่กำหนดไว้** |

| **มาตรฐาน** | **ข้อเสนอแนะ** | **แผนการพัฒนาของรพ.** | **ระยะเวลาดำเนินการ** | **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ผู้รับผิดชอบ** | **ระยะเวลาการติดตาม/รายงาน** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I-1 การนำ** | 1. ควรส่งเสริมการประเมินผู้นำระดับสูง ระบบการนำ และนำผลการประเมินมาปรับปรุงเพื่อให้ได้ผลการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมาก ยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในด้านการสื่อสารเพื่อสร้าง ความผูกพัน |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรส่งเสริมการวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก กำหนดทีมผู้รับผิดชอบติดตาม ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก นำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ |  |  |  |  |  |  |
| **I-2 กลยุทธ์** | 1. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลที่มีอยู่และการใช้ ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กรในการจัดทำแผนกลยุทธ์ ที่มีเป้าหมายเพื่อตอบสนอง ต่อความต้องการด้านสุขภาพ ด้านการบริการ ของผู้รับบริการครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริม สุขภาพ มีเป้าประสงค์ที่ชัดเจน วัดได้ สามารถติดตามในการดำเนินงานประจำวันได้ |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรส่งเสริมการทบทวนตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม ความก้าวหน้าของแต่ละหน่วยงาน ให้ตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์ขององค์กรและสามารถ ติดตามความก้าวหน้าได้จริง |  |  |  |  |  |  |
| **I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน** | ควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการจำแนกผู้ป่วย เช่น การวิเคราะห์ถึงการสร้างรายได้ของผู้ป่วยสิทธิ ต่างๆ เพื่อนำมาใช้กำหนด สร้างบริการที่เหมาะสม ต่อไป และควรเสริมการจำแนกผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชากรที่จะมาใช้บริการมากขึ้นในอนาคตที่สามารถนำไปเป็น ประโยชน์กับการดำเนินการของโรงพยาบาล เช่น จำแนกตามกลุ่มโรคสำคัญ จำแนกตามกลุ่มวัย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานที่มีจำนวนมากในจังหวัด เพื่อปรับหรือพัฒนางานบริการให้ เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเหล่านั้น |  |  |  |  |  |  |
| **I-4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้** | 1. ควรส่งเสริมให้ทีมงานนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ในการ ปรับปรุงผลการดำเนินการ การกำหนด เป้าหมาย การสร้างโอกาสเชิงกลยุทธ์และการ สร้างนวัตกรรม |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ทีมนำเชิงระบบและหน่วยงาน ควรทบทวนการ กำหนดตัวชี้วัดให้ตรงประเด็น สอดคล้องกับ แผนกลยุทธ์ ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่ ดำเนินการเสริมการใช้ประโยชน์จากการ ติดตามตัวชี้วัด การใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ ในทุกระดับ นำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ ในการบริหารจัดการ เรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) R2R, KM และต่อยอดไปเป็นนวัตกรรมของหน่วยงานและโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. ทีมนำทางคลินิกและทีม HR ควรส่งเสริมการ นำ good practices ที่มีอยู่ในองค์กร ขยายลงสู่ การปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ อย่างทั่วถึง วาง แนวทางประเมินผล เพื่อนำผลลัพธ์กลับมาใช้ ต่อยอดพัฒนาให้เกิดเป็น best practice ของ องค์กร |  |  |  |  |  |  |
| **I-5 บุคลากร** | 1. ควรส่งเสริมให้ทีม HR ร่วมกับทีมนำ ทบทวน การกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการ ขับเคลื่อนองค์กรภายใต้บริบทที่เปลี่ยนไป (BANI world) ออกแบบการพัฒนาสมรรถนะ และแนวทางการประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน นอกจากนี้ควรวางแนวทางประเมินผลลัพธ์จาก การพัฒนาสมรรถนะเชิงเทคนิค โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน เพื่อให้มี ข้อมูลมาใช้พัฒนาสมรรถนะรายบุคคลให้เกิด ผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ทีมนำควรสนับสนุนการประเมินสมรรถนะหลัก และวางแผนการพัฒนาที่ชัดเจนในการกำหนด สมรรถนะหลักอื่นที่จะช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรในอนาคต เช่น digital literacy, information literacy เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ และทักษะพร้อมรองรับความก้าวหน้าของ องค์กร |  |  |  |  |  |  |
| **I-6 การปฏิบัติการ** | 1. ควรส่งเสริมการทบทวนการออกแบบบริการ และกระบวนการทำงานที่สนับสนุนการดูแล ร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ (integrated care หรือ multidisciplinary care) อย่างเป็นระบบ และชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี ขึ้น |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรเสริมประสิทธิภาพการจัดการเครือข่าย อุปทาน เพื่อให้คุณภาพงานหรือบริการที่ส่งมอบมีคุณภาพตามต้องการอย่างสม่ำเสมอ มีการติดตามประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับ เป็นประจำ มีวิธีจัดการเมื่องานที่ส่งมอบไม่ได้ ตามข้อกำหนด |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. ควรส่งเสริมการวิเคราะห์ภาวะภัยพิบัติที่มีโอกาสเกิดขึ้นเพิ่มเติมให้ครอบคลุม เช่น การเกิดอุบัติภัยในโรงงาน ออกแบบแนวทางเพื่อเตรียมรับหากเกิดภาวะดังกล่าว มีการฝึกซ้อมแผนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาโอกาสพัฒนาให้แผนมีความรัดกุมขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| **II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย** | 1. ทีมบริหารความเสี่ยงควรประเมินระบบบริหาร ความเสี่ยงของโรงพยาบาลและจัดทำแผน บริหารความเสี่ยงขององค์กรให้มีความชัดเจน เพิ่มขึ้น สร้างความเข้าใจแก่บุคลากรถึงคำนิยาม ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงและ อุบัติการณ์ มีการกำกับติดตามการดำเนินการ ตามแผนบริหารความเสี่ยง เพื่อปรับปรุงระบบ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรส่งเสริมการทบทวนอุบัติการณ์ โดยเฉพาะ อุบัติการณ์ที่เกิดซ้ำ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ เป็นปัญหา นำไปจัดทำแนวทางปฏิบัติ work process, work instruction เพื่อป้องกันการ เกิดซ้ำ มีการกำหนดเป็น process KPI เพื่อใช้ในการติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุง |  |  |  |  |  |  |
|  | **คำแนะนำ (Suggestion)**1. ควรส่งเสริมการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพโดย นำเข็มมุ่งทิศทางขององค์กรมาเป็นเป้าหมาย ในการพัฒนาคุณภาพให้มีความชัดเจนของ ระดับที่ต้องการบรรลุ กำหนดวิธีดำเนินการ และติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพ เป็นไปอย่างมีทิศทางและมีประสิทธิภาพ |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. เพื่อให้องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพที่สอดประสานในทุกระดับ ศูนย์พัฒนาคุณภาพควร ประสานกับทีมนำสูงสุดในการนำทิศทางองค์กร มาขับเคลื่อนผ่านทีมนำระบบต่างๆ ให้ลงไปสู่ การปฏิบัติในงานประจำ โดยประเมินความ เข้มแข็งของทีมนำระบบต่างๆ มีการทบทวน และชี้นำการพัฒนา ผ่านแผนพัฒนาคุณภาพ ร่วมกับการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามผลความก้าวหน้าในการดำเนินการตาม แผนพัฒนาคุณภาพ |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. ควรใช้ประโยชน์จากทำ risk round ในการ ค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อจัดทำ risk profile จัดทำแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่เหมาะสม และครอบคลุมสำหรับแต่ละพื้นที่ |  |  |  |  |  |  |
|  | 4. ควรส่งเสริมให้ทีม PCT ทบทวนกรณีที่มี adverse events หรืออุบัติการณ์รุนแรงที่เกิด ขึ้นกับผู้ป่วยทุกราย เช่น unplan CPR, unplan moved to ICU, unexpected death เพื่อปรับปรุงแนวทางการประเมิน การให้การ วินิจฉัย และกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มี ความปลอดภัยเพิ่มขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| **II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ** | **ระบบบริหารการพยาบาล**ปฏิบัติการทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ ปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับอาการ ความรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัย ทีมนำทางการพยาบาลควรเสริมสร้างการเรียนรู้ให้ ผู้ปฏิบัติงานสามารถรวบรวมข้อมูลสำคัญของ ผู้ป่วยซึ่งกระจายอยู่หลายแห่งในเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ เช่น ประวัติการป่วย อาการ อาการ แสดง ผล lab แผนการรักษาของแพทย์ ยา HAD แบบประเมินต่างๆ มาสังเคราะห์ใช้องค์ความรู้ทางคลินิก สรุปเป็นการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ที่สะท้อนความเสี่ยง ความรุนแรง ครอบคลุมสภาวะ ด้านจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วม เช่น cardiac arrhythmia, fetal distress, tetanic contraction, hypertensive crisis, sepsis, septic shock นำมาใช้วางแผนการพยาบาล ประเมินผล การดูแลที่สอดคล้องกัน มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม บันทึกสื่อสารที่สะท้อนบทบาทวิชาชีพ อย่างต่อเนื่อง และตัดสินใจในการรายงานแพทย์ได้ ทันต่อเหตุการณ์ ให้ได้รับการปรับแผนการรักษา อย่างปลอดภัย |  |  |  |  |  |  |
|  | **คำแนะนำ (Suggestion)**ระบบบริหารพยาบาล ทีมนำทางการพยาบาลควร นำข้อมูลความเสี่ยง อุบัติการณ์ เช่น การทรุดลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในทุกสาขา การ เกิด phlebitis, extravasation บริหารยาคลาดเคลื่อน ทุกระดับ มาเรียนรู้ วิเคราะห์ความเชื่อมโยงกับ บทบาทหน้าที่ของทีม เช่น ลักษณะการเกิด หน่วยงาน ช่วงเวลา ภาระงาน นำมาใช้ประโยชน์ ในการพัฒนา ปรับปรุงประเด็นส่วนขาดที่ชัดเจน กำหนดจุดเน้นในการขับเคลื่อน ทั้งการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม การนิเทศทางคลินิก ทางการพยาบาล และระบบการประเมินสมรรถนะ พร้อมการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ |  |  |  |  |  |  |
| **II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** | **คำแนะนำ (Suggestion)**1. เนื่องจากบริบทด้านสิ่งแวดล้อมขององค์กรมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก จึงควรส่งเสริมให้ทีม ENV ทบทวนจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนาภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณ โอกาสการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่ม airborne infection ในโซนผู้ป่วยนอก ความเสี่ยงต่อการโจรกรรมทรัพย์สิน ความเสี่ยงต่อร่างกายกับญาติและเจ้าหน้าที่ในบริเวณห้องตรวจจิตเวช และความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยในกรณีเกิดเหตุอัคคีภัยในหอผู้ป่วย เพื่อให้สภาพแวดล้อมในภาพรวมมีความปลอดภัยต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการยิ่งขึ้น |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรส่งเสริมให้ทีมเครื่องมือแพทย์ใช้ประโยชน์จากบัญชีรายการเครื่องมือ เพื่อทบทวนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันในเครื่องมือสำคัญให้ครบถ้วน รวมถึงควรวางแผนพัฒนาผู้ใช้งานเครื่องมือเพิ่มเติม เพื่อให้มีศักยภาพในการช่วยบำรุงรักษาในเบื้องต้นด้วยตนเอง |  |  |  |  |  |  |
| **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** | 1. เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการป้องกันที่สอดคล้องกับลักษณะการเกิดเชื้อ สามารถสะท้อนปัญหาที่ชัดเจน ทีมควรประสานทีม/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ antibiogram ที่จำแนกตามตำแหน่ง และการเกิดเชื้อจาก community หรือ nosocomial infection เพื่อนำมาสู่การวิเคราะห์ใช้ประโยชน์กำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติที่ลดการติดเชื้อตามบริบท และนำหลักวิชาการมาใช้วิเคราะห์การติดเชื้อการผ่าตัดรายหัตถการตามหลักของNNIS |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่สามารถดักจับการติดเชื้อที่สะท้อนปัญหาได้จริงตามบริบท ทีมควรสร้างการเรียนรู้แก่ทุกหน่วยงานในการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่อาจเกิดในหน่วยงานตนตามบริบท ทั้งแบบ target, non-target ร่วมกับพัฒนาการเฝ้าระวังในรูปแบบ active surveillance ที่ช่วยให้เฝ้าระวัง ดักจับการติดเชื้อที่ไว ครอบคลุม นำมาเรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุอย่างรอบด้าน |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้เหมาะสมกับอาการ ความรุนแรง และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทีม IC ร่วมกับทีมนำทางคลินิกทุกสาขา ควรทบทวนระบบคัดกรอง (screening) ผู้ป่วยแรกรับในทุกจุดบริการของ OPD Clinicให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีเกณฑ์ที่สามารถจำแนกความรุนแรง พร้อมผู้ปฏิบัติงานประจำตลอดเวลาให้บริการ สามารถติดตาม เฝ้าระวังร่วมกับคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และส่งไปรับบริการในจุดที่เหมาะสม |  |  |  |  |  |  |
|  | 4. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ เพื่อให้แนวทางป้องกันการติดเชื้อได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติ ช่วยลด/ป้องกันการติดเชื้อได้จริง ทีมควรพัฒนาระบบการควบคุม กำกับมาตรการที่จัดทำไว้ให้ครอบคลุม สอดคล้องกับแต่ละหน่วยงาน ปรับเวลา/รูปแบบ (เริ่มปรับเป็น 3 เดือน/ครั้ง) ในการติดตามให้เหมาะสม เพียงพอต่อการสะท้อนความร่วมมือในการปฎิบัติที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมได้จริง นำปัญหา อุปสรรค มาพัฒนา เอื้อให้เกิดความร่วมมืออย่างครอบคลุม |  |  |  |  |  |  |
|  | **คำแนะนำ (Suggestion)**การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ ควรนำ อุบัติการณ์ติดเชื้อของบุคลากรจาก COVID มา เรียนรู้การวินิจฉัยการระบาด ด้วยการจัดทำ line listing ให้เห็นเส้นทาง ลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ จุดสัมผัสร่วม และพัฒนาแนวทางการป้องกันที่ตรง ประเด็นตามบริบท |  |  |  |  |  |  |
| **II-6 ระบบการจัดการด้านยา** | 1. ควรทบทวนวิธีการปฏิบัติในการใช้ยาเสพติด การนำส่ง การเข้าถึงจุดเก็บยาในหอผู้ป่วย รวมทั้งการเตรียมและการบริหารยาเสพติดในห้องผ่าตัด เพื่อเพิ่มความรัดกุมและความปลอดภัยในการใช้ยาเสพติดในโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรส่งเสริมการออกแบบระบบจัดการยาเสี่ยงสูง โดยใช้หลักการ visual managementจัดทำแนวทางที่เอื้อให้พยาบาลเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่จำเป็นในการใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น การผสมยา การเฝ้าระวังที่เหมาะสมตาม onset of action, duration of action กำกับให้มีการติดตามผลข้างเคียงและผลจากการใช้ยาอย่างจริงจัง เพื่อให้การใช้ยาเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. ควรทบทวนแนวทางป้องกันการแพ้ยาซ้ำให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น เสริมมาตรการในการค้นหาการแพ้ยา การนำข้อมูลเข้าสู่ระบบ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างทันการณ์ การแจ้งเตือนและการปรึกษากับเภสัชกรเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ยา เพื่อลดอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำและเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยในการใช้ยา |  |  |  |  |  |  |
|  | 4. ควรทบทวนนโยบายการจัดการด้านยาให้ครอบคลุมการใช้ยาในหน่วยงาน outsource ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาล เช่น หน่วยงานไตเทียม CT, MRI เพื่อให้การใช้ยากับผู้ป่วยในหน่วยงานดังกล่าวมีความปลอดภัย รัดกุมและเกิดความมั่นใจกับผู้รับบริการ |  |  |  |  |  |  |
|  | **คำแนะนำ(Suggestion)**1. ควรเสริมแนวทางการทบทวนค าสั่งใช้ยาด้วยทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการสั่งใช้ยาของผู้ป่วยใน เพื่อให้มีระบบการตรวจสอบและแจ้งเตือนกรณีที่อาจเกิด drug interaction, double drugs, drug allergy หรือกรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับขนาดยาและการให้ยา เพื่อให้การใช้ยากับผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรทบทวนรายการยา แนวทางการสำรองยาและวัตถุประสงค์ของยาแต่ละรายการที่จำเป็นต้องสำรองไว้ที่หอผู้ป่วยต่างๆ รวมถึงยาใน emergency box ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนกันเพื่อลดความเสี่ยงในการให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยไม่มีการตรวจสอบจากเภสัชกร |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. ควรเสริมประสิทธิภาพและความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการประสานรายการยา (medicationreconciliation) ในบทบาทของทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมทุกกระบวนการและทุกช่วงรอยต่อให้รับทราบถึงยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่และยามื้อสุดท้ายที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการใช้ยา ลดความเสี่ยงในการสั่งยาซ้ฎซ้อน, การเกิด drug interaction ในปี 2565 มีผู้ป่วยใน 39,859 ราย ได้ประสานรายการยา 5,910 ราย และทำได้ใน 24 ชั่วโมง 2,686 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.9 |  |  |  |  |  |  |
| **II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ** | **คำแนะนำ(Suggestion)**1. ทีมควรเพิ่มการเรียนรู้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา เพื่อกำหนดประเด็นภัยสุขภาพสำคัญตามบริบท เช่น โรงงานที่หลากหลาย เกษตรกร เส้นทางจราจร สถานการณ์ syphilis ที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเดิมที่จัดเก็บใน รง.506 ให้เห็นลักษณะการกระจายของโรคตาม time, place, person นำมาสื่อสารเครือข่ายในการร่วมวางแผนป้องกัน ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เช่น การเกิดไข้เลือดออกในกลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มวัยทำงาน |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. จากข้อมูล รง.506 ที่พบอุบัติการณ์เกินเส้นมัธยฐาน ทีมควรวิเคราะห์ปัญหากระบวนการ ที่ทำให้เกิดความล่าช้า ทั้งการเฝ้าระวัง การรายงาน การรวบรวมข้อมูล การสื่อสาร การควบคุม นำมาพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| **II-9 การทำงานกับชุมชน** | **คำแนะนำ(Suggestion)**การทำงานกับชุมชน เพื่อการประสานงานร่วมกับชุมชน ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีทิศทาง มีเป้าหมายชัดเจน สะท้อนปัญหาตามบริบทนั้น ทีมเวชกรรมชุมชนควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยทั้ง hospital base, community base ร่วมกับผลการดำเนินงานตามชุดสิทธิประโยชน์ ให้เห็นปัญหา ความท้าทายของแต่ละกลุ่มวัย นำมาใช้กำหนดจุดเน้นในการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งในเชิงกลยุทธ์ ระดับองค์กร การวางแผนดำเนินงาน ที่มีทรัพยากรรองรับอย่างชัดเจน โดยเรียนรู้วิเคราะห์ศักยภาพของเครือข่าย ที่ประสบผลสำเร็จ มาสู่การขยายผล และเสริมพลัง เสริมส่วนขาดให้สามารถดำเนินการให้บรรลุผลสำเร็จได้ตามเป้าหมาย |  |  |  |  |  |  |
| **III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ** | **คำแนะนำ(Suggestion)**ทีมควรทบทวนประสิทธิภาพของกระบวนการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น stroke fast track การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง การได้รับยาของผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งกระบวนการรับผู้ป่วย sepsis, pneumonia เข้า ICU เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม รวดเร็วทันการณ์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ |  |  |  |  |  |  |
| **III-2 การประเมินผู้ป่วย** | **คำแนะนำ(Suggestion)**ควรทบทวนแนวทางการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน เพื่อเพิ่มความ แม่นยำและประสิทธิภาพของการประเมินให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมอย่างทันการณ์ เช่น กลุ่ม acute abdomen, atypical chest pain, traumatic brain injury, sepsis, NF โดยการใช้ เกณฑ์ (criteria) ต่างๆ มาช่วยประเมิน มีแนวทาง ในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง แนวทางการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย การใช้ early warning signs |  |  |  |  |  |  |
| **III-3 การวางแผน** | ทีมนำทางคลินิกควรทบทวนการวางแผนที่เป็นสหวิชาชีพ ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญเช่น stroke, STEMI, sepsis มีการระบุเป้าหมายในแผนการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยที่ตั้งไว้  |  |  |  |  |  |  |
|  | **คำแนะนำ(Suggestion)**การวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสม ตรงประเด็น ทีมนำทางคลินิกควรกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องการพัฒนาการวางแผนจำหน่าย สร้างการเรียนรู้แก่ทีมสหวิชาชีพในการประเมิน ค้นหาปัญหา อุปสรรคที่อาจจะทำให้ผู้ป่วย/ญาติไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ/การสอนของทีมเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน เช่น กิจวัตรประจำวัน การทำงาน ขาดผู้ดูแล นำมาวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย/ญาติในการแก้ไข จัดการอุปสรรคที่พบ มีการติดตามประเมินผลที่ได้ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง |  |  |  |  |  |  |
| **III-4 การดูแลผู้ป่วย**69. การดูแลทั่วไป [III-4.1] | **คำแนะนำ(Suggestion)**1. ทีมนำควรสนับสนุนให้ทีมร่วมดูแลผู้ป่วยเป็นสหวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีการทบทวน สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสมาชิกของทีมที่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามความก้าวหน้า และปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาให้เหมาะสม |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ควรทบทวนการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่มีข้อจำกัดด้านสถานที่ในหอผู้ป่วยให้มีความ เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแล รักษาผู้ป่วย โดยไม่ส่งผลกระทบกับสุขภาวะ ของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการติดเชื้อ การใช้ สถานที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ หรือ ผู้ป่วย วิกฤติที่ไม่ได้เข้า ICU เพื่อเพิ่มความปลอดภัย ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. ควรเสริมประสิทธิภาพของการใช้ early warning sings ในการดักจับการเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่ทรุดลงของผู้ป่วย มีการรายงาน แพทย์อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมี ความปลอดภัยมากขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| 70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]\*\* | การดูแลและบริการที่เสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแล รักษา เฝ้าระวังอย่างเหมาะสม ปลอดภัยทีมนำทางคลินิกควร1. ทบทวน พัฒนาการทำหัตถการเสี่ยงสูงโดย เฉพาะการขูดมดลูก (ที่ IPD) ให้ปลอดภัยทั้งสถานที่ และวิชาชีพเฉพาะในการให้/เฝ้าระวัง ขณะทำ deep sedation และประสาน IC ในการทบทวนการปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในผู้ป่วยกลุ่มที่ใส่ central line |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. สร้างการเรียนรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ในการรับรู้ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ประเมินได้จากเกณฑ์ต่างๆ ที่กำหนด และเรียนรู้ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากแผนการรักษา ด้วยบทบาทวิชาชีพ ที่ทำให้สามารถดักจับอาการ อาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว และตัดสินใจรายงานแพทย์ ปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม เช่น Tachycardia จากการพ่นยาต่อเนื่องในเด็ก การเกิด fetal distress ความเสี่ยงสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยโรคร่วม พร้อมจัดทำแนวทาง/ เกณฑ์ที่ชัดเจนในการขอคำปรึกษาจาก staff แต่ละสาขาที่ชัดเจน |  |  |  |  |  |  |
|  | **คำแนะนำ(Suggestion)**1. ควรส่งเสริมการทบทวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ทรุดลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างรับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงที่ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศมาออกแบบกระบวนการดูแลผู้ป่วย sepsis ทั้ง community acquired, hospital acquired ให้ครอบคลุม pre-hospital, in-hospital, post-hospital care เพื่อให้ผู้ป่วย กลุ่ม sepsis ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและ ทันท่วงที |  |  |  |  |  |  |
| 73. อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค] | **คำแนะนำ(Suggestion)**ควรส่งเสริมการกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมโภชนบำบัดสำหรับกลุ่มต่างๆ ให้ชัดเจน เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพทางกาย ออกแบบวิธีติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อนำผลลัพธ์มาทบทวนเพื่อพัฒนากระบวนการให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| 74. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง [III-4.3 ง] | **คำแนะนำ(Suggestion)**ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมความชัดเจนและความครอบคลุมในการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคอง เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มรวมทั้งผลลัพธ์ที่ต้องการให้เหมาะสม |  |  |  |  |  |  |
| 75. การจัดการความปวด [III-4.3 จ] | **คำแนะนำ(Suggestion)**เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการปวดและได้รับการบำบัดอาการปวดอย่างทั่วถึง ทีมนำทางคลินิก ทุกสาขาควรส่งเสริมการประเมินอาการปวดให้ ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย นอกเหนือจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กำหนดให้การประเมินความปวด เป็นเกณฑ์มาตรฐานทั่วทั้งองค์กรที่หน่วยงานดูแล ผู้ป่วยต้องประเมิน มีแนวทางการบรรเทาความปวดในแต่ละระดับช่วงคะแนนที่ชัดเจน อย่างเป็น ระบบทั้งแบบใช้ยา ไม่ใช้ยา พร้อมการเฝ้าระวัง ประเมินซ้ำหลังบำบัดในเวลาที่เหมาะสม สอดคล้อง ตามความรุนแรง |  |  |  |  |  |  |
| 76. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ [III-4.3 ฉ] | **คำแนะนำ(Suggestion)**ทีมควรส่งเสริมกระบวนการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย มีแนวทางประเมินการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยหรือญาติเพื่อปรับปรุงการสื่อสารและการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ |  |  |  |  |  |  |
| 77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช] | **คำแนะนำ(Suggestion)**ควรทบทวนการกำกับดูแลการดำเนินงานของหน่วย hemodialysis ที่เป็น outsource โดยเฉพาะการควบคุมมาตรฐานในกระบวนการดูแลผู้ป่วย การรายงานอุบัติการณ์เพื่อค้นหาปัจจัยที่เป็นโอกาสพัฒนาให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| 78. การแพทย์แผนไทย [III-4.3 ซ] | **คำแนะนำ(Suggestion)**ควรส่งเสริมการทบทวนการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษา นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนมาปรับปรุงการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| 79. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) [III-4.3 ฌ] | **คำแนะนำ(Suggestion)**ทีมควรทบทวนเรื่องเกณฑ์ที่ต้องมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล การประเมินความเสี่ยงในการดูแลแบบ Tele-medicine ผลลัพธ์การดูแล เช่น ระดับน้ำตาล ความดันเลือด ระดับ HbA1C การติดตามภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการนัดมาคัดกรองตามรอบที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| **III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว** | **คำแนะนำ(Suggestion)**ควรส่งเสริมการประเมินปัญหาที่ครอบคลุมปัญหาทางจิตใจในผู้ป่วยเฉพาะราย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง กลุ่ม uncontrol ทั้ง OPD, IPD นำมาวางแผนการให้ความรู้ เสริมพลังโดยสหวิชาชีพเป็นระยะๆ มีการบันทึก ประเมินผลความเข้าใจ ความสามารถในการปฏิบัติ อุปสรรคในการปฏิบัติตน เช่น กลุ่มติดเชื้อ syphilis, HIV ที่มีผลคู่ต่าง หรือ คู่ที่ไม่มาทำการตรวจเลือด กลุ่มมารดาวัยรุ่น กลุ่มขาดนัด revisit เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล ความรู้ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ |  |  |  |  |  |  |
| **III-6 การดูแลต่อเนื่อง** | **คำแนะนำ(Suggestion)**1. ทีมนำทางคลินิกทุกสาขาควรประสานระบบงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการขยายการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องมีการติดตามเมื่อขาดนัดให้ชัดเจน ครอบคลุมทั้ง OPD, IPD กำหนดประเด็นในการติดตามที่เชื่อมโยงจากการวางแผนจำหน่าย พัฒนาระบบที่ติดตามการขาดนัด ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสะดวกในการมองภาพรวมสู่การติดตาม สื่อสารเครือข่ายร่วมกับติดตามผลมาพัฒนาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการประสาน ส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่บันทึกใน EMR เช่น ระหว่าง ER หรือ OPD ไปยัง IPD ให้ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาที่ผ่านมา อาการ อาการแสดงที่ต้องติดตามให้ stableเพื่อให้หน่วยงานรับช่วงต่อติดตามประเมินอาการได้อย่างเหมาะสม |  |  |  |  |  |  |
| **IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย83. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]\*\* | เพื่อลดอัตราตายในกลุ่มโรคสำคัญ ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นโอกาสพัฒนาชัดเจนเพิ่มขึ้น ว่า สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นกลุ่มใดบ้าง และกลุ่มที่นำมากำหนดเป็นกลุ่มโรคสำคัญในการพัฒนาคุณภาพครอบคลุมเป็นสัดส่วนเท่าใด |  |  |  |  |  |  |
| 84. ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1] | ทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมการคัดเลือกตัวชี้วัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นจุดเน้นตามบริบท มาใช้ติดตามวามก้าวหน้าในการพัฒนาการเข้าถึงระดับโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
| 85. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6] | ควรเพิ่มตัวชี้วัดที่สะท้อนกระบวนการดูแลรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วย เช่น อัตราการขาดนัดภาพรวม และวิเคราะห์แยกรายคลินิก ขยายการกำหนดตัวชี้วัดกลุ่มเยี่ยมบ้าน (เพิ่มจากกลุ่ม stroke) และเรียนรู้วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย พื้นที่ สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่สำเร็จ หรือบรรลุเป้าหมายเช่น คะแนน Barthel ADL index ในกลุ่ม stroke ที่ฟื้นฟูลดลง การขาดนัด ความสำเร็จในการฟื้นฟู เพิ่ม ADL เพื่อนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง หรือขยายผลสำเร็จให้ครอบคลุมมากขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| 86. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการ ดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและ ประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]\*\* | ทีมควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลที่สะท้อนกระบวนการภายในที่เป็นโอกาสพัฒนา วิเคราะห์พื้นที่โรงพยาบาลเครือข่ายและปัจจัย สาเหตุที่รอบด้านพร้อมขนาดปัญหาของแต่ละสาเหตุ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง พัฒนาทั้งภายในโรงพยาบาล และเครือข่ายได้อย่างตรงประเด็น |  |  |  |  |  |  |
| 87. ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4] | ผลลัพธ์บางตัวที่สำคัญยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่ กำหนด เช่น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุกประเภท อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับ การดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติภายใน 3 ชั่วโมงหลัง วินิจฉัย ทีมควรทบทวน หาแนวทางการดำเนินการ ที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และทีมนำควรทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนให้เห็นถึงการใช้ ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนดูแล การวางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง การดูแลผู้ป่วยเฉพาะ พร้อมการวิเคราะห์เพื่อนำไปพัฒนาให้เกิด ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น |  |  |  |  |  |  |
| 88. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัด (S) \* [IV-1, III-4.3 ก, ข] | ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด หลายตัวชี้วัดยังไม่ได้ตามเป้าที่กำหนด เช่น อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ G H I การทบทวน RCA การเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ ความคลาดเคลื่อนใน การวินิจฉัยโรค การเกิด medication error ทีมควร ทบทวนและหาแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เกิด ความปลอดภัยกับผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรทบทวน ตัวชี้วัดอัตราเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อัตราการผ่าตัดซ้ำใน admission เดียวกัน เพื่อเป็น การหาแนวทางป้องกันที่อาจเกิดขึ้นได้และเป็นการ เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย |  |  |  |  |  |  |
| 89. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและ ป้องกันการติดเชื้อ (I) \* [IV-1, II-4] | ทีมควรเพิ่มการกำหนดตัวชี้วัดทั้งการเฝ้าระวังการติดเชื้อโดยเฉพาะ SSI รายหัตถการตามระบบ NNIS การติดเชื้อ non target ตัวชี้วัดกระบวนการป้องกันที่สำคัญ เช่น การปฏิบัติตามหลัก isolation precaution, transmission precaution การคัดกรองและเรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้านให้เห็นปัจจัย ความสัมพันธ์ที่หลากหลาย นำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างตรงประเด็น |  |  |  |  |  |  |
| 90. ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้าน ความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) \* [IV-1, II-6, II-7.4] | ผลลัพธ์ระบบบริหารยาและความปลอดภัยในการใช้ ยา/เลือด ยังพบว่ามีอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ medication error การให้เลือดผิดหมู่ ทีมนำควรทบทวนการ ดำเนินงานเชิงระบบเพื่อให้เกิดความครอบคลุม รัดกุมมากขึ้น รวมทั้งควรกำหนดตัวชี้วัดที่เป็น process KPI เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการ ทำงานอย่างชัดเจน ป้องกันการเกิดซ้ำ และส่งผล ให้ผู้ป่วย ปลอดภัย |  |  |  |  |  |  |
| 91. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแล ผู้ป่วย (P) \* [IV-1, III]\* | ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการบริหารยายังพบอุบัติการณ์ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่โรงพยาบาลกำหนด ทีมการพยาบาลและทีมเภสัชควรทบทวนร่วมกันในการหาแนวทางการทำงานที่สามารถป้องกันอุบัติการณ์ได้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย |  |  |  |  |  |  |
| 93. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะ ฉุกเฉิน (E) \* [IV-1, III-4.2 (5)] | ทีมควรพิจารณาตัวชี้วัดที่เหมาะสมที่สะท้อนถึงความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน ทั้งที่เกิดก่อนมาโรงพยาบาล (prehospital) ขณะอยู่โรงพยาบาลทั้งที่ห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และที่หอผู้ป่วย พร้อมทั้งวิเคราะห์หาแนวทางป้องกัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย |  |  |  |  |  |  |
| (2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ94. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของ ผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)]95. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน [II-8, II-9] | ทีมควรเรียนรู้การกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และตัวชี้วัดที่สะท้อนการขับเคลื่อนของชุมชน ผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจาก การทำงานของชุมชน และวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ปัจจัย กลุ่มผู้ป่วยอย่างรอบด้านให้เห็นกลุ่มที่สำเร็จ และกลุ่มสาเหตุที่ต้องพัฒนา |  |  |  |  |  |  |
| **IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน**96. ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความ ผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย[IV-2, I-3] | ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานเรื่อง ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอกยังไม่ได้ตาม เป้าหมาย ทีมควรทบทวนหาแนวทางออกแบบการ บริการในการดำเนินการที่รวดเร็วมากขึ้นเพื่อลด ความแออัดในโรงพยาบาล สร้างความพึงพอใจที่ สูงขึ้นและให้เกิดความผูกพันกับโรงพยาบาล |  |  |  |  |  |  |
| **IV-3 ผลด้านบุคลากร**97. ผลลัพธ์ด้านก าลังคน [IV-3, I-5] \* | ผลลัพธ์ด้านกำลังคนบางตัวชี้วัดยังไม่ได้ตาม เป้าหมายที่กำหนด เช่น ดัชนีความสุขของบุคลากร ความผูกพันของบุคลากร อัตราการลาออก การเตรียมพร้อมในงานบริหาร (succession plan) และ อัตรากำลัง ทีมควรทบทวนหาแนวทางการดำเนินการ เพื่อให้เกิดการธำรงรักษาบุคลากรไว้ในองค์กร |  |  |  |  |  |  |
| **IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล**98. ผลลัพธ์ด้านการน า [IV-4, I-I, I-2] | ผลลัพธ์การนำองค์กรหลายตัวชี้วัดยังไม่เป็นไป ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะตัวชี้วัดทางด้านคลินิก และการบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรทีมนำควรทบทวนร่วมกับทีมนำทางคลินิกเพื่อหา แนวทางในการดำเนินงานให้เกิดการพัฒนาเป็นไป ตามเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรสามารถ บรรลุวิสัยทัศน์ได้ |  |  |  |  |  |  |
| **IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำ งานสำคัญ**99. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการ ทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II] | ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงาน สำคัญที่ควรได้รับการทบทวนเพื่อให้เกิดประสิทธิผล ดีขึ้น เช่น ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก เนื่องจากเป็น EMR ควรตรวจสอบ บริหารจัดการ ให้ถูกต้อง การบริหารจัดการความเสี่ยงกรณีการ เกิดอุบัติการณ์ที่เป็น sentinel event ซ้ำควรได้รับ การทำ RCA ที่ถูกต้องเพื่อได้ root cause ที่แท้จริง พร้อมหาวิธีแก้ปัญหา และการควบคุมติดตามการ ดำเนินงานที่ได้ประสิทธิภาพ |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ แบบฟอร์มนี้เป็นกรอบแนวทาง ซึ่ง รพ.สามารถปรับปรุงหรือออกแบบเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม**