**สรุปผลรายงานการเยี่ยมสำรวจลดรูปเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการ**

**คุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4**

**(Re-Accreditation Adjusted Survey)**

**โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล**

**วันที่ 22 กันยายน 2564**

| **ข้อเสนอแนะ** | **แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ** | **ระยะเวลาดำเนินการ** | **ตัวชี้วัด** | **ความก้าวหน้าในการพัฒนา** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร** |
| **I-1 การนำ** |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****การสื่อสารและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา** ทีมนำควรกำหนดประเด็นสำคัญในการสื่อสารแก่ทุกระดับในการขับเคลื่อนองค์กรที่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ที่มีความชัดเจน ที่ทำให้ทุกระดับร่วมคิด ร่วมวางแผนปฏิบัติตามทิศทางนำ พร้อมใช้ประโยชน์จากบรรยากาศที่ดีขององค์กร (จาก safety culture survey > 80% รู้สึกว่าองค์กรปลอดภัย แต่การรับรู้การรายงาน 65%) ในการร่วมเรียนรู้ทำความเข้าใจในประเด็นการดูแลรักษาที่ไม่ปลอดภัย ในมิติการป้องกัน (preventable harm) ด้วยมุมมองของวิชาชีพอย่างเปิดใจ เพื่อนำมาสู่การกำหนดประเด็นสำคัญที่เป็นจุดเน้นด้านความปลอดภัยขององค์กร**คำแนะนำ Suggestion****ระบบกำกับดูแลทางคลินิก** ทีมนำองค์กรควรทำความเข้าใจร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องในการออกแบบระบบ ที่ทำให้ทีมได้รับข้อมูลสำคัญตามข้อกำหนดของมาตรฐานด้านการกำกับดูแลทางคลินิกอย่างครอบคลุม ชัดเจน ตรงประเด็นโดยเฉพาะข้อมูลด้านความไม่ปลอดภัยทั้งก่อนรักษาระหว่างรักษา หลังการรักษา เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบบริการด้านคลินิกให้เกิดความปลอดภัย |  |  |  |  |  |
| **I-2 กลยุทธ์** |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****การวิเคราะห์ข้อมูล วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ** ทีมนำควรร่วมกันกำหนดชุดข้อมูลสำคัญทั้งภายใน ภายนอกโรงพยาบาล ข้อมูลชุมชน พร้อมการเรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูล ความท้าทาย ของกลยุทธ์ทั้ง 4 ด้านที่สะท้อนปัญหาตามบริบทอย่างชัดเจน (โดยเฉพาะทั้งปัญหาสุขภาวะการเจ็บป่วย pre-hospital, in-hospital, post-hospital) ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ นำมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และจัดทำแผน ปฏิบัติการด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บูรณาการแผน คปสอ. ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง พร้อมการวางแผนทรัพยากร คน เงินของ รองรับในแต่ละกลยุทธ์ ตามเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว ที่ชัดเจน พร้อมการกำหนดตัวชี้วัดในทุกระยะ ติดตามผล ปรับแผนอย่างทันการณ์ |  |  |  |  |  |
| **I-3 ผู้ป่วย/ ผู้รับบริการ** |
| **คำแนะนำ (Suggestion)****1.การรับฟัง/ เรียนรู้ความต้องการ** ควรทบทวนช่องทางการรับรู้ หรือการออกแบบการรับรู้ ความต้องการข้อเสนอแนะของกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายสำคัญแต่ละกลุ่มที่โรงพยาบาลได้จำแนกไว้ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้อย่างเหมาะสม**2.การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน** ควรทบทวนวิธีการประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายสำคัญตามที่โรงพยาบาลได้จำแนกไว้ เพื่อนำข้อมูลความพึงพอใจและความไม่พึ่งพอใจมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้อย่างทันเวลา และเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| **I-4 การวัด วิเคราะห์และจัดการความรู้** |
| **คำแนะนำ (Suggestion)****1.การจัดการสารสนเทศ**1 .1. ควรส่งเสริมการประเมินระบบเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ ที่ได้พัฒนาและนำมาใช้ในโรงพยาบาลในปัจจุบัน รวมไปถึงระบบรักษาความปลอดภัย เพื่อนำผลประเมินมาพัฒนาปรับปรุงระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และตอบสนองความต้องการของ user ให้ตรงประเด็น1.2. จากที่ทีมได้มีแผนภาวะฉุกเฉินระบบสารสนเทศไปแล้วนั้น ควรส่งเสริมการซ้อมแผน manual ติดตามประเมินผลการประกันเวลาการบันทึกข้อมูลกลับเข้าในระบบ hospital OS ของแต่ละหน่วยงาน เมื่อระบบกลับคืนสภาพปกติ เพื่อนำผลประเมินการฝึกซ้อมแผน มาพัฒนาปรับปรุงแผนให้มีความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน |  |  |  |  |  |
| **I-5 กำลังคน** |
| **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)****1.ความเพียงพอ** ของแต่ละหน่วยงานจากบริบทที่เปลี่ยนไปในสถานการณ์ COVID - 19, post COVID -19 ทีมควรวิเคราะห์ความเพียงพอของบุคลากรในภาพรวมแต่ละวิชาชีพ วิเคราะห์เชื่อมโยงภาระงานworkload แต่ละตำแหน่งงานเชื่อมกับระดับความรุนแรง (ความหนักเบาของผู้ป่วย) และเชื่อมกับข้อมูลอัตราการ turn over rate และข้อมูลบุคลากรที่จะเกษียณอายุ เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์เชิงลึกของปัญหาทั้งด้านความเพียงพอ สมรรถนะของบุคลากรที่ชัดเจน นำมาวางแผน HR plan ที่เชื่อมโยงกับแผนกลยุทธ์ขององค์กรให้มั่นใจว่าองค์กรจะมีกำลังคนและมีสมรรถนะที่เพียงพอ เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาสอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19 ในปัจจุบันและหลังสถานการณ์ COVID - 19**2. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน** จากสถานการณ์ COVID - 19 มีกลุ่มบุคลากรที่ต้องดูแลให้บริการผู้ป่วย COVID - 19 ทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลสนาม ทีมควรทบทวนกำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของกลุ่มบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อให้บุคลากรมีปลอดภัยและได้รับการดูแลที่เหมาะสม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ**คำแนะนำ (Suggestion)****1. ความพึงพอใจ ความผูกพัน** ควรส่งเสริมการนำผลสำรวจประเมินความพึงพอใจและความผูกพันมาวิเคราะห์แยกกลุ่มบุคลากร และกลุ่มวิชาชีพ เพื่อนำผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ ความผูกผันที่ได้คะแนนน้อยที่สุดมาพัฒนาเพิ่มความพึงพอใจ ความผูกพันให้กับบุคลากรแต่ละกลุ่มและแต่ละวิชาชีพ**2. การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร** จากที่ทีมได้มีการตรวจสุขภาพบุคลากร และได้จัดกิจกรรมดูแลบุคลากรกลุ่มป่วยไปแล้วนั้น ควรทบทวนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมบุคลากรแต่ละกลุ่ม (กลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง) รวมถึงกำหนดเป้าหมายและเครื่องชี้วัดเพื่อใช้ติดตามการดูแลสุขภาพของบุคลากรแด่ละกลุ่มให้มีสุขภาพดีขึ้น |  |  |  |  |  |
| **I-6 การปฏิบัติการ** |  |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน** จากการที่โรงพยาบาลมีระบบบริการผู้ป่วยปฐมภูมิ และขยายศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย DM, HT สู่พื้นที่นั้น ทีมควรกำหนดเป้าหมายการจัดบริการของกระบวนการสำคัญ (key work process) ตั้งแต่ รพ.สต. ER, OPD, IPD ส่งต่อร่วมกับทบทวนแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สอดคล้องมาตรฐานและ ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยเฉพาะจุดที่มีการ handover เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนามุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายได้สำเร็จ**คำแนะนำ (Suggestion)**1. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน ควรประเมินผลการให้บริการของบริษัทที่ไม่สามารถดำเนินการตามข้อกำหนดที่ดกลง และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่บริษัทเพื่อปรับปรุง เช่น บริษัทที่รับจัดการขยะติดเชื้อ เป็นดัน2. ภาวะฉุกเฉิน จากที่ทีมได้มีการวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินและได้ซ้อมแผนรองรับโรค COVID - 19 ไปแล้วนั้นควรส่งเสริมการซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ที่มีโอกาสเกิด เช่น สาธารณภัยต่างๆ ระบบสาธารณูปโภค และระบบสื่อสารขัดข้อง ภัยก่อการร้าย เพื่อนำผลประเมินการฝึกซ้อมมาปรับปรุงแผนภาวะฉุกเฉินให้มีความพร้อม เป็นต้น |  |  |  |  |  |
| **ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล** |
| **II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ** |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****1. ระบบบริหารงานคุณภาพ การทำงานเป็นทีม การประเมินตนเอง จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ**1.1.ทีม**ประสาน**คุณภาพควรเพิ่มบทบาทของทีมในกระตุ้นให้ที่มระบบงานกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา จัดทำแผนในการดำเนินงาน พร้อมการติดตามผล/ปัญหา อุปสรรคอย่างสม่ำเสมอดรอบคลุมการใช้เครื่องมือคุณภาพในการประเมินตนเองด้วยความเข้าใจ และนำประเด็นสำคัญมาจัดทำเป็นแผนของทีมประสานคุณภาพในการให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม สร้างความเข้าใจและทำการพัฒนา โดยส่งต่อข้อมูลเชื่อมโยงกับทีมนำองค์กรเพื่อให้การสนับสนุนหรือกำหนดเป็นประเด็นในระดับกลยุทธ์**2.การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย**2.1.ทีมนำทางคลินิกควรพัฒนากลไกในการสื่อสารถ่ายทอดแนวทางสำคัญที่กำหนดให้แก่ทีมแพทย์สามารถร่วมดำเนินการอย่างเข้าใจพร้อมการพัฒนาแนวทาง/กระบวนการดูแลรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพสู่ รพ.สต. เครือข่าย และติดตามผลนำมาสรุปปัญหา หาแนวทางใหม่ๆ ในการปรับปรุงเชิงระบบที่ตรงปัญหา สาเหตุ2.2.ทีมนำทางคลินิกควรร่วมทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทบทวนเวชระเบียนอุบัติการณ์กับทีมด้วยความเข้าใจและตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ เพื่อนำมาปรับปรุงระบบที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติงาน**3. กระบวนการบริหารความเสี่ยง**3.1.ทีมควรทบทวนความเข้าใจในการดันหา ระบุความเสี่ยงทางคลินิก ความเสี่ยงเฉพาะทางคลินิกภายในโรงพยาบาล พร้อมสื่อสาร สร้างการเรียนรู้ร่วมกับทีมวิชาชีพในการดันหา ระบุความเสี่ยงจากกิจกรรมที่จัดทำไว้ เรียนรู้การรายงานเข้าสู่ระบบในรูปแบบที่ไม่ซ้ำซ้อนและหรือสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการสรุปรวบรวม จัดกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุได้อย่างเป็นระบบ3.2.ควรร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงของมาตรฐานสำคัญจำเป็นนำมาเรียนรู้ในการออกแบบระบบทำแนวทางเพื่อป้องกันความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น วิธีการดักจับ ติดตามความคลาดเคลื่อน3.3.ควรทบทวน ดันหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา root cause analysis ด้วยมุมมองของวิชาชีพที่หลากหลายให้เห็นปัจจัยต่างๆ ที่เป็นเหตุอย่างรอบด้าน เช่น ระบบที่ไม่ชัดเจนไม่เอื้อ ความไม่เพียงพอของบุคลากร องค์ความรู้เป็นต้น เพื่อนำมาสู่การพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องได้ตรงประเด็น**คำแนะนำ Suggesstion****ควรทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย** ควรเพิ่มความรู้ ความเข้าใจให้แก่หน่วยงาน ทีมระบบงานในการออกแบบกระบวนการทำกิจกรรมทบทวนสำคัญ ที่สามารถค้นหาโอกาสพัฒนา ความเสี่ยง อุบัติการณ์ที่เชื่อมโยงมาตรฐานสำคัญจำเป็น เช่น ทบทวนผลการดูแลรักษาทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ทบทวนส่งต่อ/เสียชีวิต ทบทวนการติดเชื้อ ทบทวนการใช้ยา เป็นตัน เพื่อนำมาปรับแนวทางกระบวนการป้องกันความเสี่ยงอย่างรอบด้าน และติดตามผลลัพธ์ เชื่อมโยงข้อมูลเข้าสู่ระบบบริหารความเสี่ยง |  |  |  |  |  |
| **II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ** |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation**1.ปฏิบัติทางการพยาบาล จากแบบประเมินตนเองและการสัมภาษณ์ทีมระบบงานสำคัญ พบโอกาสพัฒนาของทีมนำทางการพยาบาลในการส่งเสริมเพิ่มทักษะเชิงวิชาชีพให้แก่ทีมปฏิบัติงาน โดยเฉพาะทักษะการประเมิน การคาดการณ์ความเสี่ยง จากข้อมูลสำคัญของผู้ป่วย เช่น VIS, NS ค่าวิกฤต symptom ข้อมูลโรคร่วม ผล lab สู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการ ความรุนแรงของผู้ป่วย และให้การพยาบาลที่เหมาะสม ตัดสินใจในการรายงานแพทย์ หรือมีกระบวนการช่วยเหลือทีมในการตัดสินใจทางคลินิกกรณีที่ความเห็นไม่สอดคล้องกับแพทย์ (มีทั้ง FT, PT จากโรงพยาบาลในจังหวัด) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย2.องค์กรแพทย์ จากแบบประเมินตนเองพบว่า มีแพทย์หมุนเวียน แพทย์ PT ที่มาปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลในจังหวัด ซึ่งจากการทบทวนพบประเด็นที่มีสาเหตุจากการหมุนเวียนแพทย์ การตัดสินใจทางคลินิกดังนั้นทีมควรทบทวน พัฒนากระบวนการที่ช่วยค้นหาโอกาสพัฒนา ที่บูรณาการกับการกำกับวิชาชีพ เพื่อนำประเด็นสำคัญมาสู่พัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้แก่ทีม |  |  |  |  |  |
| **II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย** |
| **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)****1.ความ**ปลอดภัย **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ** ควรส่งเสริมการตรวจสอบโครงสร้างอาคาร สถานที่สิ่งแวดล้อมจากหน่วยงานภายนอกอย่างต่อเนื่อง (ครั้งสุดท้ายปี 2562) และควรส่งเสริมการตรวจวัดระบบระบายอากาศ (โดย เฉพาะหน่วยงานเสี่ยงสูง เช่น OPD หอผู้ป่วย x-ray, lab ทันต กรรม) เสียง และฝุ่นละออง เพื่อนำมาจัดลำดับความสำคัญวางแผนพัฒนาปรับปรุง (แผนระยะสั้นและแผนระยะยาว) เพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยมากขึ้น**2.การ**จัดการ**ภาวะฉุกเฉิน:** จากที่ทีมได้มีการวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินและได้มีการซ้อมอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินไปแล้วนั้น ควรนำผลประเมินการฝึกซ้อมมาพัฒนาปรับปรุงแผนให้มีความพร้อมอยู่เสมอ รวมทั้งควรเพิ่มการทบทวนแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยให้เหมาะสมกับสถานการณ์ COVID - 19 การวิเคราะห์ จุดเสี่ยงและความยากลำบากต่อการช่วยเหลือในพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วย COVID - 19 เพื่อนำมาจัดทำแผนและซ้อมแผนให้มีความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน**3.ระบบ**เครื่องมือ3.1. เพื่อให้เครื่องมือมีความเพียงพอ พร้อมใช้ ทีมควรเรียนรู้จากอุบัติการณ์เครื่องมือไม่เพียงพออุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ อุบัติการณ์เครื่องมือ/อุปกรณ์ชำรุดใช้งานไม่ได้มาทบทวนวิเคราะห์เชื่อมกับประเภทเครื่องมือที่ได้แบ่งไว้(เครื่องมือเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงต่ำ) เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุง ระบบการบริหารจัดการเครื่องมือ ปรับปรุงระบบ PM (preventive maintenanc) โดยเฉพาะกลุ่มเครื่องมือเสี่ยงสูงให้มีความเพียงพอ พร้อมใช้3.2. จากสถานการณ์ COVID - 19 ได้รับบริจาคเครื่องมือเพิ่มขึ้น ควรส่งเสริมการนำระบบสารสนเทศมาช่วยการบริหารจัดการในภาพรวมเพื่อให้สามารถติดตามสถานะของเครื่องมือและบริหารจัดการในภาพรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ**4.การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม** ระบบการจัดการขยะติดเชื้อจากสถานการณ์ COVID - 19 ทำให้ขยะติดเชื้อมีปริมาณเพิ่มขึ้น และรถบริษัทหน่วยงานภายนอกไม่สามารถมารับขยะติดเชื้อไปจัดการได้ตามเวลาที่กำหนด (จากเติมมารับ2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็น 1 ครั้งต่อสัปดาห์) ทีมควรวางแผนรองรับสถานการณ์ในกรณีที่รถขยะไม่สามารถมารับได้ภายในเวลาที่กำหนดเพื่อให้ขยะติดเชื้อได้รับการกำจัดในเวลาที่เหมาะสมและไม่แพร่กระจายเชื้อ**คำแนะนำ Suggestion**จากที่ทีมได้มีแผนปรับปรุงอาคารสถานที่ไปแล้วนั้น ควรส่งเสริมการกำกับติดตามแผนพัฒนาอาคารสถานที่ให้เป็นตามที่กำหนดไว้ ได้แก่ แผนก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียใหม่ทั้งระบบ แผนก่อสร้างอาคารที่พักขยะติดเชื้อ และแผนก่อสร้างห้องน้ำเพิ่มในพื้นที่ให้บริการ |  |  |  |  |  |
| **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** |
| **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)****1.การเฝ้าระวังการติดเชื้อ** ควรทบทวนการกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วย COVID - 19 ทั้งใน cohort ward และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อ รวมไปถึงโรงพยาบาลสนามเพื่อให้บุคลากรดังกล่าวได้รับการเฝ้าระวัง การดูแลสุขภาพ ควบคุม ป้องกันการติดเชื้อใน**2.การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป** จากที่ทีมได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปแล้วนั้น ควรส่งเสริมให้มีระบบติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ และนำผล compliance นั้น มาหาโอกาสพัฒนาปรับปรุงสร้างความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติหน้างานในการปฏิบัติ และเพื่อให้มั่นใจว่าหน่วยงานมีความเข้าใจ ได้ถูกต้องตามแนวทางที่กำหนดไว้ |  |  |  |  |  |
| **II-5 ระบบเวชระเบียน** |
| **คำแนะนำ Suggestion**ระบบบริหารเวชระเบียน จากที่ทีมเวชระเบียนได้พัฒนาปรับปรุงระบบร่วมกับทีมระบบสารสนเทศไปแล้วนั้น ควรส่งเสริมให้การติดตามประเมินผล เพื่อหาโอกาสพัฒนาปรับปรุง ควรส่งเสริมให้ทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนดเพื่อการสื่อสารกับทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง |  |  |  |  |  |
| **II-6 ระบบการจัดการด้านยา** |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****1.การกำกับดูแล** การจัดการด้านยา ทีมควรกำกับติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบาย/แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่สำคัญรวมทั้งการประเมินส่วนขาดนำมาปรับปรุงแนวทางการป้องกันที่ครอบคลุม โดยใช้ระบบ IT เข้ามาช่วยเพิ่มขึ้นเช่น drug interaction การแพ้ยาซ้ำ ในยาข้ามกลุ่มข้ามvisit กระบวนการ med reconciliation ที่รัดกุมไม่ซ้ำซ้อน กระบวนการจัดการยานอกเวลา และการป้องกันความเสี่ยงจากการบริหารยา เพื่อให้ระบบมีความปลอดภัยมากขึ้น**2.การบริหารยา** ทีมควรสร้างความเข้าใจแก่ทีมวิชาชีพที่ทำหน้าที่บริหารยา สารน้ำให้เข้าใจในประเด็นความตลาดเคลื่อน ความสำคัญ เพื่อเพิ่มการดันหาดักจับที่มากขึ้น ตรงกับสถานการณ์จริง รวมทั้งทบทวนระบบการบริหารยานอกเวลาราชการที่มีข้อจำกัด นำมาสู่การพัฒนาร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง**คำแนะนำ Suggesstion**การสั่งใช้ยา การถ่ายทอด การเตรียม จัดจ่าย ส่งมอบยาทีมควรเพิ่มช่องทางการคันหา med error และเรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาของแต่ละกระบวนการทั้งในเวลา นอกเวลา จำแนกกลุ่มคลินิก กลุ่มยา หรือทีมผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น นำมาปรับปรุงระบบที่ช่วยลด/ป้องกันความเสี่ยง พร้อมการติดตามแนวโน้มของแต่ละสาเหตุที่ตรงประเด็น |  |  |  |  |  |
| **II-7การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง** |
| **คำแนะนำ Suggestion****1.บริการรังสีวิทยา** ควรส่งเสริมการคันหาความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางป้องกันความเสี่ยง ควรส่งเสริมการนำอุบัติการณ์ อัตราภาพเสียถ่ายซ้ำ เครื่องมือขัดข้องขณะใช้งาน เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติให้รัดกุมป้องกันอุบัติการณ์เกิดซ้ำ**2.บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์** ควรส่งเสริมการนำผล EQA ที่มีค่าเบี่ยงเบนมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการ ร่วมกับสื่อสารให้ทีมสหวิชาชีพ/ทีมดูแลผู้ป่วยได้มีการเฝ้าระวัง ปรับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและควรส่งเสริมการทบทวน อัตรารายงานผลผิดพลาดและการประกันเวลา Iabวิกฤติมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อวางแผนในการแก้ไขการปฏิบัติให้รัดกุมรวมทั้งการทบทวนค่าวิกฤตร่วมกับแพทย์ปีละครั้ง**3.ระบบบริการโลหิต** ควรส่งเสริมการนำตัวชี้วัดสำคัญมาทบทวน ได้แก่ อัตราการจัดหาโลหิตทันเวลา ความปลอดภัยจากการให้โลหิตและความเพียงพอขอโลหิตมาทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อวางแผนในการแก้ไขการปฏิบัติให้รัดกุม |  |  |  |  |  |
|  |
| **คำแนะนำ Suggesstion**เฉพาะพื้นที่ เพื่อสื่อสาร สะท้อนข้อมูลกลับให้พื้นที่ในการร่วม กำหนดทิศทางการดูแล วางแผนสร้างเสริมสุขภาพ โดยทีมโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ให้ความรู้ เสริมพลัง เพิ่มศักยภาพให้แก่ชุมชนในการดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมาย**1. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ**1.1.จากข้อมูลการระบาดของโรคในพื้นที่เช่น ตาแดง ปอดอักเสบ อุจจาระร่วง ทีมควรทบทวนกระบวนการรวบรวม สรุปข้อมูลการเฝ้าระวังที่มีความไวพอในการจัดการป้องกันการเกิดก่อนการระบาดในปัจจุบัน (เกินค่ามัธยฐาน) เป็นตัน1.2.ควรเรียนรู้วิเคราะห์สถานการณ์ประจำปีย้อนหลัง ตามหลักระบาดวิทยา ให้เห็นทิศทางของการกระจายตาม time, place, person ของแต่ละกลุ่มโรค เพื่อสื่อสารข้อมูลให้แก่เครือข่ายพื้นที่ในการร่วมวางแผนจัดการ ป้องกันอย่างมีส่วนร่วม |  |  |  |  |  |
| **II-9 การทำงานกับชุมชน** |
| **คำแนะนำ Suggestion****การทำงานกับชุมชน** ทีมเวชกรรมชุมชนควรสรุปข้อมูลผลลัพธ์การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพของทุกกลุ่มวัยร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยและปัญหาชุมชนตามบริบท (ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ) นำมาสรุปประเด็นปัญหาสำคัญร่วมของชุมชน และปัญหาเฉพาะพื้นที่ เพื่อสื่อสาร สะท้อนข้อมูลกลับให้พื้นที่ในการร่วม กำหนดทิศทางการดูแล วางแผนสร้างเสริมสุขภาพ โดยทีมโรงพยาบาลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ให้ความรู้ เสริมพลัง เพิ่มศักยภาพให้แก่ชุมชนในการดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมาย |  |  |  |  |  |
| **ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย** |
| **III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ** |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****กระบวนการรับผู้ป่วย** ควรเรียนรู้ทบทวนเกณฑ์แนวทางการ triage ในกลุ่มเด็ก 0-4 ปีที่มักพบunder, over triageเช่น dizziness, dyspepsia over triage ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ทรุดลงหลัง admit เพื่อหาโอกาสพัฒนาที่ครอบคลุมกระบวนการคัดแยก การ triageและเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล เกณฑ์ขอคำปรึกษาและส่งต่อ นำมาปรับปรุงระบบให้มีความซัดเจนปลอดภัยมากขึ้น**คำแนะนำ Suggession****1.การเข้าถึงบริการ** จากข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย stroke ที่ลำช้าเพิ่มมากขึ้นและการเข้าถึงบริการจากชุมชนด้วย septic shock ทีมควรวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ ลักษณะผู้ป่วยและพื้นที่ เพื่อนำมาวางแผนพัฒนาระบบให้มีการเข้าถึงบริการในเวลาที่รวดเร็วมากขึ้น**2.กระบวนการรับผู้ป่วย** จากข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนพบโอกาสพัฒนาในการทำ Inform consentทีมควรทบทวนปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติทั้งในด้านผู้ปฏิบัติงาน และด้านผู้รับบริการญาติ นำมาปรับปรุงกระบวนการให้ข้อมูลในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยความเข้าใจ |  |  |  |  |  |
| **III-2 การประเมินผู้ป่วย** |  |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****1.การประเมินผู้ป่วย** จากการสัมภาษณ์พบโอกาสพัฒนาในการทบทวนการประเมินผู้ป่วยกลุ่ม traumaที่มีผลการตรวจ x - ray ไม่ตรงกับอาการทางคลินิกที่ประเมินได้ร่วมทบทวนเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยแรกรับที่ IPD ให้มีความชัดเจนทั้งอาการ อาการแสดง และการออกแบบประเมินซ้ำที่ตรงกับความเสี่ยงในเวลาที่เหมาะสมเพื่อดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ทันการณ์**2.การวินิจฉัยโรค** ควรนำกลุ่มโรคที่อาการคล้าย คลึงกันซึ่งโรงพยาบาลได้กำหนดไว้มาเรียนรู้วิธีการตรวจวินิจฉัยแยกโรคที่ชัดเจน กำหนด trigger ในการค้นหาความคลาดเคลื่อนล่าช้าจากการวินิจฉัยโรคตามบริบทอย่างเป็นระบบ ที่ครอบคลุมการติดตามผลการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำความคลาดเคลื่อนมาเรียนรู้ ปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยร่วมกับการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรให้วินิจฉัยได้แม่นยำมากขึ้น |  |  |  |  |  |
| **III-3 การวางแผน** |  |
| **คำแนะนำ suggestion****การวางแผนการดูแลผู้ป่วย** จากคะแนนความสมบูรณ์เวชระเบียนพบ progress note 48.33% นั้นทีมนำทางคลินิกควรส่งเสริมให้ทีมแพทย์ได้มีการบันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการตรวจร่างกายประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการรักษา อาจนำเวชระเบียนผู้ป่วยทรุดลง ส่งต่อ เสียชีวิต มาทบทวนร่วมเพื่อสรุปแผนการรักษาที่ไม่เหมาะสม เป้าหมายไม่ซัดเช่นกลุ่ม septic shookที่มีโรคร่วม นำไปพัฒนาการจัดทำแผนการรักษาและสื่อสารให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพนำไปใช้วางแผนการดูแลรักษา เฝ้าระวังในทิศทางเดียวกัน**คำแนะนำ suggestion****การวางแผนจำหน่าย** ทีมควรขยายผลการวางแผนจำหน่ายที่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยญาติ ร่วมกับการกันหาปัญหา อุปสรรคอื่น ๆ ตามบริบทที่อาจเกิดหลังจำหน่าย (ในกลุ่ม readmit, uncontrol) เช่น ขาดผู้ดูแล/บริหารยา การประกอบอาชีพ นำมาร่วมวางแผนการจัดการให้ความรู้ ฝึกทักษะ เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยญาติสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเป็นต้น |  |  |  |  |  |
| **III-4 การดูแลผู้ป่วย** |  |
| **ข้อเสนอแนะ Recommendation****การดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูง** จากการทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ครอบคลุมด้านสูติกรรม ทีมควรสรุปปัญหา ความเสี่ยงทางคลินิกกระบวนการดูแลที่พบความเสี่ยงอย่างชัดเจน ร่วมกับติดตามความไวของค่า early warning sign ที่จัดทำขึ้นมาวางแผนปรับปรุงกระบวนการสำคัญ เช่น การระบุลักษณะผู้ป่วยเสี่ยงสูง แนวทางการประเมิน/ประเมินซ้ำ ค่า early warning sign แนวทางการรายงานแพทย์ เกณฑ์ที่แพทย์ต้องมาประเมินผู้ป่วยด้วยตนเอง การขอคำ ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง และเกณฑ์การตัดสินใจส่งต่อ โดยเชื่อมโยงการพัฒนาร่วมกับองค์กรวิชาชีพในการฝึกทักษะ สมรรถนะและพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย**คำแนะนำ Suggestion****1.การดูแลทั่วไป** ควรส่งเสริมการทบทวนเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุง รวมไปถึงควรส่งเสริมการทบทวนระบบการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับผู้ปฏิบัติได้สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและต่อเนื่อง**2.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย** จากบริบทวิถีมุสลิมและความเชื่อในการจากไปตามบัญญัติพระเจ้านั้น ทีมนำทางคลินิกควรทบทวนเวซระเบียนผู้ป่วยเพื่อพิจารณาประเด็นการรักษาที่เหมาะสมตามมาตฐานวิชาชีพ กับการตอบ สนองตามความต้องการของผู้ป่วย/ญาติในการไม่รักษา ไม่พื้นคืนชีพ นำมาเรียนรู้ ปรับปรุงแนวทางการวางแผนดูแลรักษาที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยญาติอย่างเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| **III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ ครอบครัว** |  |
| **คำแนะนำ Sugesstion****การให้ข้อมูลและเสริมพลัง** ทีมควรทบทวนปัญหา สาเหตุของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง asthma, COPD ที่ควบคุมไม่ได้ รวมทั้งปัญหาในกลุ่มแม่เด็ก เช่น การเข้าถึงANC ล่าช้า LBW preterm มาปรับปรุงกระบวนการให้ความรู้ การเสริมพลังที่สอดคล้อง เหมาะสมกับความเชื่อวิถีชีวิตด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยมามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม |  |  |  |  |  |
| **III-6 การดูแลต่อเนื่อง** |
| **คำแนะนำ Suggestion****การดูแลต่อเนื่อง** ควรทบทวนเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการติดตามดุแลต่อเนื่องให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเรื้องรังที่uncontrollใน OPD รพ.สต. โดยการกำหนดประเด็นเป้าหมายการดูแลต่อเนื่อง ระยะเวลาในการติดตามที่ชัดเจน พร้อมการติดตามผลลัพธ์ นำมาปรับปรุงระบบให้บรรลุเป้าหมาย |  |  |  |  |  |
| **ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ** |
| **IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |
| 80.ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III]ทีมควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม ที่ครอบคลุม refer, readmitted, revisit พร้อมการเรียนรู้วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุที่แตกต่างเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทั้งกระบวนการpre hospital, inhospital, post hospital (รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิต) ในการยกระดับคุณภาพผลลัพธ์การจัดบริการขององค์กรที่ชัดเจน |  |  |  |  |  |
| 81.ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1, III-1]ควรเรียนรู้การวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัดการเข้าถึง ให้เห็นลักษณะพื้นที่ กลุ่มลักษณะผู้ป่วยที่เข้าถึงเร็ว/ล่าช้า และปัจจัยอื่น ๆ เพื่อนำมาวางแผนในการพัฒนาร่วมกับเครือข่ายพื้นที่ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนาได้อย่างตรงประเด็น |  |  |  |  |  |
| 82.ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5, 6]1. ควรทบทวนความเข้าใจในการกำหนดตัวชี้วัดผลในมิติของความเหมาะสม มิติประสิทธิภาพที่มีความแตกต่างในการใช้ประโยชน์2. ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดมิติความต่อเนื่องในภาพกว้าง ที่ทำให้เห็นภาพรวมของปัญหาในการดูแลต่อเนื่อง เช่น อัตราการขาดนัด ความครอบคลุมในการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นตัน วิเคราะห์จำแนกรายกลุ่มโรค จำแนกตามสาเหตุปัญหาเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนพัฒนา |  |  |  |  |  |
| 83.ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4]1. ควรทบทวนเพิ่มการวิเคราะห์ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราการติดเชื้อ CAUTI, phlebitisเทียบกับช่วงเวลาที่เกิดการติดเชื้อในแต่ละปีแต่ละช่วงเวลา เช่น การวิเคราะห์โดยใช้ control chartเพื่อให้เห็นจุดเปลี่ยนแต่ละช่วงเวลา เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุง เป็นต้น2. การป้องกันการติดเชื้อ ควรเพิ่มตัวชี้วัดอัตราการล้างมือ และผลการวิเคราะห์อัตราการล้างมือแยกตามรายวิชาชีพ และตาม 5 moment เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ส่งเสริมการล้างมือ |  |  |  |  |  |
| 86.ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ **(I)**\* [IV-1, II-4]1. ควรทบทวนเพิ่มการวิเคราะห์ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราการติดเชื้อ CAUTI, phlebitisเทียบกับช่วงเวลาที่เกิดการติดเชื้อในแต่ละปีแต่ละช่วงเวลา เช่น การวิเคราะห์โดยใช้ control chartเพื่อให้เห็นจุดเปลี่ยนแต่ละช่วงเวลา เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุง เป็นต้น2. การป้องกันการติดเชื้อ ควรเพิ่มตัวชี้วัดอัตราการล้างมือ และผลการวิเคราะห์อัตราการล้างมือแยกตามรายวิชาชีพ และตาม 5 moment เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ส่งเสริมการล้างมือ |  |  |  |  |  |
| 88.ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย **(P)**\* [IV-1, III]ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมขององค์กร (เพิ่มเติมจาก diagnostic error) เช่น การทรุดลง ส่งต่อในกลุ่มที่ไม่คาดฝันกลุ่มเสี่ยงต่ำ พร้อมการวิเคราะห์ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทั้งภาพใหญ่ของระบบสำคัญ และพัฒนาเชิงลึกรายกลุ่มโรคให้เกิดความปลอดภัยได้ |  |  |  |  |  |
| 89.ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/ tube/ catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ **(L)**\* [IV-1, II-7.2]จากข้อมูลตอนที่ IV มีการรายงานผลลัพธ์ร้อยละของการรายงานผล lab หรือ pathosคลาดเคลื่อน ที่พบว่ายังมีความคลาดเคลื่อนปี 2563 เท่ากับ 99.20 ทีมควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลให้ถึงลาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เพื่อมาใช้ประโยชน์ ในการพัฒนาปรับปรุง เช่น ช่วงเวลา ระบบการรายงานผลในช่วงสถานการณ์ระบบไฟฟ้าขัดข้อง เป็นต้น |  |  |  |  |  |
| (2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ |
| ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการในกลุ่มโรคสำคัญ การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนภาพรวม (กลุ่มดี เสี่ยง ป่วย กลุ่มวัย และกำหนดเป้าหมาย) พร้อมการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุเพื่อเชื่อมโยงการพัฒนาระหว่างการรักษาและสร้างเสริมสุขภาพที่ช่วยยกระดับผลลัพธ์ในการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงรายโรค และสะท้อนศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ |  |  |  |  |  |
| **IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)** |
| ควรเพิ่มการกำหนดตัวชี้วัด ความพึงพอใจให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยตามที่ได้จำแนกไว้ใน hospital profile รวมทั้งควรเพิ่มตัวชี้วัดความไม่พึงพอใจ ข้อร้องเรียน เพื่อนำมาวิเคราะห์ใช้ประโยชน์พัฒนาสร้างช่องทางการรับรู้และเพิ่มความพึงพอใจให้แต่ละกลุ่ม |  |  |  |  |  |
| **IV-3 ผลด้านกำลังคน** |
| ควรเพิ่มตัวชี้วัดด้านกำลังคน ได้แก่ ความเพียงพอ ความพึงพอใจของบุคลากร ควรเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาใช้ประโยชน์พัฒนามุ่งด้านกำลังคนให้มีความเพียงพอทั้งอัตรากำลังและสมรรถนะ รวมไปถึงเพิ่มความพึงพอใจให้กับบุคลากร |  |  |  |  |  |
| **IV-4 ผลด้านการนำ** |
| ควรเรียนรู้การกำหนดผลลัพธ์ที่สะท้อนบทบาทของผู้นำ/ทีมนำในการขับเคลื่อนองค์กรให้ประสบผล สำเร็จตามยุทธศาสตร์ ทิศทาง/จุดเน้นที่กำหนดไว้ พร้อมการเรียนรู้วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของการขับเคลื่อนที่ทำให้ไม่บรรลุผล นำมาปรับปรุงระบบการนำในองค์กร |  |  |  |  |  |
| **IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ** |
| 1. ควรทบทวนเพิ่มการกำหนดตัวชี้วัดประสิทธิผลของระบบงานสำคัญให้สะท้อน ครอบคลุมประเด็นคุณภาพของระบบงาน เช่น RM, IM และการจัดการห่วงโซ่อุปทาน เป็นต้น2.ระบบ ENV ควรเพิ่มการกำหนดตัวชี้วัดระบบบำบัดน้ำเสียและการวิเคราะห์เครื่องมือแพทย์ |  |  |  |  |  |
| **IV-6 ผลด้านการเงิน** |
| ควรเรียนรู้การวิเคราะห์ผลความสำเร็จด้านการเงินในภาพรวมให้เห็นปัญหา สาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีรายรับรายจ่ายเพิ่มอย่างรอบด้าน และประเด็นสำคัญในการพัฒนาปรับปรุงให้การเงินมีสถานะที่ดีขึ้น |  |  |  |  |  |

**ความเห็นเพิ่มเติมจากคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ**

คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพได้พิจารณารายงานผลการเยี่ยมสำรวจมีความเห็นเพิ่มเดิม ดังนี้

1.สิ่งที่น่าชื่นชม

1.1 ผู้นำให้ความสำคัญและสนับสนุน ส่งเสริมการศึกษาด้านคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผู้นำมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรและชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในองค์กร ชุมชนและเครือข่ายที่ดี เกิดการพัฒนาและเสริมพลัง

2.สิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา

2.1 ควรทบทวนการพัฒนายุทธศาสตร์และวางเป้าประสงค์การพัฒนาหน่วยงาน โดยกำหนดทิศทาง การพัฒนา จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ทั้งทางระบบบริการ และระบบบริหารจัดการ โดย สถาบันกำหนดประเด็นเพื่อติดตามต่อไป

2.2 ความค่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพ ควรสนับสนุนให้บุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ทั่วไป และเป็นแพทย์หมุนเวียน รวมทั้งควรสร้างความเข้มแข็งให้กับศูนย์พัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.3 เพื่อเพิ่มผลลัพธ์การดูแสโรคเรื้อรังให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นระดับประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่ง HbA1C ในโรค DM และโรคความดันโลหิตสูง ควรส่งเสริมให้วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบอย่างครอบคลุมเพื่อหา gap ที่มีอยู่ พัฒนาปรับปรุงได้ตรงสาเหตุ เช่น การสุ่มผู้ป่วยมาตรวจ HbA1C ว่ามี selection bias หรือไม่ มาตรฐานการสั่งยาของแพทย์เวชปฏิบัติที่หมุนเวียนมา compliance การรับประทายยาcontext ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องของคนในท้องถิ่น

2.4 ควรส่งเสริมและพัฒนาการจัดทำ clinical tracer เนื่องจากมีการจัดทำเพียง 5 โรค ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญและมิติคุณภาพของโรงพยาบาล

2.5 ควรทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากมีการดำเนินการแก้ไขและปรับปรุง โดยยังไม่วิเคราะห์ข้อมูลให้ถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา

2.6 ควรทำ RCA เพื่อทำให้เกิดมาตรฐานในการวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิกต่างๆ ในการให้บริการของทางโรงพยาบาล

2.7 ควรทบทวนระบบ มาตรฐาน กฎหมายที่วางไว้เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษาและการบริการ เพื่อทำให้เกิดปัญหาด้านความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ป้องกันการร้องเรียน

3.ให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเฝ้าระวังในระยะเวลา 1 ปี หลังจากได้รับการรับรอง