| มาตรฐาน | ข้อเสนอแนะ / คำแนะนำ | ระยะเวลาดำเนินการ | ผู้รับชอบ | ตัวชี้วัดและเป้าหมายในการติดตาม | ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (30 ก.ย. 65) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตอนที่ I** ภาพรวมของการบริหารองค์กร | |  |  |  |  |
| **I-1 การนำ** | |  |  |  |  |
| 1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก  (1)(2)(3)] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  1. ผู้นำควรนำผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยหรือการสำรวจคุณภาพโรงพยาบาลต่างๆ มาวิเคราะห์หาประเด็นที่เป็นปัญหาในการพัฒนาโรงพยาบาล เช่น 2P safety โดย เฉพาะความเสี่ยง getting to zero 5 เรื่อง ที่เป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล ได้แก่ การแพ้ยาซ้ำ การให้เลือดผิดคนผิดหมู่ผิดชนิด การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่ง อุบัติเหตุจากการส่งต่อและบุคคลากรถูกทำร้าย เพื่อนำมาออกนโยบาย (hospital wide policy) สนับสนุนทรัพยากร กำกับติดตามและเสริมพลังทุกฝ่ายปฏิบัติตามนโยบายเพื่อลดปัญหาดังกล่าว  2. ควรประเมินประสิทธิภาพของระบบการนำทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ นำมาหาโอกาสพัฒนา managerial competency ของทีมนำในทุกระดับ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมในหน้าที่ที่รับผิดชอบ นำไปกำหนดเป็น career path หรือ succession plan เพื่อสร้างหลักประกันความต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืนในการบริหารจัดการองค์กร  3. ควรส่งเสริมการวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก กำหนดทีมผู้รับผิดชอบติดตามกำกับ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิกและนำมาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ |  | Lead Team |  |  |
| 2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข] |  |  |  |  |
| 3. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา [I-1.1ค  (1)(2)] |  |  |  |  |
| 4. ระบบกำกับดูแลองค์กร การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)] |  |  |  |  |
| 5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)] |  |  |  |  |
| 6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**   1. คณะผู้บริหาร ผู้นำ ได้ร่วมกันกำกับ ติดตาม ผ่านทางโครงสร้างการบริหารองค์กร นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันในการประชุม และช่องทางการสื่อสารต่างๆ ดังนี้  * การประชุมคณะกรรมการบริหาร มีวาระการติดตามงานคุณภาพทุกครั้งของการประชุม 2 ครั้งต่อเดือน * การประชุมหัวหน้าตึก หัวหน้างาน ในทุกๆ เดือน มีวาระคุณภาพ และวาระการรายงานความเสี่ยงที่สำคัญของโรงพยาบาล เพื่อกำกับ ติดตาม สถานการณ์ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล * การประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) เป็นการประชุมเน้นในเรื่องคุณภาพการบริการทั้ง 7 PCT และ 13 เฉพาะด้าน ร่วมแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งออกนโยบายป้องกันทั้งทางด้านคลินิกและสนับสนุน เช่น   1. นโยบายความเสี่ยง  2. นโยบายสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย  3. นโยบายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน  4. นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการรักษามาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย สำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นต้น   1. ปรับปรุงระบบการติดตามกำกับข้อมูล Online ผ่านทาง Intranet โรงพยาบาล โดยใช้โปรแกรม BI (Business Intelligent) ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้ติดตามข้อมูล ระบบงานสำคัญ ระบบยา ห้องผ่าตัด ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดการเข้าถึงข้อมูลเพื่อบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า 2. มีการนำข้อมูลมาวางแผนการพัฒนาบุคลากรเพื่อเตรียมพร้อมในการเป็นผู้นำ ความสามารถเฉพาะ และความเชี่ยวชาญด้านการรักษาดังนี้  * ทีมบริหาร ทีม HRM และทีม HRD มีการประเมินความเหมาะสมบุคลากรกับตำแหน่ง โดยพิจารณาวางแผนในการส่งบุคลากรเข้าอบรม ผบต. ผบก. นบส. เพื่อเตรียมเป็นผู้นำในระดับต่างๆ * มีแผนการส่งแพทย์ พยาบาล เข้าศึกษาต่อเฉพาะทาง เพื่อรองรับความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาด้านการรักษาในอนาคต (รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ในแผนการพัฒนาบุคลากรทีม HRD) * สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อรองรับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย   (รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ในแผนการจัดซื้อวัสดุ ครุภัณฑ์ ทางการแพทย์)   1. มีการส่งเสริมการวางระบบ กำกับติดตาม ผลลัพธ์ด้านการรักษาดังนี้  * ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาแล้วนั้น บางรายที่ต้องมีการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อการฟื้นตัวหลังการรักษา มีการวางระบบด้านการฟื้นฟูโดยทีมแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันกำกับ ติดตาม การฟื้นฟูสภาพร่างกายจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถกลับมาช่วยตัวเองได้หรือสภาพร่างกายเป็นปกติมากที่สุด   (รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ใน SA III-4.3 ฉ.การฟื้นฟูสภาพ)   * ทบทวนความเสี่ยงสำคัญด้านคลินิก จัดทำ RCA ในระดับ G H I กำกับติดตามโดยทีม RM ทีม PCT และทีมสหสาขาวิชาชีพ นำมาพัฒนาวางแผนระบบ และออกนโยบาย แนวทาง ระเบียบการปฏิบัติ ป้องกันการเกิดซ้ำ   (รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ใน SA II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ)   * ผู้บริหาร วางระบบการแต่งตั้งประธานคณะกรรมการ ทีม PCT ทั้ง 7 ทีม ต้องเป็นแพทย์ประจำสาขา และต้องมีเลขานุการคณะกรรมการเป็นพยาบาลประจำสาขานั้นๆ เช่นกัน (รายละเอียดตามคำสั่งแต่งตั้งทีม PCT 8 ทีม) * ศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา ด้าน   1. Traumatic head injury  2. Brain tumor  3. Laparoscopic surgery  4. Hepatobiliary surgery  5. Laser indirect ophthalmoscopy  6. Head and neck cancer and reconstructive surgery  7. Hand surgery   * จากสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ผู้นำได้วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อวางแผนระบบ โดยให้ความสำคัญทั้งประชาชน ผู้รับบริการ และบุคลากรภายในองค์กร ทั้งทางด้านสภาพแวดล้อม จิตใจ อารมณ์ การเสริมสร้างทักษะความรู้ การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การวางมาตรการป้องกันการเกิดโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ และการวางระบบการรักษา (รายละเอียดเพิ่มเติมอยู่ใน SA II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล) | | ตค.65-กย.65 | Lead team | -ประชุมคณะกรรมการบริหาร 2 ครั้งต่อเดือน  -ประชุมหัวหน้าตึก  -ประชุม lead  -ข้อมูล Online ผ่านโปรแกรม BI  -จำนวนบุคลากรเข้าอบรม  PCT ทุกทีม  มีแพทย์เป็นประธานและพยาบาลเป็นเลขา (8 ทีม) | - 12 ครั้ง  - 12 ครั้ง  - 12 ครั้ง  -มีการรายงานข้อมูล KPI Online ผ่านโปรแกรม BI  -ส่งอบรม  1.ผบต.  2.ผบก.  3.นบส.  4.แพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง  8 ทีม |
| **I-2 กลยุทธ์** | |  |  |  |  |
| 7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5)] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  1. ควรทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ให้สอด คล้องกับความท้าทายที่สำคัญ (เช่น ความแออัด การขาดแคลน กำลังคน สถานการณ์การแพร่ระบาดโรค COVID-19 เป็นต้น) ครอบคลุมความปลอดภัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งกำหนดแผน ปฏิบัติการ ตัวชี้วัด เป้าหมายและกรอบเวลาที่ชัดเจน  2. ทีมนำควรติดตามความก้าวหน้าของแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง เช่น สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้เกิดปัจจัยภายในและภายนอกที่เปลี่ยนแปลงทีมนำเอาปัจจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์อย่างรอบด้าน ดูผลกระทบต่อแผนยุทธศาสตร์เดิมที่ตั้งไว้ เพื่อปรับแผนยุทธศาสตร์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ COVID-19 ที่เปลี่ยนแปลง เช่น แผนยุทธศาสตร์บางแผนที่ต้องเร่งดำเนินการ แผนยุทธศาสตร์บางแผนที่ต้องชะลอ รวมทั้งควรทบทวนและปรับแผนปฏิบัติการและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับสถานการณ์ pandemic, post covid recovery phase |  | คกก.บริหารและแผนยุทธศาสตร์ |  |  |
| 8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)] |  |  |  |  |
| 9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)] |  |  |  |  |
| 10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก(5), ข] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| **I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน** | |  |  |  |  |
| 11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  ควรส่งเสริมการรับฟังเสียงจากกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มสำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วย COVID-19 รวมทั้งผู้ป่วยสำคัญกลุ่มเดิมของโรงพยาบาลที่อาจมีความต้องการเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ผู้ป่วยฉุกเฉิน แรงงานในโรงงาน เพื่อนำมาปรับปรุงบริการให้เหมาะสม ครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาล เชื่อมโยงเครือข่าย เป็นต้น |  | ทีม PCF |  |  |
| 12 การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน  [I-3.1ข(1)] |  |  |  |  |
| 13 การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก [I-3.2ก(1)(2)(3)] |  |  |  |  |
| 14 การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน  [I-3.2ข(1)(2)] |  |  |  |  |
| 15 การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย [I-3.3] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  - ดำเนินการสำรวจความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการในแต่กลุ่ม  - นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความต้องการความคาดหวังของผู้รับบริการมาทบทวนและพัฒนาการบริหาร งานด้านวิชาการ ด้านบริการ และด้านบริหารจัดการ การแพทย์รูปแบบใหม่ (New Normal) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล  - ปรับระบบบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ให้มีความสะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย  **รายงานความก้าวหน้า**  การปรับปรุงระบบบริการตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ  1.ปรับบริการเพื่อตอบสนองสถานการณ์ระบาดโรค COVID-19 และควบคุมการระบาดโรค COVID-19 ดังนี้  - ลดการติดต่อโรค COVID-19 และความกังวลผู้รับบริการโดยมีจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยและญาติทุกคน ผู้ที่ไม่จำเป็นรอที่สถานที่จัดเตรียมไว้ กำหนดทางเดินภายในอาคารระหว่างอาคารเป็นช่องทางปิดเป็นระบบเดินทางเดียว ต้องเข้าทางจุดคัดกรองเท่านั้น เน้นมาตรการเว้นระยะห่างทุกจุดบริการ  - ใช้กระบวนการป้องกันการติดเชื้อรายบุคคลและสังคม เช่น ล้างมือ ใส่หน้ากากอนามัย  - ปรับลดความแออัดในคลินิกต่าง โดยการเหลื่อมเวลา ญาติรอด้านนอกอาคารจัดที่นั่งห่างกัน 1-2 เมตร OPD ปิดคลินิกแพทย์แผนไทย ลดบริการคลินิกตรวจสุขภาพ คลินิกทันตกรรมตรวจรักษาเฉพาะคนไข้นัดและทันตกรรมฉุกเฉิน หอผู้ป่วยในอนุญาต ให้มีผู้เฝ้าอาการคนไข้เพียง 1 คน งดเยี่ยมไข้ 24 ชั่วโมง  - คัดกรองผู้ป่วย ภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน และจัดตั้ง ARI คลินิกแยกตรวจผู้ป่วยมีอาการโรคทางเดินหายใจโดยเฉพาะในพื้นที่โล่ง และจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ป้องกันและฆ่าเชื้อไวรัส ให้บริการเป็น one stop service เน้นมาตรการป้องกันอย่างเข้มข้น  - การลดระยะเวลาในการรอบัตร ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัยจากการระบาดของโรคติดต่อ ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง COVID-19 ได้รับการตรวจที่คลินิกปกติ และอัตราความพึงพอใจการบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในปี 2564 เท่ากับ 85.75 %  2. บุคลากรทางการแพทย์ : ให้ความรู้เรื่องโรค การป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดและทำลายเชื้อสิ่งแวดล้อม, PPE training รวมถึงมีระบบ safety officer มีการจัดอัตรากำลังเพื่อหมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ห้องแยกโรค, cohort ward, ARI Clinic ให้เพียงพอต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย  3.ระบบการติดต่อประสานงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 เพื่อดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงเครือข่ายโรงพยาบาล | |  |  |  |  |
| **I- 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้** | |  |  |  |  |
| 16 การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1ก] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  การวัด วิเคราะห์ผลการดำเนินการ: ทีมนำสูงสุด ทีมนำเชิงระบบและหน่วยงาน ควรทบทวนการกำหนดตัวชี้วัดให้ตรง  ประเด็น ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่ดำเนินการ ทบทวนการกำหนดเป้าหมายเพื่อยกระดับหรือธำรงคุณภาพการดูแลรักษาหรือบริการ ควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัวชี้วัดในทุกระดับ ส่งเสริมการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ นำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ เรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) R2R, KM และต่อยอดไปเป็นนวัตกรรมของหน่วยงานและโรงพยาบาล |  | ทีม IM |  |  |
| 17 การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**   1. ประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ ระดับแกนนำ เพื่อทบทวนตัวชี้วัดและกำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงานในภาพรวม และมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน มีการกำหนดเป็นวาระสืบเนื่อง เรื่องการวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุง ตัวชี้วัดคุณภาพ 2. ทีมนำในทุกระดับ รับนโยบาย มีการปรับปรุงตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล และตรงกับบริบทในการทำงาน และมีการติดตามตัวชี้วัดโดยทีมตนเอง 3. มีการจัดทำทะเบียนตัวชี้วัด เพื่อรวมรวบข้อมูลไว้ในที่ทีมสารสนเทศเพื่อให้ง่ายต่อการติดตาม เข้าถึงง่าย วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ 4. มีการนำ สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (Business Intelligence) มาช่วยในการนำเสนอ วิเคราะห์ข้อมูล | |  |  |  |  |
| 18 คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. เพื่อให้ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญมีความถูกต้อง พร้อมใช้ และเกิดการใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ต่างๆ อย่างชัดเจน ควรพัฒนาการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้ถูกต้อง แม่นยำครอบคลุมทุกระดับ มีการสำรวจความต้องการเพื่อจัดทำตอบสนอง มีการตรวจสอบความถูกต้องเพื่อปรับปรุง ส่งเสริมให้ทีมและหน่วยงานต่างๆ ติดตาม และวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่นำไปใช้ประโยชน์เพื่อการตัดสินใจ บริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ  2. เพื่อให้ระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายมีความปลอดภัยพร้อมใช้ ควรติดตามและพัฒนาการปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ เช่น การปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทาง IT และการซ้อมแผน การจัดเก็บข้อมูลแบบ manual ที่เป็นภาระเพื่อพัฒนาให้จัดเก็บด้วยระบบ IT การรายงานข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ line ที่ไม่เสี่ยงต่อการเปิดเผย ไม่เกิดการรักษาผิดคน ผิดพลาด เป็นต้น  3. เพื่อให้การจัดการความรู้ทำให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร ควรพัฒนาการจัดการความรู้ให้ชัดเจน มีการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็น tacit knowledge ส่งเสริมการเข้าถึงความรู้ต่างๆ ที่จัดเก็บไว้ เพื่อนำไปใช้และต่อยอดความรู้ต่างๆ เกิดเป็นวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร มีการพัฒนาให้เกิด good/best practice  นวตกรรม ที่นำไปปฏิบัติทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นแบบอย่าง |  |  |  |  |
| 19 การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข] |  |  |  |  |
| 20 ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**   1. ทบทวนกระบวนการและตัวชี้วัดการทำงานของทีมตรวจสอบความถูกต้องทั้งในส่วนของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และศูนย์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีคุณภาพมากขึ้น 2. ส่งเสริมให้ทีมนำในทุกระดับสามารถใช้งาน สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ (Business Intelligence) ได้ด้วยตัวเอง เพื่อให้เกิดการเข้าถึง ติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศที่มีอยู่ และนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างต่อเนื่อง 3. มีการจัดทำแผนและประกาศใช้นโยบายการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ แนวทางปฎิบัติในการรักษามาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย และแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทาง IT และมีการประเมินการรับรู้ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงแผนให้มีประสิทธิภาพต่อไป 4. จัดโครงการซ้อมแผน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินทาง IT ปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและหน่วยงานนั้นๆ 5. มีการแผนจัดโครงการประกวดผลงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ประจำปีงบประมาณ 2566 โดยแบ่งเป็นหลายระดับดังนี้  * ผลงานการพัฒนาคุณภาพของทีม PCT ทีมเฉพาะด้าน * ผลงานการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ทั้งทางด้านคลินิก และสนับสนุน * ผลงานนวัตกรรม * ผลงานวิจัย * เรื่องเล่าประทับใจ | |  |  |  |  |
| **I-5 กำลังคน** | |  |  |  |  |
| 21 ขีดความสามารถและความเพียงพอของ  กำลังคน [I-5.1ก] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  เพื่อให้บุคลากรมีความเพียงพอ มีสมรรถนะเหมาะสม และปลอดภัย  1. ควรพัฒนาการประเมินภาระงานในหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำถูกต้องเช่นเดียวกับกลุ่มการพยาบาลที่ใช้ productivity นำมาบริหารกำลังคน จัดกำลังคนในช่วงเวลาต่างๆ การเสริมกำลังคน และวางแผนกำลังคนตามส่วนขาดได้อย่างเหมาะสม  2. ควรกำหนดสมรรถนะสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเสี่ยงสูงให้ชัดเจน เพื่อประเมินและพัฒนาให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดี  3. ควรติดตามการติดเชื้อ COVID และวัณโรคของบุคลากรร่วมกับทีม ICC วิเคราะห์หาสาเหตุอย่างรอบด้านเพื่อทบทวนและปรับแนวทางป้องกันที่รัดกุมชัดเจน |  | ทีม HRD |  |  |
| 22 สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-  5.1ข, ค(1)\*(3)(4)] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  1. มีการวางแผนการประเมินภาระงานในหน่วยงานต่างๆโดยใช้ productivity ในการประเมินความเหมาะสมของกำลังคนและภาระงาน โดยให้หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานประเมิน productivity และนำเสนอให้หัวหน้ากลุ่มภารกิจทราบ พร้อมนำเสนอปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดจากการทำงานรวมทั้งมีวิธีการจัดการหรือแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร ซึ่งนำไปสู่การวางแผนกำลังคนให้เหมาะสมกับงานและทำให้บุคลากรเกิดความสมดุลในการทำงาน  2. มีนโยบายให้หน่วยงานที่เป็นวิชาชีพเฉพาะ มีการประเมินสมรรถนะทางเทคนิค technical competency ทุกปี โดยในแต่ละหน่วยงาน/วิชาชีพ จำเป็นจะต้องมีสมรรถนะสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญและเสี่ยงสูงที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์โควิด ได้วางแนวทางกำหนดสมรรถนะสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมกับทีมสหวิชาชีพและหน่วยควบคุมโรคติดเชื้อ กำหนดให้หน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด ต้องมีสมรรถนะในการดูแลและจัดการอย่างเป็นระบบ โดยมีทีมในการประเมินเพื่อความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน  3. มีการวางแผนดูแลบุคลากรในโรงพยาบาลเมื่อเกิดการติดเชื้อ Covid-19 , วัณโรค มีการประชุมหารือร่วมกับทีม ICC และระบาดวิทยา เรื่องความเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เป็นประจำทุกเดือน ทั้งยังมีโครงการทบทวนการทำงานและวางแผนป้องกันการเกิดการติดเชื้อเป็นประจำทุกปี อีกทั้งทีม HR ได้วางแนวทางร่วมกับทีม ICC หากมีบุคลากรติดเชื้อ ได้มีการลงไปช่วยเหลือด้านการดูแลทั้งเรื่องร่างกายและจิตใจของบุคลากรที่ติดเชื้อ การมอบกระเช้าของเยี่ยมเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจกับบุคลากรที่ติดเชื้อพร้อมทั้งสวัสดิการในการดูแลรักษาพยาบาล | |  |  |  |  |
| 23 การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน [I-5.1 ค  (2)] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  เพื่อให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดี ควรติดตามผลลัพธ์การตรวจสุขภาพ เพื่อจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ อย่างเหมาะสม วิเคราะห์ประสิทธิผลของกิจกรรมที่ดำเนินการ รวมทั้งการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว เพื่อปรับกิจกรรมให้มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  ส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรทุกคนตรวจสุขภาพประจำปี และแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้ทุกคนทราบ พร้อมแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพให้ทุกคนทราบและมีการวิเคราะห์ BMI ของบุคลากร โดยจากการสำรวจการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรในปี 2565 พบว่ามีจำนวนบุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพทั้งหมด 1,075 คน คิดเป็นร้อยละ 85.11 โดยพบว่ามีบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติมีจำนวน 450 คน คิดเป็นร้อยละ 41.86 , น้ำหนักน้อย/ผอม จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 5.48 น้ำหนักเกิน จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 17.39 และบุคลากรที่ภาวะอ้วนจำนวน 379 คน คิดเป็นร้อยละ 35.27 ซึ่งในปี2565 มีบุคลากรมีค่า BMI ที่สูง มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย และมีนโยบายส่งเสริม/สนับสนุน ร้านค้าสวัสดิการในโรงพยาบาลจัดทำเมนูสุขภาพ | |  |  |  |  |
| 24 ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน [I-5.2ก] | เพื่อพัฒนาเพิ่มความผูกพัน ความพึงพอใจของบุคลากร  1. ควรวิเคราะห์ผลสำรวจที่ได้ดำเนินการจำแนกตามกลุ่มบุคลากรต่างๆ วิเคราะห์หาปัจจัยสำคัญเพื่อนำมาใช้ตอบสนองอย่างเหมาะสมมีความจำเพาะเพิ่มมากขึ้น  2. ควรพัฒนาระบบ PMS ให้มีความแม่นยำ สามารถค้นหาส่วนขาดเพื่อใช้พัฒนาบุคลากรได้อย่างชัดเจน มีความเป็นธรรมเพื่อนำไปใช้ประเมินความดีความชอบเพิ่มมากขึ้นในประเด็น ความแม่นยำน่าเชื่อถือของการประเมิน การใช้ข้อมูล การกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลงานแต่ละตำแหน่ง รวมทั้งสามารถส่งเสริมให้เกิดการสร้างผลงานเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  1. จากการวิเคราะห์ผลสำรวจความผูกพันขององค์กร พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผูกพันขององค์กร แยกตามระยะเวลาการทำงาน บุคลากรที่ทำงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีค่าความผูกพันเฉลี่ย 66.13 และบุคลากรที่ทำงานได้ไม่ถึงปี มีค่าความผูกพันเฉลี่ย 59.64 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าถ้าบุคลากรยิ่งทำงานในองค์กรมานานจะทำให้มีความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้นตามระยะเวลาการทำงาน รวมทั้งผลจากการทำแบบประเมิน Happinometer หัวข้อความผูกพันขององค์กร พบว่าปัจจัยในเรื่องของความทุ่มเททำงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.54 รองลงมา ความภาคภูมิใจที่ได้เป็นพนักงาน/บุคลากรขององค์กร คิดเป็นร้อยละ 68.88 และสวัสดิการในเรื่องการได้ศึกษาต่อ และยังคงกลับมาทำงานอยู่ที่เดิม คิดเป็นร้อยละ 68.37  2. มีการพัฒนาระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน (PMS) โดยใช้ตามระเบียบการประเมินผลการปฏิบัติงานแต่ละประเภท (รายบุคคล) มีการกำหนดตัวชี้วัด/ผลงานที่ตรงกับลักษณะการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล โดยจะมีการประเมิน 2 ครั้ง/ปี รวมทั้งการประเมินสมรรถนะพฤติกรรมการปฏิบัติงาน โดยมีการกำหนดหัวข้อ ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์/บริการที่ดี/การสั่งสมความเชี่ยวชาญในสายอาชีพ รวมทั้งความถูกต้อง ชอบธรรม และหลักจริยธรรม ทั้งการทำงานเป็นทีม โดยสรุปผลคะแนนจากสมรรถนะรวมกัน ทั้งนี้หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน สามารถใช้หลัก KM มาใช้เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย เพื่อพัฒนาคน และพัฒนาองค์กร นอกจากการประเมินโดยหัวหน้างาน/กลุ่มงาน แล้ว คณะกรรมการบริหารจะมีวงเงินกลางในการเสริมให้กับบุคลากรที่มีผลงานดีเด่น สร้างผลงานให้กับโรงพยาบาลอีกด้วย | |  |  |  |  |
| 25 การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [I-5.2ข] | ควรกำหนด training need ให้สอดคล้องข้อมูลกลุ่มโรคสำคัญ ความเสี่ยงสำคัญ ผลการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ควรประเมินภาวะผู้นำของผู้นำ หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ วิเคราะห์ส่วนขาดเพื่อนำมาใช้พัฒนาบุคลากรระดับผู้นำได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพการนำขององค์กร |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  มีแผนการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัยโดยฝ่ายการพยาบาลและทีม PCT เพื่อทบทวนสมรรถนะที่ขาด รวมถึงสมรรถนะที่ควรมีเพื่อการพัฒนาในอนาคต เพื่อวางแผนในการส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมระยะสั้นและระยะยาว ในด้านของภาวะผู้นำได้ส่งเสริมให้มีการประเมินสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ (competency) โดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจประเมิน หัวหน้างาน/กลุ่มงาน ในปัจจุบันหน่วยงานที่ทำได้สมบูรณ์ คือ กลุ่มการพยาบาล ในการประเมินภาวะผู้นำ ทำให้นำไปสู่การวางแผนการส่งฝึกอบรมผู้บริหาร และเตรียมผู้นำในรุ่นถัดๆ ไป | |  |  |  |  |
| **I-6 การปฏิบัติการ** | |  |  |  |  |
| 26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน  การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน  ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. จากการที่โรงพยาบาลรองรับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น และเริ่มมีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางในหลายสาขา โรงพยาบาลและทีมที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอยู่ และความเสี่ยงจากกระบวนการฝึกอบรมนำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย และการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับความต้องการของผู้รับบริการ และมิติคุณภาพต่างๆ มากขึ้น เพื่อ  1.1. การจัดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ ความท้าทายของโรงพยาบาล เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นในทุกมิติ  1.2. เพิ่มศักยภาพที่จำเป็นแก่ผู้ฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ และตรงประเด็น  2. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน หรือมีหลายโรคร่วมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้น โรงพยาบาล  ร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้องควรออกแบบหรือจัดบริการที่ทำให้เกิดการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ (integrated  care หรือ multidisciplinary care) อย่างเป็นระบบ และชัดเจนมากขึ้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**   1. ทีม PCT และทีมระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ร่วมกันทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ทั้งในรูปแบบการประชุมทีม PCT และการประชุมของทีมเฉพาะด้าน ค้นหาแนวทางการวางระบบการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยจดทะเบียนเอกสารคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติด้านรักษา ระเบียบ ขั้นตอน และร่วมไปถึงการเผยแพร่ข้อมูลคู่มือต่างๆ 2. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ผู้นำออกมาตรการป้องกันการเกิด การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในสถานพยาบาล   **กรณีการรักษาปกติ** รับยากลับบ้าน โรค NCD รับยาได้ 2 ช่องทาง รพ.สต.ใกล้บ้านหรือส่งยาผ่านทางระบบไปรษณีย์  **กรณีผู้ป่วย COVID-19** จัดโซนแยกกลุ่มผู้ป่วย จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม จัดอัตรากำลังดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ  **ญาติผู้ป่วย** เฝ้าได้ 1 คนต่อผู้ป่วย 1 คน กรณีผู้ป่วย ICU งดการเฝ้าแต่ใช้ระบบ conference call แทน เพื่อให้ผู้ป่วยอุ่นใจ  **ผู้มารับบริการที่มิใช่ผู้ป่วย** มีช่องทางการประสานหลายๆ ช่องทาง เช่น LINE แอพลิเคชั่น หรือการจัดระบบบริการตามเวลาที่กำหนดตามรอบระยะเวลา  **NSO :**  ผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนจะได้รับการดูแลจากทีมที่มีศักยภาพมากขึ้น โดย   1. ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการศึกษาเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เฉพาะทางสาขาเด็กวิกฤต เฉพาะทางผู้ป่วยเด็กโรคทางเดินหายใจ 2. ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในการเป็นแหล่งฝึกโดยให้พยาบาลเป็น Preceptor ร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการที่ทันสมัยและต่อเนื่อง 3. พัฒนา PICU เต็มรูปแบบ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น | | **-** |  |  |  |
| 27 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  เพื่อให้ได้รับผลิตภัณฑ์หรือการจ้างบริการจากภายนอกที่มีคุณภาพตามที่ต้องการ ควรกำหนดคุณลักษณะเฉพาะที่ต้องการให้ชัดเจน ประเมินผลผลิตภัณฑ์หรือการจ้างบริการที่ได้รับ ดำเนินการตามข้อตกลงที่วางไว้ feedback แก่ผู้ส่ง  มอบ นำผลที่ได้มาใช้ประเมินระบบ supply chain เพื่อพัฒนา และการคัดเลือกผู้ส่งมอบที่มีคุณภาพ |  |  |  |  |
| 28 การจัดการนวัตกรรม  [I-6.1ง] |  |  |  |  |
| 29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก  [I-6.1จ] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 30 ความพร้อมสำหรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน  ต่างๆ [I-6.2ข] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  เพื่อให้สามารถดำเนินการเมื่อเกิดภัยพิบัติและเหตุฉุกเฉินได้เป็นอย่างดี ควรวิเคราะห์เหตุที่มีโอกาสเกิดให้ครอบคลุม  มากยิ่งขึ้น นำมาวางแนวทางรองรับที่ชัดเจน สื่อสารและมีการซ้อมแผนอย่างเหมาะสม |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| **ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล** | |  |  |  |  |
| **II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ** | |  |  |  |  |
| 31 ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1)(2)(3)(4)(10)] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  1. ระบบบริหารงานคุณภาพ เพื่อให้ทีมระดับต่างๆ และหน่วยงาน สามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับทิศทางและบริบทของโรงพยาบาล ทีมคุณภาพควรมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองที่ได้ทำไว้ นำมาวิเคราะห์ กำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในแต่ละระดับให้ชัดเจนมากขึ้น ร่วมกับการทบทวนผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลในมิติต่างๆ เพื่อนำมาสู่การกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพให้มีความชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดกรอบเวลาและแผนการติดตามสิ่งที่จะดำเนินการตามแผนให้ชัดเจน ซึ่งจะช่วยต่อยอดการพัฒนาคุณภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืนมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยในการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น  2. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย : ทีม PCT ควรรวบรวม สรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการทบทวนการตาย การส่งต่อ การตรวจรักษาโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ระบุประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ และนำมาปรับปรุงระบบ/กระบวนการเพื่อให้เกิดคุณภาพ และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ควรทบทวนการกำหนด KPI ในการติดตามความก้าวหน้าของระบบดูแลกลุ่มโรคสำคัญที่แต่ละสาขาวิชามุ่งเน้น ให้ครอบคลุมทั้ง pre-hospital, in-hospital, post-hospital care การ  พัฒนาที่ครอบคลุมมิติของการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู  3. การทบทวนและการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย : ทีม PCT สูตินรีเวชกรรม และทีม PCT กุมารเวชกรรม ควรใช้ประโยชน์จากข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่  อัตราการเกิด BPD ใน preterm ในปี 2562 - 2564 = 41.18, 40, 56.67% อัตราการเกิด ROP ใน preterm ในปี 2562 - 2564 = 29.41, 20, 10 % เป็นต้น นำมาทบทวนและร่วมกับพัฒนาระบบการดูแลด้านสูติกรรมและการดูแลด้านกุมารเวชกรรม เพื่อสร้างความปลอดภัยมากขึ้น  4. ระบบบริหารความเสี่ยง :  4.1. แม้ทีมจะเริ่มประเมินประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง อย่างไรก็ตามควรใช้ประโยชน์จากข้อมูลการประเมินที่ได้มาสู่การวางแผนปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยงให้ชัดเจนมากขึ้น  4.2. ทีมบริหารความเสี่ยงควรเร่งส่งเสริมความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้ PCT และหน่วยงานต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อให้แต่ละทีมสามารถค้นหา วิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญ จัดการ และติดตามความเสี่ยงของตนเองได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคจาก PCT หรือหน่วยงานต่างๆ ให้ทีมบริหารความเสี่ยงได้รับทราบและเห็นภาพรวมความเสี่ยงดังกล่าว และใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อควบคุมและจัดการความเสี่ยงร่วมกับ PCT และระบบสนับสนุนสำคัญที่เกี่ยวข้องได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น เพื่อเพิ่ม  ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และสร้างความไว้วางใจตามวิสัยทัศน์โรงพยาบาล |  | ทีม RM |  |  |
| 32 การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)] |  |  |  |  |
| 33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1)] |  |  |  |  |
| 34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(2)(3)(4)] |  |  |  |  |
| 35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1) (5)\* (6)] |  |  |  |  |
| 36 กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)(3)] |  |  |  |  |
| 37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)] \* |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  4. ระบบบริหารความเสี่ยง  4.1 ทีมได้ทบทวนประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง พบว่ามีจำนวนการการรายงานอุบัติการณ์เฉลี่ย 700-800 รายงาน/เดือน และมีบางหน่วยงานที่ไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ และบางหน่วยงานที่มีการรายงานความอุบัติการณ์ยังค้างการยืนยันและแก้ไขจากหัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงาน จำนวนมาก รวมถึงการแก้ไขในระดับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ซึ่งในช่วงปี 2564 มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 จึงทำให้การดำเนินการบริหารความเสี่ยง ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเกิดการชะลอตัว ทางคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ทบทวนและเร่งดำเนินการแก้ไขปัญหานี้โดยการจัดกิจกรรม RM Round ไปยังหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นการกระตุ้น ส่งเสริม การรายงานความเสี่ยงจากเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และทำความเข้าใจกับหัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงาน ในการเข้ายืนยันและแก้ไขความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่ถูกรายงานเข้ามาในระบบร่วมถึงการรับฟังปัญหา ข้อจำกัด และช่วยให้คำแนะนำ ทำความเข้าใจ ในกระบวนการบริหารความเสี่ยงตั้งแต่การค้นหา วิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญ จัดการ และติดตามความเสี่ยงของตนเอง ด้านของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง มีตัวแทนจากทีม PCT และหน่วยงานต่างๆได้ดำเนินการชี้แจงทำความเข้าใจ บทบาท หน้าที่ ตามกระบวนการบริหารความเสี่ยงให้ชัดเจนยิ่งขึ้น  4.2 ทีมบริหารความเสี่ยงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงที่เป็นตัวแทนจากทีม PCT ทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานต่างๆ และได้ชี้แจง ทำความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง เน้นการเชื่อมโยงข้อมูลความเสี่ยงที่สำคัญโดยเฉพาะความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคจาก PCT มาสู่ระบบงานบริหารความเสี่ยงโดยมอบหมาย Risk Owner เพื่อให้แต่ละทีมสามารถค้นหา วิเคราะห์/จัดลำดับความสำคัญ จัดการ และติดตามความเสี่ยงของตนเองได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพโดยจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk profile ) ของPCT หรือหน่วยงานนั้นๆ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงนำมาขึ้นทะเบียนความเสี่ยงของโรงพยาบาล (Risk Register) เพื่อติดตามความเสี่ยงจากแต่ละ PCT ในภาพรวม นอกจากนั้นทีมบริหารความเสี่ยงยังมุ่งเน้นการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและบุคลากรตามเข็มมุ่งของโรงพยาบาล คือ 2 P Safety และสร้างความไว้วางใจตามวิสัยทัศน์โรงพยาบาลโดยมีการประกาศนโยบายบริหารความเสี่ยงปี 2565 โดยมีรายละเอียดดังนี้  **1. นโยบายด้านยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล**  มาตรการ : กำหนดให้มีการบริหารความเสี่ยงเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล โดยการกำหนดเข็มมุ่งของโรงพยาบาลคือ 2P Safety เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและบุคลากร ดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล  **2. นโยบายการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร**  มาตรการ : ให้การดำเนินการบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานปกติ ถือเป็นหน้าที่ของทุกคน โดยไม่มีการตำหนิหรือกล่าวโทษต่อผู้รายงานหรือผู้ถูกรายงานความเสี่ยง สร้างระบบให้เจ้าหน้าที่ค้นหาหรือรายงานอุบัติการณ์/ความเสี่ยง อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทบทวนเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่รุนแรงเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ  **3. นโยบายการจัดการข้อมูลความเสี่ยงขององค์กร**  มาตรการ : กำหนดให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก (PCT) จัดทำทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง (Risk Register) โดยทบทวนความเสี่ยงที่สำคัญทุกด้านร่วมกับผู้รับผิดชอบความเสี่ยง (Risk Owner) และให้ทุกหน่วยงานมีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) เพื่อติดตาม ทบทวนมาตรการป้องกันและผลการดำเนินงาน  **4. นโยบายความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร**  มาตรการ : กำหนดประเด็นความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรที่จะไม่ยอมให้เกิดขึ้น โดยตั้งเป้าหมายเป็นศูนย์ ( Getting to Zero / Never Event) ในเหตุการณ์ดังนี้  1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ  2. การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด  3. การแพ้ยาซ้ำ | |  |  |  |  |
| **II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ** | |  |  |  |  |
| 38 ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  **องค์กรแพทย์:** ควรส่งเสริมให้เกิดบริการทางการ แพทย์ที่ได้มาตรฐานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย ร่วม  ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับแพทย์หลายสาขา เช่น acute abdomen ส่งเสริมให้แพทย์  บันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์ตามมาตรฐานของแพทยสภา ส่งเสริมกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและนำผลการทบทวนมาออกแบบปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (co-redesign) ที่สามารถสร้างความปลอดภัยและพัฒนาศักยภาพของทีมให้สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสาขาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญโดยผู้ชำนาญกว่าเพื่อกำกับมาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม Intern และแพทย์ประจำบ้านเพื่อสร้างความมั่นใจว่าการศึกษาอบรมไม่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมทั้งทบทวนระบบปรึกษาแพทย์เพื่อเป็นหลัก ประกันความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับการรักษาและสามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น  **คำแนะนำ (Suggestion)**  ทีมบริหารการพยาบาล ควรเพิ่มเติมการวิเคราะห์ภาระงานและความต้องการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างรอบด้าน เพื่อการวางแผนการเพิ่มอัตรากำลัง แผนในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อรองรับการเติบโต  ของโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น มีผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่าง  ครบวงจร และการยกระดับของโรงพยาบาลที่ได้รับอนุมัติจากแพทย์สภาให้เปิดศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาในปี 2564 |  | ทีม MSO ทีม NSO |  |  |
| 39 ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข] |  |  |  |  |
| 40 องค์กรแพทย์ [II-2.2] |  |  |  |  |
| **องค์กรแพทย์ : แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  **องค์กรพยาบาล : แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**   1. **พัฒนาการบริหารอัตรากำลังพยาบาล**     1. กำหนดและประกาศนโยบายการจัดอัตรากำลังพยาบาล    2. แต่งตั้งคณะกรรมการอัตรากำลัง    3. นำนโยบายมาทบทวนวิเคราะห์ หาแนวทางพัฒนาการจัดอัตรากำลัง    4. วางแผนและกำหนดแนวทางการจัดอัตรากำลังเช่น การจัดเวรปกติ/สัปดาห์ การจัดเวร 12 ชม/วัน การ ขอหยุด การแลกเวร การต่อเวร การผสมผสานอัตรากำลังกำหนด Job description บุคลากรแต่ละตำแหน่ง การนำระบบ Digital มาใช้พัฒนางานอัตรากำลัง    5. นำแผนสู่การปฏิบัติ นิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผลและสรุปรายงานตัวชี้วัดทุกเดือน โดยใช้ Program digital    6. วิเคราะห์ข้อมูลด้านอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปัญหาด้านอัตรากำลังพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีภาระงานสูง    7. วิเคราะห์ความพึงพอใจในงานและความผูกพันองค์กรของบุคลากรทางการพยาบาลที่สัมพันธ์กับอัตรากำลัง    8. ดำเนินการประเมินธรรมาภิบาลขององค์กรพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งอัตรากำลังในระบบ และการจัดอัตรากำลังในหอผู้ป่วยที่มีค่าภาระงานเกิน 120 2. **พัฒนาด้านสมรรถนะของพยาบาล**   2.1 ให้ความร่วมมือทางวิชาการกับวิทยาลัยพยาบาล / มหาวิทยาลัย ในเขตสุขภาพเขตสุขภาพที่ 3 และ/หรือ ที่โรงพยาบาลรับเป็นแหล่งฝึก  2.1.1 พัฒนาวิชาการพยาบาลและสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง  2.2.2 พัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะสาขา โดยการส่งอบรมหลักสูตรเฉพาะทางทุกสาขา ทุกปี  2.2.3 โครงการพัฒนาศักยภาพการวิจัยทางการพยาบาล  2.2 ส่งเสริมการอบรมทุกหลักสูตรโดยกำหนดตัวชี้วัดรายบุคคลที่ต้องผ่านการอบรมอย่างน้อย 10 วันต่อคนต่อปี  2.3 จัด COP การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานการพยาบาล เช่น การดูแลแผล ostomy บันทึกทางการพยาบาลแบบไร้เอกสาร และ IV care เป็นต้น | |  |  |  |  |
| **II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย** | |  |  |  |  |
| 41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก, ข] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  เพื่อให้เกิดการพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย พร้อมใช้  1. ทีมนำ ENV ควรติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยง ความพร้อมใช้ และตัวชี้วัดต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบงานต่างๆ กำหนดประเด็นสำคัญเพื่อการวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ  2. ควรสร้างการเรียนรู้ การกำกับติดตามการปฏิบัติและพัฒนาในเรื่องการจัดการวัสดุและสารเคมีอันตราย การตรวจสอบความพร้อมใช้ การบำรุงรักษาของเครื่องมือแพทย์ ระบบอัคคีภัย ระบบสาธารณูปโภค ระบบสนับสนุนฉุกเฉินต่างๆ |  | ทีม ENV |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  คณะกรรมการ ENV มีการติดตามอุบัติการณ์ความเสี่ยง เพื่อการพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย โดยมีการมอบหมาย คณะอนุกรรมการรับผิดชอบงานด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านโครงสร้างอาคารสถานที่ วัสดุและของเสียอันตราย ด้านการการจัดการภาวะฉุกเฉิน และการจัดการด้านอัคคีภัย ด้านการจัดการระบบการจัดการเครื่องมือแพทย์ และระบบสาธารณูปโภค ตลอดจน ด้านการจัดการของเสียและพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ  ข้อมูลที่นำมาจัดทำแผน เพื่อการพัฒนา ในประเด็น ลดความแออัด และเพื่อความสะดวกสบาย ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ได้แก่  1. ขอความร่วมมือหัวหน้าหน่วยงาน สำรวจความเสี่ยงด้านต่าง ๆ ภายในหน่วยงานตนเอง ส่งมาที่ทีม ENV  2. คณะกรรมการ ENV เยี่ยมสำรวจเชิงรุก  3. ข้อมูลจากโปรแกรมออนไลน์ (โปรแกรม RMC ครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้าง และโปรแกรม Master Cal เครื่องมือแพทย์)  รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ จัดทำแผน และมอบหมายผู้รับผิดชอบ ประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาได้แก่  1. ลดความแออัด ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีแผนการจะขยายโอพีดี และ ARI Clinic  2. ในปี 2565 มีการเปิดศูนย์มะเร็ง พบว่าจุดนั่งรออากาศร้อน อบอ้าว จะพัฒนาทางเชื่อมเดิม เป็นจุดนั่งรอ เพื่อให้มีความสะดวก สบาย ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย  3. ด้านความสะดวกสบายและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยใน ได้มีการพัฒนาขยายหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม พัฒนาห้องไอซียู พัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยหู คอ จมูก และสงฆ์อาพาธ  4. พัฒนาอาคารบริการต่าง เช่น อาคารทันตกรรม อาคารผลิตยา อาคารศูนย์เคมีบำบัด ห้องน้ำผู้ป่วยนอก  5. พัฒนาทางเดินเชื่อมระหว่างอาคารผู้ป่วยนอก ไปยังหอผู้ป่วยใน ให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด  6. พัฒนาสิ่งแวดล้อม เพิ่มพื้นที่สีเขียว สร้างจุดพักผ่อนสำหรับผู้ป่วย  7. พัฒนาระบบจราจร ปรับปรุงลานจอดรถ สำหรับผู้มารับบริการ ให้เอื้อต่อความปลอดภัย แก่ผู้มาใช้บริการ  8. พัฒนาระบบ CCTV ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดระบบการจัดการข้อมูล  ในการสร้างการเรียนรู้ สร้างการตื่นตัวและมีความตระหนักต่อสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการ ENV ได้กำหนดประเด็นปัญหาสร้างความตระหนักรู้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และจัดทำแผนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่นๆ ในท้องถิ่น เช่น ป้องกันภัยจังหวัด เทศบาลเมืองกำแพงเพชร เสริมสร้างองค์ความรู้และเทคนิควิชาการด้านสิ่งแวดล้อม แด่บุคลากรที่รับผิดชอบงาน เสริมสร้างความรู้ให้แก่ผู้ประกอบกิจการภายในโรงพยาบาล  ในการกำกับติดตามการปฏิบัติและพัฒนาการเรียนรู้ในเรื่องการจัดการวัสดุและสารเคมีอันตราย  1. ให้มีสำรวจวัสดุและสารเคมีอันตราย ทุกๆ 6 เดือน เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน และนำจัดแผนถ่ายทอดความรู้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  2. จัดทำคู่มือ แนวทางการจัดการวัสดุอันตรายและการจัดการมูลฝอยและของเสียอันตราย  3. ลงนิเทศหน่วยงานต่างๆโดยทีมอาชีวเวชกรรม  การสร้างการเรียนรู้ การกำกับติดตามการปฏิบัติและพัฒนาในเรื่องการจัดการตรวจสอบความพร้อมใช้ การบำรุงรักษาของเครื่องมือแพทย์ ระบบอัคคีภัยระบบสาธารณูปโภค ระบบสนับสนุนฉุกเฉินต่างๆ  แผนบริหารระบบสาธารณูปโภคที่สำคัญ  - ระบบไฟฟ้าประกอบด้วย เครื่องกำเนิดไฟฟ้า หม้อแปลงไฟฟ้า  - ระบบสื่อสารและกล้องวงจรปิด  - ลิฟต์โดยสาร  - เครื่องทำความเย็น/ปรับอากาศ  - โครงสร้างอาคาร  - ประปาและงานสุขาภิบาล  - ก๊าซทางการแพทย์  - ระบบระบายอากาศ  - เครื่องกำเนิดไอน้ำ  - ระบบป้องกันอัคคีภัย  กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรการแพทย์มีการจัดทำบัญชีรายการของระบบ จัดทำแผนผังระบบ จัดทำคู่มือการปฏิบัติการและแผนรองรับ  กรณีฉุกเฉิน จัดการทำแผนบำรุงรักษาและการซ่อมบำรุงจัดทำรายการตรวจสอบทุกระบบ แบบรายวัน รายสัปดาห์ รายเดือนและการบำรุงรักษาประจำปีจัดทีมช่างดำเนินการบำรุงรักษา โดยมีวิศวกรเป็นผู้ตรวจสอบติดตามประเมินผลประชุมสรุปผลการบำรุงรักษาและการซ่อมแซม เพื่อแก้ไขจุดเสี่ยง จัดทำรายงานต่อผู้บริหารเดือนละครั้ง ผู้บริหารจัดให้มีทีมเดินสำรวจติดตามความพร้อมของระบบสาธารณูปโภคและค้นหาจุดเสี่ยงเป็นระยะทุก 3 เดือน  การติดตามข้อมูลการใช้งาน ของระบบสาธารณูปโภคที่สำคัญ   * บันทึกข้อมูลการใช้ไฟฟ้าจากมิเตอร์รายเดือน เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการใช้ไฟฟ้าเพิ่ม-ลด นำมาวิเคราะห์แก้ปัญหาและการประหยัดพลังงาน * บันทึกปริมาณการใช้น้ำประปาจากมิเตอร์ประจำวัน ประเมินผล เปรียบเทียบ แก้ปัญหาเมื่อพบตัวเลขการใช้น้ำเพิ่มขึ้นผิดปรกติ * ส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ เดือนละครั้งที่ห้องแลปของโรงพยาบาล หาเชื้อแบคทีเรียประเภทโคลีฟอร์มและฟีคัลโคลีฟอร์ม จากการเก็บตัวอย่างน้ำ ต้นสาย กลางสาย และปลายสาย นำมาวิเคราะห์ผล แก้ไขปัญหาเมื่อพบเชื้อ * ตรวจสอบเครื่องปรับอากาศที่มีอายุการใช้งานเกิน 5 ปี ตรวจสภาพชุดระบายความร้อน และชุดทำความเย็น วัดค่ากระแสไฟฟ้าเพื่อเทียบกับค่าปกติของเครื่อง วัดค่าปริมาณลมผ่านคอยล์เย็น เพื่อประเมินสภาพและประสิทธิภาพความคุ้มค่า และอัตราสิ้นเปลืองพลังงานไฟฟ้า * ตรวจสอบวัดค่าอัตราการไหลของอากาศผ่านระบบกรองอากาศ HEPA ของห้องผ่าตัด เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของระบบ เตรียมแผนการปรับเปลี่ยนเมื่อถึงระยะวิกฤติ | |  |  |  |  |
| 42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และความปลอดภัยจากอัคคีภัย [II-3.1ค, ง] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. ควรวิเคราะห์เหตุภัยพิบัติและเหตุฉุกเฉินต่างๆ ให้ครอบคลุม เพื่อวางแนวทางรองรับและมีการซ้อมแผนเพื่อให้มีความพร้อมเมื่อเกิดเหตุ  2. ควรติดตามข้อมูลเครื่องมือแพทย์จากโปรแกรมจัดการเครื่องมือแพทย์ ปัญหาความไม่พร้อมใช้ต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาการจัดการเครื่องมือแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ  3. เพื่อให้สามารถพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความผาสุข การสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ ได้เป็นอย่างดี ควรติดตามประเมินผลสิ่งที่ได้ดำเนินการ เพื่อพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ |  |  |  |  |
| 43 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค [II-3.2ก, ข] |  |  |  |  |
| 44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก] |  |  |  |  |
| 45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  1.คณะกรรมการ ENV ได้วิเคราะห์ภัยพิบัติ วางแนวทาง และจะจัดซ้อมแผนเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดเหตุ ดังนี้  จังหวัดกำแพงเพชร มีแม่น้ำปิงไหลผ่าน ระยะ ทาง 104 กม และโรงพยาบาลมีสถานที่ตั้งติดกับแม่น้ำปิง  1.1 โอกาสที่จะได้รับกระทบจากอุทกภัยจากน้ำป่าไหลหลาก เนื่องจากฝนตก มีโอกาสเป็นไปได้สูง อาจเกิดผลกระทบต่อระบบบริการ จึงได้วางแนวทางเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์น้ำท่วม   1. แผนแม่บทร่วมกับหน่วยงานภายในและภายนอกที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ (Master Plan) ใช้ 2P 2R ได้แก่   P1 : Prevention (การป้องกัน)  P2 : Prepare (การเตรียมความพร้อม)  R1 : Rersponse (การเผชิญเหตุ)  R2 : Recouvery (การฟื้นฟู)   1. แผนการลำเลียงผู้ป่วย 2. แผนอพยพ 3. ศูนย์อพยพ และแผนเฉพาะกิจอื่น ๆ เช่นแผนด้านการแพทย์ และสาธารณสุข 4. แผนฟื้นฟูหลังน้ำลด   1.2 วิเคราะห์จากอุบัติการณ์ที่เกิดพายุลมแรง ในปี 2565 ส่งผลกระทบต่อการจัดการระบบสาธารณูปโภค อาคารสถานที่ คณะกรรมการจะได้วางแผนเตรียมพร้อมรับวาตภัย ซึ่งเป็นภัยที่คาดการณ์ได้และป้องกันได้ล่วงหน้า จากการติดตามข่าวสารจากกรมอุตินิยมและกรมป้องกันภัย กำหนดแผนก่อนเกิดวาตภัย ขณะเกิดวาตภัย และหลังเหตุการณ์ การเตรียมโครงสร้างการประสานงาน เครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องเตรียมพร้อม เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ และจะจัดให้มีการซ้อมแผนในลำดับต่อไป  1.3. วิเคราะห์เหตุฉุกเฉินจากอุบัติการณ์และข้อมูลจากการเยี่ยมสำรวจ จาก Risk พบเหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดนำมาจัดทำแผนและทำการซ้อมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในโรงพยาบาล ได้แก่เหตุฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้  1.3.1 เหตุฉุกเฉินจากลิฟต์โดยสาร โรงพยาบาลมีลิฟต์ทั้งหมด 16 ตัว เกิดเหตุการณ์ลิฟต์ขัดข้องมากที่สุดที่อาคาร 3 เหตุผลเนื่องจากเป็นอาคารบริการ 6 ชั้น ลิฟต์มีการใช้งานหนัก ในการโดยสาร เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์จ่ายกลาง เข็นผู้ป่วยผ่าตัด ผู้ป่วยไอซียู และเข็นขยะติดเชื้อ ทำให้เกิดลิฟต์ขัดข้องมากกว่าจุดอื่นๆ จึงได้จัดทำแผนเตรียมพร้อมสถานการณ์ฉุกเฉิน ลิฟต์ค้าง ได้แก่  1) แผนการรับแจ้งเหตุลิฟต์ขัดข้อง  2) แผนการช่วยเหลือผู้โดยสารค้างในลิฟต์  3) แผนการป้องกันไฟฟ้าดับขณะใช้ลิฟต์  4) แผนการป้องกันอัคคีภัยสำหรับการใช้ลิฟต์ (Automatic System)  5) เครื่องมือในการช่วยเปิดประตูลิฟต์  1.3.2 เหตุฉุกเฉินระบบแก๊สออกซิเจนทางการแพทย์ไม่เพียงพอ  จากอุบติการณ์ในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมายังไม่มีเหตุฉุกเฉินของระบบออกซิเจนทางการแพทย์ แต่เนื่องจากเป็นระบบที่สำคัญยิ่งต่อชีวิตผู้ป่วย  และความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ จึงได้วางแนวทาง เตรียมพร้อมรับเหตุฉุกเฉินของแก๊สออกซิเจนทางการแพทย์   1. แผนเตรียมความพร้อม   - งานวิศวกรรมการแพทย์ ตรวจเช็คระดับความดันและปริมาณก๊าซในถัง  - มีระบบออกซิเจนสำรอง และท่อสำรองพร้อมรถเข็นพร้อมใช้ ในกรณีไปป์ไลน์ขัดข้อง จำนวน 40 ท่อ   1. แผนเผชิญเหตุ ได้แก่   2.1. เกิดเพลิงไหม้ (ใกล้บริเวณถังออกซิเจนเหลว)  2.2. กรณีถังออกซิเจนเหลวเกิดการรั่วไหล  2.3. กรณีเส้นท่อจ่ายเกิดการรั่วไหล  2.4 การปฐมพยาบาลเบื้องต้น  3) แผนซ่อมแซมให้สามารถใช้งานได้ตามปกติ  สรุปหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข  รวบรวมข้อมูลรายชื่อ เบอร์โทรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริษัทผู้จำหน่าย ออกซิเจนเหลว บริษัทส่งท่อออกซิเจนเหลว สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดกำแพงเพชร ดับเพลิงเทศบาลกำแพงเพชร ดับเพลิงเทศบาลนครชุม ดับเพลิงองค์การบริหารส่วนตำบลนครชุม และ เบอร์โทร สถานีตำรวจภูธรเมืองกำแพงเพชร  1.3.3 เหตุฉุกเฉินกลุ่มวัยรุ่นทะเลาะวิวาทในโรงพยาบาล  อุบัติการณ์ 3 ปีย้อนหลัง เกิดเหตุการณ์วัยรุ่นทะเลาะวิวาท 1 ครั้ง เนื่องจากเป็นเหตุฉุกเฉินที่เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจเจ้าหน้าที่ และต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก จึงได้จัดทำแผน เตรียมรับสถานการณ์วัยรุ่นทะเลาะวิวาท บริเวณทางเข้าอาคารผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีหน่วยงานภายนอกร่วมซ้อม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจจาก สถานีตำรวจเมืองกำแพงเพชร และมูลนิธิกู้ภัย โดยจำลองสถานการณ์และคลี่คลายสถานการณ์ได้ทันท่วงที  การสร้างการเรียนรู้ ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน  มีการจัดอบรมหลักสูตรบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทีมตอบโต้เหตุฉุกเฉิน (ERT-ICS) “ERT : Emergency Response Team ระบบจัดการได้ทันทีในวินาทีแรก ก่อนที่มืออาชีพจะมาถึง โดยวิทยากรจากสมาคมการดับเพลิงและช่วยชีวิต FARA : Fire and Reseve Association” มีการซ้อมแผนฉุกเฉิน Evacuation Drill มาตรฐาน Asia – SHE – HA   1. เตรียมบุคลากรเพื่อสร้างทีมวิทยาการภายในเพื่อนำมาถ่ายทอดความรู้และฝึกซ้อมแผน โดยส่งอบรมหลักสูตร จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 6 คน 2. ส่งบุคลากรซ้อมแผนอัคคีภัย (ERT Forum) 3. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ERT 4. จัดอบรมซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย ในกรณีที่มีผู้ป่วยโควิค ในโรงพยาบาล ในวันที่ 23 – 24 มิถุนายน 2565 โดยทีมวิทยากรจากสภา ERT ประเทศไทย   แผนดำเนินการ  1.) จัดตั้งศูนย์ความปลอดภัย ในโรงพยาบาล ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการ ERT  2.) ERT Round หน่วยงาน  3.) ส่งอบรม ครู ก.  4.) จัดอบรม ERT รุ่นที่ 4  5.) จัดซ้อมแผนรับเหตุฉุกเฉินสำรวจความเสี่ยงเชิงรุก  6.) จัดหาอุปกรณ์  7.) ส่งบุคลากรอบรมกับทีมงานของ FARA  2. การติดตามข้อมูลเครื่องมือแพทย์จากโปรแกรมจัดการเครื่องมือแพทย์ ปัญหาความไม่พร้อมใช้ต่างๆวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาการจัดการเครื่องมือแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ  ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า  ปัญหาความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ เกิดจากเครื่องมือที่ชำรุดส่วนใหญ่เป็นเครื่องมือที่มีอายุการใช้งานเกินกว่า 10 ปี มีการซ่อมซ้ำสูง ทำการเก็บข้อมูลเครื่องมือที่มีอายุการใช้งานนาน เกินกว่า 10 ปี ในแต่ละชนิดเครื่องมือ ทำการประเมินเก็บสถิติการชำรุดและการเสื่อมสภาพของอุปกรณ์ภายในเครื่องเพื่อเป็นแผนการดำเนินการบริหารเครื่องมือให้เพียงพอ  แผนภูมิวงกลม ที่ 1 เปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์กลุ่มเครื่องมือแพทย์ชำรุด  กราฟเส้น ที่ 2 แสดงปริมาณงานซ่อมเครื่องมือแพทย์รายปี  จากกราฟเส้นที่ 2 วิเคราะห์ได้ว่าปริมาณงานซ่อมมีแนวโน้มลดลงเกิดจากส่วนหนึ่งมีระบบการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและจากส่วนหนึ่งได้ทำการซื้อเครื่องมือใหม่มาทดแทนเครื่องมือเดิมที่ชำรุดจากอายุการใช้งานที่มากเกินกว่า 10 ปีขึ้นไปและไม่มีอะไหล่ในการซ่อมแซมแล้ว และจากการตรวจสอบเป็นรายการซ่อมแล้ว ปริมาณเครื่องมือที่ไม่พร้อมใช้งาน ในเครื่องที่มีอายุไม่เกิน 5 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นอุปกรณ์ประกอบสำหรับใช้งานมีการชำรุด เช่น สายสัญญาณวัดค่าต่าง ๆ Cuff bpจึงต้องมีการบำรุงรักษาให้ครอบคลุมและมีอะไหล่สำรองประเภทสายสัญญาณหรือ Cuff bp เพื่อเปลี่ยนได้ทันที ส่วนเครื่องที่ชำรุดไม่สามารถซ่อมได้ส่วนใหญ่อายุเกินกว่า 10 ปี มีการจัดซื้อทดแทนและเพิ่มเติมเพื่อให้เพียงพอต่อปริมาณคนไข้ที่เพิ่มขึ้น เช่น จัดซื้อเครื่องช่วยหายใจควบคุมด้วยปริมาตร จำนวน 13 เครื่อง ในปีงบประมาณ 2564, จำนวน 6 เครื่องในปีงบประมาณ 2565 จัดซื้อเครื่องติดตามสัญญาณชีพ จำนวน 35 เครื่อง ในปีงบประมาณ 2564,จำนวน 12 เครื่องในปี 2565 จัดซื้อเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ จำนวน 24 เครื่อง เพื่อให้เครื่องมือมีความเพียงพอและพร้อมใช้งาน  3.เพื่อให้สามารถพัฒนาการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความผาสุก การสร้างเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ ได้เป็นอย่างดี ได้ติดตามประเมินผลสิ่งที่ได้ดำเนินการ เพื่อพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ศึกษา ประเมินความพึงพอใจ ผู้ที่มารับบริการ พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุดในด้าน เขตพื้นที่ปลอดบุหรี่ ปลอดเครื่องดื่ม ร้อยละ 76.5 ผู้รับบริการมีความพึงพอใจปานกลาง ในด้านการจัดสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลร้อยละ72.5ด้านบรรยากาศเอื้ออำนวยต่อการเข้ารับบริการร้อยละ63.0 ด้านการจัดพื้นที่พักผ่อนให้กับญาติ หรือผู้ใช้บริการร้อยละ 62.0 ด้านจัดเป็นระเบียบเหมาะสมให้การเข้าใช้บริการมีความสวย เป็นธรรมชาติเหมาะสมให้การเข้าใช้บริการ ให้ความรู้สึกผ่อนคลายมีความสะดวกแก่การใช้บริการร้อยละ 71.0ด้านมีความปลอดภัยด้านสุขาภิบาลร้อยละ73.5 และการพัฒนาด้านการเสริมสร้างความรู้โดยการติดบอร์ด ป้ายประชาสัมพันธ์ วิธีป้องกัน การดูแลสุขภาพ หน้าทางเข้าคลินิกและทางเดินภายในโรงพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการได้อ่าน ศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ของผู้รับบริการเอง ให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านการป้องกันเพิ่มขึ้น ร้อยละ69.5 ซึ่งอยู่ในระดับ ความพอใจปานกลาง  ผลการประเมินสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลมี ข้อเสนอแนะจากผู้รับบริการด้านห้องสุขาควรมีความสะอาดกว่าปัจจุบัน การจัดสรรบริการในระดับต่างๆ ทำให้สิ่งแวดล้อมโดยรวมต่ำไปด้วย ควรจัดสิ่งแวดล้อมภายใน ภายนอกให้มีความสะดวกมากกว่านี้ และควรเพิ่มเจ้าหน้าที่ดูแลและบริการ  โรงพยาบาลได้ดูแล ส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ จากการสำรวจพบว่า บุคลากรได้รับการฉีดวัคซีน COVID – 19 ครบ แบ่งเป็น เข็ม 1 ร้อยละ 83.28 เข็ม 3 ร้อยละ 12.13 เข็ม 2 ร้อยละ 4.45 และ 1 เข็ม ร้อยละ 0.13  สำหรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ได้รับการฉีดวัคซีน ร้อยละ 73.81 ในปี 2564 ร้อยละ 90.31 ในปี 2563 และร้อยละ 80.06 ในปี 2562 สำหรับปี 2565 ได้วางแผนเตรียมการฉีดในเดือน กรกฎาคม 2565  ผลการดำเนินงานพัฒนาปรับปรุงสถานที่เพื่อความผาสุก และสร้างเสริมการเรียนรู้  - ติด Wallpaper ผนังเอกลักษณ์ของเมืองกำแพงเพชร น้ำตกคลองลาน ลานหน้าหอผู้ป่วย หู คอ จมูก หน้าหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 7 – 8 และ หน่วยงานไตเทียม  - หอผู้ป่วยพิเศษ มีการปรับปรุงภายในด้านมัณฑนศิลป์ เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และความเป็นส่วนตัว โดยงบประมาณ จากเงินบริจาคที่มีหลายภาคส่วน มีส่วนร่วม  - มีแผน ขยาย OPD เพื่อลดความแออัด  - แผนปรับปรุงตึกพิเศษ (ตึก 7) ปรับปรุงเฟอร์นิเจอร์และครุภัณฑ์ภายในให้มีความทันสมัย  - ปรับปรุงระบบระบายน้ำเสียคลินิกหมอครอบครัว  - มีการปรับปรุงที่จอดรถสำหรับประชาชน  - การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการด้านสิ่งแวดล้อม  - มีการจัดสถานที่อำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ ที่ได้รับวัคซีน | |  |  |  |  |
| **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ** | |  |  |  |  |
| 46 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. ควรเชื่อมโยงข้อมูลการติดเชื้อที่นำไปสู่การเกิดภาวะ sepsis ที่เป็นภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้เห็นประเด็นโอกาสพัฒนาที่มีความชัดเจน นำไปสู่การออกแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีอัตราเสียชีวิตค่อนข้างสูงของโรงพยาบาลอย่างตรงประเด็น และครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อสำคัญที่เป็นสาเหตุของ sepsis ทั้งในชุมชน และในโรงพยาบาล การดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ sepsis กระบวนการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะ sepsis เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่ดีขึ้นและอัตราเสียชีวิตลดลง  2. ทีม IC ควรประสานทีม CLT ต่างๆ ในการร่วมจัดทำแผน/แนวทางการป้องกันการติดเชื้อของแต่ละ CLT ที่สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วย หัตถการ เช่น การ pneumonia การป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด เป็นต้น นำมาสื่อสารให้ปฏิบัติอย่างเข้าใจ พร้อมระบบการติดตามประเมินการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม |  | ทีม IC |  |  |
| 47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข] |  |  |  |  |
| 48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก] |  |  |  |  |
| 49 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข] \* |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  1.จากการทบทวนข้อมูลโดยการใช้ Antibiogram แยกข้อมูล CI,HAI ตำแหน่งของการติดเชื้อ และหน่วยงานที่พบการติดเชื้อ จึงมีแผนการดำเนินงานเพื่อเสนอข้อมูลดังกล่าวกลให้แต่ละ PCT เพื่อจัดทำแนวทางการป้องกันภาวะ sepsis โดยแต่ละ PCT มีแผนการดำเนินงานดังนี้   * PCT อายุรกรรมพบว่า การติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของ Sepsis ได้แก่ Pneumonia PCT อายุรกรรมจึงได้ดำเนินการจัดทำโครงการอบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้นิเทศชุมชนเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างเครือข่ายและ PCC อำเภอเมืองกำแพงเพชร และโรงพยาบาลเครือข่ายระดับจังหวัดกำแพงเพชร ประจำปี 2565 โดยมีเป้าหมายลดอัตราตาย   < 26%   * PCT ศัลยกรรม การติดเชื้อส่วนใหญ่ที่เป็นสาเหตุของ Sepsis ได้แก่ Necrotizing Fasciitis และ Intraabdominal infection และมีอัตราการเสียชีวิตสูง ทบทวนกระบวนการดูแลพบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัด Remove source ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม และผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างการดูแล ได้ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับอายุรกรรม พัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้พยาบาลแผนกศัลยกรรมให้ครบ 100% พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้เพื่อพัฒนางานโดยมีเป้าหมายลดอัตราตาย < 40% และมีแผนจัดทำโครงการให้ความรู้และสุขศึกษาจัดทำสื่อสุขศึกษาเชิงรุกในประชาชนและกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง * PCT เด็กมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Neonatal sepsis โดยมีระบบ Fast tract case จาก LR OR และ รพช. มีการประเมินความเสี่ยงตั้งแต่ก่อนคลอด และหลังคลอดโดยการใช้ Early warning sign * PCT สูติ-นรีเวชกรรม มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เข้า criteria sepsis ตาม guideline ของแผนกอายุรกรรมและในกรณีที่ case มีความซับซ้อนจะมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกับอายุรแพทย์ ทั้งนี้ในปี 2565ไม่มีอุบัติการณ์ case sepsis   2.จากการทบทวนการติดเชื้อแผลผ่าตัดรายหัตถการ ในปี 2565 (ต.ค.-เม.ย.2565) พบว่ามีการติดเชื้อแผลผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกเป็นจำนวน 6 ราย จึงได้ทบทวนร่วมกับ PCT ศัลยกรรมกระดูก โดยได้ทบทวนข้อมูลจากแบบฟอร์มเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดแบบหัตถการ และทบทวนแนวทางปฏิบัติ SSI Bundle ประเด็นปัญหาที่พบ ได้แก่ การได้รับยาต้านจุลชีพก่อนผ่าตัดที่ไม่ได้ตามเวลา แผนการพัฒนาจัดทำแนวทางปฏิบัติเรื่องการใช้ ABO Prophylaxis และประกาศใช้ทั้งโรงพยาบาล   * มีแผนทบทวนการเกิด Pneumonia (HAP) ในโรงพยาบาลโดย ICN เก็บรวบรวมข้อมูล (อยู่ในระหว่างการจัดเก็บข้อมูล)   Road map IC to react.5   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | กำหนด | การวางแผน | การปฏิบัติ | หมายเหตุ | | มิถุนายน- กรกฎาคม 2565 | เตรียมความพร้อม ดำเนินการตามมาตรฐาน ฉบับ ที่ 5 |  |  | | ตุลาคม 2565 | สรุปผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมา  วางแนวทางการปฏิบัติปีต่อไป | อัตราติดเชื้อ  ตัวชี้วัด |  | | พฤศจิกายน 2565 | ประชุม คณะ กก. สรุป นโยบาย การดำเนินงาน |  |  | | ธันวาคม 2565 | รับการเยี่ยมสำรวจจากสรพ. |  |  | | มกราคม-กุมภาพันธ์ 2566 | สรุปผลการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะหลังการเยี่ยมสำรวจ |  |  | | มีนาคม 2566 | สำรวจความชุกและประเมินประสิทธิภาพ |  |  | | เมษายน-พฤษภาคม 2566 | ประชุม คณะ กก.เตรียมความพร้อมก่อนรับการ React.ครั้งที่ 5 |  |  | | มิถุนายน-กรกฎาคม 2566 | รับการประเมิน React.ครั้งที่ 5 |  |  | | |  |  |  |  |
| **II-5 ระบบเวชระเบียน** | |  |  |  |  |
| 50 ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  เพื่อให้ระบบเวชระเบียนมีความถูกต้อง ปลอดภัย พร้อมใช้  1. ควรพัฒนาการบันทึกรหัสโรค รหัสหัตถการ ให้มีความถูกต้อง แม่นยำ จากการวินิจฉัยและการบันทึกที่ชัดเจน ครบถ้วน ครอบคลุม เมื่อนำข้อมูลไปประมวลจัดทำข้อมูลสารสนเทศต่างๆ จะได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้เป็นอย่างดี  2. ควรติดตามการปฏิบัติเพื่อรักษาความลับข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม OSCC เพื่อพัฒนาให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ  3. ควรพัฒนาให้สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่องได้ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายไม่ทำงาน |  | ทีม  เวชระเบียน |  |  |
| 51 เวชระเบียนผู้ป่วย [II-5.2] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  ข้อ 1. – เจ้าพนักงานเวชสถิติเข้าร่วมอบรมแนวทางการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ ซึ่งจัดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 3  นครสวรรค์ ตามรอบการฝึกอบรม / ทบทวนความเข้าใจให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันและได้มาตรฐาน   * ใช้การเชื่อมโยงข้อมูล (Data flow) และการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ของระบบสารสนเทศช่วยทำให้คำวินิจฉัยถูกประมวลเป็นการสรุปเวชระเบียนที่แม่นยำและครบถ้วน * มีการสุ่มตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนโดยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรบอย่างน้อย คิดเป็นร้อยละ 4 ของเวชระเบียนทั้งหมดในโรงพยาบาล * การมีส่วนร่วมของพยาบาลในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ร่วมตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในทุกสัปดาห์   ข้อ 2. – มีการเก็บข้อมูลในระบบสารสนเทศ ผู้เข้าถึงข้อมูลต้องมีรหัสผ่าน ผู้อนุมัติการเข้าถึงข้อมูลคือคณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศ  ข้อ 3. – จากการประชุมของคณะกรรมการเทคโนโลยีสารเทศมีแผนจะสำรองข้อมูลผู้มารับบริการทั้งหมดเก็บไว้บน cloud เพื่อที่ว่าเมื่อเกิดเหตุ  ฉุกเฉิน ระบบคอมพิวเตอร์หรือเครือข่ายล้มเหลว จะยังสามารถให้บริการที่ต่อเนื่องได้ | |  |  |  |  |
| **II-6 ระบบการจัดการด้านยา** | |  |  |  |  |
| 52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก] \* | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  เพื่อให้เกิดการใช้ยาที่มีความถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย  1. ทีมนำระบบยาควรติดตามการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางต่างๆ ของระบบยา ติดตามข้อมูลต่างๆ รวมทั้งตัวชี้วัดต่างๆ ของระบบยาโดยมีการประชุมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดประเด็นสำคัญนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ  2. ควรสื่อสาร สร้างความเข้าใจ และส่งเสริมให้เกิดการรายงานข้อมูล medication error อย่างต่อเนื่อง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแนวทางป้องกันที่ชัดเจนรัดกุมสำหรับเหตุที่มีผลกระทบรุนแรง และเหตุที่เป็น potential error ที่จะมีผลกระทบรุนแรงเมื่อหลุดไปถึงผู้ป่วย เช่น prescribing error เป็นต้น รวมทั้งติดตามข้อมูล ADR/ADE ที่เกิด และส่งเสริมการเฝ้าระวัง ADR type A นำข้อมูลที่ได้มาใช้วางแนวทางให้มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น เช่น การดักจับอาการที่รวดเร็ว  การเฝ้าระวังเมื่อมีการใช้ยา การวางแนวทางการป้องกันการแพ้ยาข้ามกลุ่ม การป้องกัน preventable ADR เป็นต้น พัฒนา การใช้ยา high alert drug ให้ไม่เกิดการบริหารยาผิดพลาด และลดการเกิด ADE รุนแรง โดยมีการติดตามสัญญาณเตือนที่สำคัญดักจับปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีการบริหารยาอย่างเหมาะสมไม่เกิด phlebitis |  | ทีม MMS |  |  |
| 53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา [II-6.1 ข,ค] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  1.ปรับคณะกรรมการ คณะทำงาน (Medication error, ADRs) เพื่อติดตามข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอคณะกรรมการระบบยา Lead team ทีมที่เกี่ยวข้อง และกำหนดตารางการลงเยี่ยมทีมเพื่อติดตามการปฏิบัติตามนโยบายทุก 4 เดือน  2.ทีมนำประกาศนโยบายด้านยา และติดตามตัวชี้วัดให้เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น นโยบาย Set Zero เรื่องการแพ้ยาซ้ำ เป็นต้น  3. ทีมระบบยาทบทวนข้อมูลการเกิด ADR type A และ ADE ที่ป้องกันได้ เช่น phlebitis เพื่อจัดทำแนวทางการป้องกันการเกิด และสื่อสารให้ทีมที่เกี่ยวข้อง | |  |  |  |  |
| 54 การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง [II-6.2 ก] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. ควรพัฒนาระบบ medication reconciliation ผู้ป่วยในให้มีการ verified clarified ยาเดิมที่ครอบคลุม โดยเภสัชกร ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการสื่อสารที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ไม่ซ้ำซ้อน ไม่เกิด drug interaction  2. ควรส่งเสริมให้เภสัชกรเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมเพื่อการคัดกรองการสั่งใช้ยาได้อย่างครอบคลุม  3. ควรพัฒนาการติดตามประสิทธิผลและความปลอดภัยหลังมีการบริหารยาที่สำคัญต่างๆ ให้กับผู้ป่วย เพื่อการปรับเปลี่ยนการรักษาได้อย่างเหมาะสม ควรติดตามและพัฒนาการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาตามคำสั่งแพทย์ต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการเช่น stat dose คำสั่งแพทย์ใหม่ การบริหารยาตามรอบ 4, 6.8, 12, 24 ชั่วโมง การเตรียมยา การบดผสมยา การบริหารยาที่มี Incompatibility การบันทึกบริหารแบบ real time  4. ควรติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ กลุ่มที่มีปัญหาทำให้เกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จากข้อมูล antibiogram เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้สามารถลดการเกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน |  |  |  |  |
| 55 การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย  และส่งมอบยา [II-6.2 ข] |  |  |  |  |
| 56 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  1.จัดทำ medication reconciliation ตั้งแต่แรกรับกรณีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลที่มีประวัติรับยาที่ รพ.กำแพงเพชร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งจากข้อมูลพบว่ามีความคลาดเคลื่อนกรณีไม่สั่งยาโรคเรื้อรังเดิมผู้ป่วยเมื่อมานอนโรงพยาบาล  2.คัดกรองการสั่งใช้ยาผู้ป่วย โดยผู้ป่วยนอกใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเอง และ ผู้ป่วยในใช้ programme PharMS เพื่อให้เภสัชกรเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้มากขึ้น และกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่คัดกรองการสั่งใช้ยาในช่วงเริ่มต้น เช่นผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น  3.ทบทวนแนวทางการบริหารยา ร่วมกับทีมแพทย์ และพยาบาล เช่น การบริหารยา HAD, การบันทึกบริหารแบบ real time และติดตามผลการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการระบบยาของแต่ละหอผู้ป่วย  4. จัดทำ antibiogram ให้เป็นปัจจุบันและรายงานทุก 3 เดือนเพื่อให้แพทย์ใช้เป็นแนวทางการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ | |  |  |  |  |
| **II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ** | |  |  |  |  |
| 61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  ควรนำข้อมูลที่น่าสนใจที่มีอยู่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มาใช้ประโยชน์มากขึ้น เช่น TB,  road traffic injury, pneumonia เป็นต้น นำมาสู่การทบทวนนโยบายให้มีการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น |  | ทีม DHS |  |  |
| แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ   1. วิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยวัณโรค(รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ)มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นและมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงขึ้น 2. ประชุมคณะทำงานและประสานผู้รับผิดชอบงานวัณโรคเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดำเนินงานโครงการค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 3. ตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้สูงอายุ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน แรงงานต่างด้าว ผู้ต้องขัง โดยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ในชุมชนเครือข่ายอำเภอเมืองกำแพงเพชร และเรือนจำกลางกำแพงเพชร ร่วมกับทำโครงการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับวัณโรคเพื่อเฝ้าระวังอาการและดูแลตนเองอย่างถูกต้อง 4. ประสานคลินิกวัณโรคและห้องชันสูตรโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อรองรับการตรวจเสมหะในช่วงติดตามมารับการรักษาต่อเนื่อง เมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง 5. ติดตามผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ได้รับการรักษาและนิเทศติดตามเยี่ยมบ้านและกำกับผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ 6. ชี้จุดเสี่ยงบนท้องถนนในชุมชน ร่วมกับกรมควบคุมโรค และการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนในชุมชน มีการจัดทำป้ายเตือน ในช่วงเทศกาล   ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน (Health literacy)เกี่ยวกับวัณโรค,road traffic injury, pneumonia และโรคที่เป็นปัญหาในชุมชน ผ่านระบบ 3 หมอ(อาสาสมัครสาธารณสุข หมอสาธารณสุข หมอเวชปฏิบัติครอบครัว) | |  |  |  |  |
| **II-9 การท างานกับชุมชน** | |  |  |  |  |
| 62 การท างานกับชุมชน [II-9] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  จากข้อมูลสุขภาพพบผู้ป่วย stroke, sepsis, STEMI เพิ่มขึ้น และมีประเด็นของการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า ควรวิเคราะห์ข้อ  มูลดังกล่าว เพื่อนำมาทบทวนกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ pre-hospital มีการคืนข้อมูลชุมชน เพื่อร่วมกันออกแบบระบบการจัดการที่ตอบปัญหาได้ตรงประเด็นมากขึ้น |  | ทีม COM |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**   1. ส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนสร้างความตระหนักเรื่องการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิด สามารถตรวจจับความผิดปกติของโรคได้รวดเร็ว โดยบูรณาการผ่านระบบ 3 หมอ 2. พัฒนาความเข้มแข็งด้านการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยผ่านแกนนำ ผู้นำชุมชน และอสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน การเกิดโรคและหากพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรค สามารถให้ความช่วยเหลืออย่างทันต่อสถานการณ์ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน 3. องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization) ผ่านเวทีประชาคมชุมชน เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ 4. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรอง CVD risk 5. พัฒนาระบบการสื่อสารการส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง 6. จัดทำโครงการ ลดปัจจัยเสี่ยง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ไขมัน เช่น โครงการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนไข้เบาหวานโดยวิธีการ Self-Monitoring Blood Glucose(SMBG) และโครงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7. มีระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมหมอครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ (Family Care Team) ร่วมกับผู้ดูแลในชุมชน (Care Giver) และครอบครัว 8. มีการคืนข้อมูลสุขภาพกลับสู่ชุมชน เพื่อวางแผนการดำเนินงานต่อไป 9. มีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน (Smart COC) และระบบฐานข้อมูล eVMR เชื่อมระหว่างโปรแกรม HosPCU และ HosXP 10. ดำเนินการ early warning sign of sepsis ในคลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster:PCC) โดยร่วมกันทำงานผ่านระบบ 3 หมอและแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม | |  |  |  |  |
| **ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย** | |  |  |  |  |
| **III- 2 การประเมินผู้ป่วย** | |  |  |  |  |
| 65 การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการ  วินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  ควรส่งเสริมให้ทีมนำทางคลินิก องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมองค์รวม กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการประเมิน ประเมินซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ให้สอดคล้องกับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนของโรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ควรทบทวนการใช้ CPG ที่ทันสมัยเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ควรมีระบบการทบทวนเหตุการณ์สำคัญอย่างต่อเนื่องร่วมกับเครือข่าย เช่น missed หรือ delay diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ fast track trauma, STEMI เพื่อนำไปปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย และสร้างการเรียนรู้อย่างเป็นระบบแก่ทั้งทีมโดยเฉพาะแพทย์เพิ่มพูนทักษะ |  |  |  |  |
| 66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] \* |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  **องค์กรแพทย์**  **องค์กรพยาบาล**   1. ทบทวนการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งการพยาบาลที่ครอบคลุมองค์รวม และมิติสุขภาพ 2. ส่งเสริมการนิเทศเชิงคลินิก และการทบทวนการพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ C3ther ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 3. จัดให้มีการทบทวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยไม่ได้วางแผนทุกรายและนำผลการทบทวนมาวิเคราะห์หาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันร่วมกับทีมสหสาขา 4. ส่งเสริมให้ทบทวนปรับปรุง CNPG ให้ทันสมัยคลอบคลุมประเด็นความต้องการของผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ 5 โรคหลักในหน่วยงาน แนวทางปฏิบัติงานของพยาบาลในคลินิกเคมีบำบัด แนวทางการพยาบาลโรคมะเร็งเต้านม แนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Stroke, STEMI และ Sepsis | |  |  |  |  |
| **III-3 การวางแผน** | |  |  |  |  |
| 67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีมากขึ้น ทีมดูแลผู้ป่วยควรส่งเสริมให้เกิดการทบทวนความสำเร็จตามแผนการดูแลแต่ละระยะโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเหมาะสม และร่วมกันปรับแผนการดูแลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกของผู้ป่วย และส่งเสริมการทบทวนและใช้ความรู้ทางคลินิกที่ทันสมัยมาสู่การปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้ทำไว้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม |  |  |  |  |
| 68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  **องค์กรพยาบาล**  องค์กรพยาบาลจะส่งเสริมให้เกิดการทบทวนความสำเร็จตามแผนการดูแลแต่ละระยะเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีมากขึ้น โดย   1. การจัดตั้งกลุ่ม COP แลกเปลี่ยนเรียนรู้การประสบผลสำเร็จทางการดูแลผู้ป่วยทั้งในทีม PCT และทีม QA และนำผลของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มาปรับแผนการดูแลผู้ป่วย 2. ส่งเสริมโครงการ Set Zero เพิ่มมากขึ้นนอกเหนือจาก การให้เลือดผิดหมู่ ผิดคนผิดชนิด การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่ง และการแพ้ยาซ้ำ | |  |  |  |  |
| **III-4 การดูแลผู้ป่วย** | |  |  |  |  |
| 69 การดูแลทั่วไป [III-4.1] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง กำลังก้าวหน้าไปสู่ excellence center ต้องมีคนไข้ซับซ้อน (complex adaptive system) ทีมแพทย์ควรเป็นผู้นำร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ออกแบบระบบเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เช่น EWS, critical communication, hand over communication การกำกับแพทย์เพิ่มพูน และควรร่วมกันทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ กำหนดปัญหาการดูแลที่สำคัญให้ชัดเจน นำมาสู่การปรับกระบวนการ เพื่อลดอุปสรรคการเข้าถึงโดยเฉพาะการเข้าถึง ICU ปรับแผนการดูแลที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมเพิ่มสมรรถนะให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังด้วยการใช้ทักษะของวิชาชีพที่สามารถตัดสินใจในการรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีคุณภาพและความปลอดภัย |  |  |  |  |
| 70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2] |  |  |  |  |
| 71 การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก] |  |  |  |  |
| 72 การผ่าตัด [III-4.3 ข] \* |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 73 อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  อาหารและโภชนบำบัด: เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับอาหารที่มีความเหมาะสม ส่งผลต่อผลลัพธ์การรักษาที่ดี ควรเพิ่มการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการจัดอาหารให้มีความเหมาะสมเฉพาะราย ติดตามประเมินต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยน ให้บรรลุเป้าหมายโภชนาการที่ต้องการส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี ควรวิเคราะห์ข้อมูลการปนเปื้อนเชื้อในอาหาร มือผู้สัมผัส และภาชนะต่างๆ เพื่อปรับปรุงให้มีผลลัพธ์ที่ดี |  |  |  |  |
| 74 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง] |  |  |  |  |
| 75 การจัดการความปวด [III-4.3 จ] |  |  |  |  |
| 76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ] |  |  |  |  |
| 77 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| **III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว** | |  |  |  |  |
| 78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  ควรส่งเสริมให้ทีมดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขาติดตามผลหลังการให้ข้อมูล/จัดกิจกรรมเสริมพลังในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและมีการเชื่อมโยงข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านจากทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับวิธีการที่เหมาะสม |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**  **องค์กรพยาบาล**  องค์กรพยาบาลจะส่งเสริมให้ทีมดูแลผู้ป่วยในแต่ละสาขาติดตามผลหลังการให้ข้อมูล/จัดกิจกรรมเสริมพลังในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายและมีการเชื่อมโยงข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (หลอดเลือดสมอง มะเร็ง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง) และกลุ่มผู้ป่วย Palliative care | |  |  |  |  |
| **III-6 การดูแลต่อเนื่อง** | |  |  |  |  |
| 79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6] | **คำแนะนำ (Suggestion)**  1. จากที่ทีมมีการติดตามความครอบคลุมของการเยี่ยมบ้านไว้แล้วนั้น เห็นควรให้ทบทวนการกำหนดเป้าหมายและการติดตามผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในแต่ละราย/แต่ละกลุ่มโรคสำคัญ รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงและบูรณาการของสหวิชาชีพที่เพิ่มขึ้น  2. ควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากการทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลของการส่งต่อ (refer in) ในกลุ่มโรคสำคัญมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย รพ.สต. PCC โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่ายทั้งด้านคุณภาพการวินิจฉัย การดูแลก่อนการส่งต่อ ระหว่างการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัย |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ**   1. ติดตามผลลัพธ์ของการเยี่ยมบ้านและมีการวิเคราะห์ข้อมูลแยกตามกลุ่มโรคสำคัญ และคืนข้อมูลให้กับแต่ละทีมนำด้านคลินิกในโรงพยาบาล(Patient care team:PCT) 2. ประสานเชื่อมโยงของทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในเครือข่าย 3. วิเคราะห์ข้อมูล refer in กลุ่มโรคสำคัญจากเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) คลินิกหมอครอบครัว(Primary care cluster:PCC) และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นลูกข่าย 4. วางแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญที่มีการส่งต่อมากที่สุด | |  |  |  |  |
| **ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ** | |  |  |  |  |
| **IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ** | |  |  |  |  |
| **(1) ตัววัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย** | |  |  |  |  |
| 80 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวม [IV-1, III] | ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในภาพรวมยังมีโอกาสพัฒนา เช่น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งหมด อัตราการเสียชีวิตของ  ผู้ป่วยฉุกเฉิน อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke, STEMI, sepsis, pneumonia มารดาและทารก เป็นต้น และ  ผลการรักษาในกลุ่มเรื้อรัง NCD เช่น อัตราการควบคุม ระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน อัตราการควบคุมความดัน  โลหิตสูง เป็นต้น ควรทบทวน วิเคราะห์ข้อมูล นำไปปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ผลลัพธ์ดีขึ้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 81 ผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ [IV-1,  III-1] | **ข้อเสนอแนะ (Recommendation)**  อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มผู้ป่วยสำคัญตามบริบทของโรงพยาบาลบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ป่วย fast track trauma ที่ต้องได้รับการผ่าตัด มีระยะเวลารอคอยเข้าห้องผ่าตัดเพิ่มขึ้น (2563 – 2564 = 74, 94 นาที) ทีมที่เกี่ยวข้องควรทบทวนกระบวนการดูแล เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นอกเหนือไปจากการรอผลตรวจ COVID-19 นำมาปรับกระบวนการ และกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนเพื่อช่วยในการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการผ่าตัดที่จำเป็นได้รวดเร็วขึ้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 82 ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1,  III-5, 6] | 1. ผลลัพธ์ด้านความต่อเนื่องในการดูแล : อัตราโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับอยู่ในเกณฑ์ (HbA1c<7) แม้จะเพิ่มขึ้นเป็น 28 - 30% แต่ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ 40% อัตราความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ (140/90mmHg) ยังไม่ดีขึ้นทำได้ประมาณ 39 - 52% ตั้งค่าเป้าหมาย > 50% และยังมีตัววัดที่พบว่าควรทบทวน  การเลือกตัวชี้วัดและนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้นอยู่เสมอ  2. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ ยังมีโอกาสพัฒนาในผู้ป่วยสำคัญทั้งกลุ่มฉุกเฉิน เช่น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke, STEMI, sepsis, pneumonia มารดาและทารก เป็นต้น และในกลุ่ม NCD เช่น อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน อัตราการควบคุมความดันโลหิตสูง เป็นต้น |  |  |  |  |
| 83 ผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการ  ดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ (มิติความเหมาะสมและ  ประสิทธิผล) [IV-1, III-2, 3, 4] |  |  |  |  |
| 84 ผลลัพธ์ด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย [IV-1, III-2, 3, 4] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ (ปฐมภูมิ)**   1. เพิ่มตัวชี้วัดที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี 2. โครงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม(Focus group discussion) การสนทนาเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ(Motivation interview) และ การประชุมครอบครัว (Family conference) | |  |  |  |  |
| 85 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย  ผ่าตัด (S) \* [IV-1, III-4.3 ก, ข] | ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดยังมีโอกาสพัฒนา เช่น การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่ง (ควรทบทวนออกแบบและกำกับติดตามการใช้ surgical safety checklist อย่างต่อเนื่อง) การส่งชิ้นเนื้อผิดพลาดในห้องผ่าตัด |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 86 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการควบคุมและ  ป้องกันการติดเชื้อ (I) \* [IV-1, II-4] | ทีม IC ควรร่วมกับ PCT ในการทบทวนการติดเชื้อที่ยังเป็นปัญหาสำคัญ เช่น pneumonia, sepsis ซึ่งมีอัตราเสียชีวิตค่อนข้างสูง การติดเชื้อแผลผ่าตัดซึ่งยังเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ หาสาเหตุ เชื่อมโยงกับระบบที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันปรับปรุง/ออกแบบกระบวนการใหม่ มีระบบการกำกับติดตามการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ สม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถความคุมและป้องกันการติดเชื้อกลุ่มดังกล่าวให้ดีมากขึ้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 87 ผลลัพธ์ระบบบริหารจัดการด้านยา และด้าน  ความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M) \* [IV-1, II-  6, II-7.4] | ควรติดตามผลลัพธ์ medication error ครอบคลุมการสั่ง การจัด การจ่าย และบริหารยา นำผลที่ได้ มาวางแนวทางที่  ชัดเจนเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ ในเหตุที่รุนแรง และเหตุที่เป็น potential error อย่างครอบคลุม ติดตามผลลัพธ์ ADE/ADR เพื่อการวางแนวทางให้มีความปลอดภัยเพิ่มที่ชัดเจน ติดตามผลลัพธ์ RDU/AMR เพื่อพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 88 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการ  ดูแลผู้ป่วย (P) \* [IV-1, III] | ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วยยังมีโอกาสพัฒนา เช่น การวินิจฉัยผิดพลาด ควรมีการทบทวน เพื่อวางระบบและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 89 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L) \* [IV-1, II-7.2] | ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ line, tube, catheter และตัววัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ ยังมีโอกาสพัฒนา เช่น อุบัติการณ์ ET tube เลื่อนหลุด การรายงานผลคาดเคลื่อน ควรทบทวนปรับปรุงอย่างเป็นระบบ เป็นต้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| 90 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะ  ฉุกเฉิน (E) \* [IV-1, III-4.2 (5)] | ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉินยังมีโอกาสพัฒนา เช่น ความเร็วในการออกปฏิบัติการของระบบ EMS, fast tract trauma, door to OR เป็นต้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| **(2) ตัววัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** | |  |  |  |  |
| 91 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ 3-7 ตัว [IV-1 (2)] | ควรทบทวนการเลือกตัวชี้วัดที่ตรงประเด็น และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนามากขึ้น เนื่องจากการนำเสนอการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการเป็นเรื่องของบุคลากรไม่สะท้อนถึงการเลือกตัวชี้วัดด้านสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ |  |  |  |  |
| 92 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน  [II-8, II-9] |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ (ปฐมภูมิ)**   1. เพิ่มเติมตัวชี้วัดที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานและบ่งชี้ต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้รับบริการได้มากขึ้น | |  |  |  |  |
| **IV-3 ผลด้านกำลังคน** | |  |  |  |  |
| 94 ผลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5] \* | ควรเพิ่มการติดตามผลลัพธ์ครอบคลุมประเด็นสำคัญของกำลังคน เช่น ความเพียงพอ สมรรถนะ เป็นต้น และข้อมูลที่ได้มีความถูกต้องแม่นยำมีการวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ต่างๆ ที่ติดตามนำมาใช้ในการพัฒนาให้มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น มีความเพียงพอมากขึ้น มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสำคัญเพิ่มขึ้น มีสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่เกิดการติดเชื้อจากการทำงานมีการวิเคราะห์ RCA มีแนวทางที่ชัดเจนและรัดกุม และมีความพึงพอใจ/ผูกพันต่อองค์กรเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มบุคลากร |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| **IV-4 ผลด้านการนำ** | |  |  |  |  |
| 95 ผลลัพธ์ด้านการน า [IV-4, I-I, I-2] | ผลลัพธ์ด้านการนำยังมีโอกาสพัฒนา เช่น ร้อยละการบรรลุตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ เป็นต้น |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |
| **IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ** | |  |  |  |  |
| 96 ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain, RM, ENV [IV-5, II] | ควรเพิ่มการติดตามวิเคราะห์และพัฒนาประสิทธิผลของระบบงานต่างๆ เช่น  1. BCM ประเด็นความพร้อมจากการซ้อมแผนที่ครอบคลุมเหตุที่มีโอกาสเกิด  2. Supply chain ประเด็นคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการที่ได้รับจากภายนอกที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้  3. ENV เพิ่มประเด็นอุบัติการณ์ที่พบ ความพร้อมของเครื่องมือแพทย์ ระบบสนับสนุนฉุกเฉินและระบบสาธารณูปโภคต่างๆ |  |  |  |  |
| **แผนการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะ** | |  |  |  |  |