



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
สรุปผลการวิเคราะห์แผนการพัฒนาคูณภาพสถานพยาบาล

โรงพยาบาลขอนแก่น
ผู้วิเคราะห์แผน ภก. สมศักดิ์ ตรงกมลธรรม
หลักการวิเคราะห์ 1) มีแผนครบถ้วนตามข้อเสนอแนะหรือไม่ 2) แผนตรงประเด็นหรือไม่ 3) แผนระบุกิจกรรมที่ชัดเจน/ไม่กว้างเกินจำเป็นและมีผู้รับผิดชอบ 4) แผนระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกำหนดเวลาติดตาม 5) แผนมีผลลัพธ์ความก้าวหน้าตามที่กำหนดไว้

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
I-4 การวัดวิเคราะห์	ควรทบทวนการกำหนด คัดเลือกตัวชี้วัด ผลการดำเนินงาน สำหรับการติดตาม กำกับของทีมนำสูงสุด และทีมคุณภาพ ต่างๆ โดยใช้แนวคิด 3P และมุมมองมิติ คุณภาพภายใต้ระบบสารสนเทศที่ เหมาะสม ให้สามารถติดตามกำกับ การพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพตาม เป้าหมายของทีม มีการเทียบเคียง เพื่อ การพัฒนาที่เหมาะสม หาโอกาสพัฒนาได้ ทันการณ์บรรลุเป้าหมายที่ทำหายของ	การพัฒนาองค์กรโดยการคัดเลือก วิเคราะห์ ออกแบบ การวัดผลการดำเนินงาน โดยใช้แนวคิด 3P มุมมองมิติคุณภาพ สามารถกำกับติดตามโดย ระบบสารสนเทศ -กำหนดเลือกตัวชี้วัดที่จะนำมาเทียบเคียง -เปรียบเทียบข้อมูล KPI กับโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพใกล้เคียง จากแหล่งข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน กลางเช่น THIP II /HDC/CMI เป็นต้น -วิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลกลับสู่หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง	-มีแผนที่สอดคล้องในประเด็นการ ทบทวน คัดเลือกตัวชี้วัดที่ เหมาะสมและจัดทำแนวทางการ ติดตามผ่านโปรแกรม <b>Cockpit monitor Online</b> วิเคราะห์ Feed back ผู้เกี่ยวข้อง และรายงาน ผู้บริหาร มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด วันและเวลา เป้าหมายข้อเสนอแนะเพื่อให้มี ตัวชี้วัดเหมาะสม มีการติดตาม

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	องค์กร เป็นองค์กรที่พัฒนาด้วยผลการดำเนินงานอย่างแท้จริง (Performance Driven Organization)	-Workshop ทบทวนและคัดเลือกตัวชี้วัด alignment ทั่วทั้งองค์กร -จัดทำโปรแกรม Cockpit monitor Online ติดตาม	<p><b>เพื่อให้เกิดการพัฒนาจนบรรลุเป้าหมาย</b></p> <p>-พบยังไปครอบคลุมในประเด็น กลไกการติดตามของผู้บริหาร และ ทีม เพื่อกำกับให้มีการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดที่กำหนด มีการ Feed back ผู้เกี่ยวข้อง มีการปรับแผน ปรับกระบวนการพัฒนา ปรับเป้าหมายให้มีความเหมาะสม</p> <p>-ยังไม่พบผลการประเมินด้าน ความเหมาะสม สอดคล้อง ครอบคลุมของตัวชี้วัดที่ได้พัฒนา และไม่พบผลความก้าวหน้าและความสำเร็จของตัวชี้วัดที่ติดตามระบบงานและแผนงานต่างๆ และการสนับสนุนส่งเสริมแนะนำจากทีมนำเพื่อให้บรรลุความสำเร็จที่ต้องการที่เป็นรูปธรรม</p>
<b>I-5 กำลังคน</b>	ขอให้คณะกรรมการ HR นำข้อมูลต่างๆมาวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงด้าน	1.พัฒนาสมรรถนะอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญชั้นสูง (excellence	-มีแผนที่สอดคล้องเพื่อให้มีกำลังคนที่มีสมรรถนะตาม

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>กำลังคนที่จะส่งผลกระทบต่อความสำเร็จขององค์กร ทั้งด้านสมรรถนะความสามารถด้านการบริหารอัตรากำลังที่เหมาะสม ด้านความผูกพันและระบบการสร้างแรงจูงใจของกำลังคน นำมาวางแผนในการตอบสนองและกำหนดเป็นจุดเน้นการพัฒนาในแต่ละปีที่ชัดเจน เพื่อให้กำลังคนเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้</p>	<p>center) และครอบคลุมทุกสายงาน โดยมีการกำหนดสมรรถนะที่สำคัญสอดคล้อง Excellence พัฒนาการประเมินสมรรถนะ และวิเคราะห์ GAP เพื่อการพัฒนา</p> <p>2. พัฒนาระบบควบคุม กำกับการฝึกปฏิบัติงาน/ทำงานของนักศึกษา/บุคลากรใหม่ ให้มีระบบที่ชัดเจนในหน่วยงานต่างๆ</p> <p>3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลบุคลากร</p> <p>4. ส่งเสริมความผูกพันในองค์กรเพื่อความคงอยู่ของบุคลากร</p> <p>5. ส่งเสริมบรรยากาศในการทำงาน สร้างแรงจูงใจในการคงอยู่ในองค์กร</p>	<p>Excellence center แต่อาจไม่ครอบคลุมสมรรถนะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ซึ่งควรมีการดำเนินการให้ครอบคลุมมากขึ้น ยังไม่พบการวิเคราะห์ความเสี่ยงของกำลังคนด้านสมรรถนะ เช่น อุบัติการณ์ความเสี่ยง ทิศทางองค์กร สมรรถนะหลักขององค์กร ฯลฯ เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะเหมาะสม</p> <p>-ด้านกำลังคนมีการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนกำลังคนระยะสั้นและระยะยาว โดยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการทำแผน</p> <p>-ด้านความผูกพันและบรรยากาศองค์กร วางแผนมีการสำรวจวิเคราะห์และตอบสนอง ชัดเจน เป้าหมายข้อเสนอแนะเพื่อให้มีกำลังคนเพียงพอ มีสมรรถนะ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
			<p>เหมาะสม มีความผูกพันและมีบรรยากาศการทำงานที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ด้านกำลังคนยังไม่ชัดเจนว่าจะมีข้อมูลภาระงานที่ถูกต้องชัดเจนของหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างไรในการวางแผนด้านกำลังคน</li> <li>-ไม่พบการกำหนดเข็มมุ่งในการพัฒนาระบบจัดการทรัพยากรที่ชัดเจนตามบริบท ซึ่งควรมีการดำเนินการเพื่อการวางแผนงานอย่างเหมาะสม</li> <li>-มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ เป้าหมาย ตัวชี้วัด วันเวลาที่ชัดเจน ในแผนงานที่ทำไว้ ยังไม่พบการประเมินผลที่ควรมีการติดตามต่อไป พบมีตัวชี้วัดความผูกพันวัดด้วยการคงอยู่ที่อาจไม่ตรงประเด็น</li> </ul>
<b>I-6 การจัดการกระบวนการ</b>	ควรส่งเสริมการใช้ Systematic Process management ในกระบวนการสำคัญที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือ	ส่งเสริมการออกแบบระบบความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ และ Zero defect 10 ข้อ	มีการจัดทำแผนได้อย่างสอดคล้อง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ เป้าหมาย ตัวชี้วัด วันเวลา ไว้อย่างครบถ้วน

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>ชื่อเสียงของโรงพยาบาล เช่น มาตรฐานพื้นฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ และ zero defect 10 ข้อ เป็นต้น เพื่อนำมาออกแบบระบบที่ปลอดภัย (Safety design) รวมทั้งมีการควบคุมกระบวนการสำคัญ (Process control) อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความแปรปรวนของกระบวนการ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดอบรม Safety designed &amp; Process control แก่ทีม PCT ทีมระบบ และ Risk owner</li> <li>2. สุ่มตามรอยกระบวนการทำงาน ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นฯ และ Zero defect ที่ดำเนินการออกแบบระบบที่ปลอดภัย (Safety)</li> <li>3. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Safety designed และ Process control ระหว่างทีม PCT ทีมระบบ และ Risk owner</li> </ol>	<p>ควรมีการติดตามผลการปฏิบัติ ตามแผน ในประเด็น กระบวนการสำคัญที่กำหนด ที่สอดคล้อง มาตรฐานสำคัญจำเป็น ระบบการควบคุมที่มี ผลการตามรอย และ ผลอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์ RCA และพัฒนาที่ครอบคลุม</p>
<p><b>II-1.1 ก. การพัฒนาคุณภาพในภาพรวม :</b></p>	<p>การทำงานเป็นทีมควรส่งเสริมให้ทีมระบบงานและทีมนำทางคลินิก ได้ใช้ศักยภาพของทีมในการทบทวนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน (Process functional team enhancement) โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการทับซ้อน เพื่อดึงกระบวนการที่สำคัญมาสู่การกำหนดเป้าหมายในการพัฒนา ฝ่าติดตามกำกับ เพื่อวางแนวทางพัฒนาที่เหมาะสม และประสานความร่วมมือจากทีมนำสูงสุดสู่ผู้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนทีมระบบงานสำคัญ/ ทีมนำทางคลินิก หาพื้นที่ทับซ้อน</li> <li>2. กำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีม กำหนดผู้รับผิดชอบ</li> <li>3. กำกับติดตามโดยให้มีการนำเสนอ ในที่มีการประชุม/ การตามรอยหน่วยงานในประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PCT มะเร็ง</li> <li>- ICU ศัลยกรรม</li> <li>- ลดระยะเวลาารอคอย (OPD ER x-ray Lab )</li> <li>- ระบบยา IPD</li> <li>- (ศัลยกรรม/สูติ/Ortho)</li> </ul>	<p>มีแผนที่ชัดเจนสอดคล้อง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด วันเวลาที่ชัดเจน แต่ยังไม่พบการเชื่อมโยงสู่ผู้นำสูงสุด ควรมีการติดตามผลการดำเนินการ จากการกำหนดเป้าหมายและแนวทางที่มีการสร้างความร่วมมือในทีมและหน่วยงานต่าง ๆ ในการปฏิบัติ เพื่อให้มีระบบเดียวกันทั้งองค์กร ไม่มีความหลากหลาย และมีการประสานงานที่ดี รวมทั้งการกำกับและพัฒนาที่ชัดเจนจากทีมนำระบบที่รับผิดชอบ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำงานร่วมกันเป็นระบบ เช่น DSC Stroke</li> <li>- การจัดเก็บข้อมูล/ตัวชี้วัดบางตัว เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</li> <li>- การจัด Inter department Conference</li> </ul>	
<p><b>II-1.1 ข. การพัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วย</b></p>	<p>ควรติดตามตัวชี้วัดทั้งในภาพรวมและรายโรค ผลจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย มีการตามรอยทางคลินิกที่หน้างานเพื่อประเมินคุณภาพของการดูแล ที่เชื่อมโยงกันระหว่างแต่ละหน่วยงานภายในโรงพยาบาล/ระบบที่เกี่ยวข้องและการพัฒนาภาคีเครือข่ายร่วมกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แผนกำหนดตัวชี้วัดในภาพรวมและรายโรค</li> <li>- แผนพัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ เชื่อมโยงประสานสอดคล้องกันในทุกกระดับ</li> <li>- แผนติดตามคูณภาพการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</li> <li>- แผน internal survey โดยสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>1. กำหนดตัวชี้วัดสำคัญในภาพรวมของโรงพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนด alignment ตามหน่วยงาน</li> <li>2. มอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ กำหนด process control ที่สำคัญ</li> <li>3. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 3 เดือน</li> <li>4. นำเสนอทีมนำ เพื่อสื่อสาร หาโอกาสพัฒนา เป้าหมาย</li> <li>- อัตราตายภาพรวมโรงพยาบาลลดลง</li> <li>- จำนวนวันนอนลดลง</li> <li>- อัตราการครองเตียงลดลง</li> </ul>	<p>เป้าหมายข้อเสนอแนะเพื่อให้สามารถประเมินภาพรวมทางคลินิกและรายโรคที่มีการประสานเชื่อมโยงครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกระบบงาน และในเครือข่าย Pre In และ Post hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนสอดคล้อง มีตัวชี้วัด เวลา และผู้รับผิดชอบ</li> <li>- ควรเพิ่มการกำหนดบทบาทที่มำทางคลินิกในการกำหนด ติดตาม และพัฒนาการดูแลรายโรคที่สำคัญ การประสานเชื่อมโยงระหว่างทีม นำทางคลินิกแต่ละทีมและระบบงานต่าง ๆ และบทบาทที่มำนำในการกำกับติดตามที่ชัดเจน</li> </ul>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยที่ OPD</li> <li>- อัตราตายกลุ่มโรค/อาการสำคัญ เช่น Sepsis Traumatic brain injury</li> <li>- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI)</li> <li>- อัตราคลอดก่อนกำหนด</li> <li>- อัตราการเกิด BPD IVH ROP</li> </ul>	<p>- ไม่พบผลการประเมิน ซึ่งควรมีการประเมินความเหมาะสมของเป้าหมายแต่ละรายโรคและการพัฒนาที่สำคัญ ผลลัพธ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ความครอบคลุม Pre in post hospital ผลการตามรอยที่สะท้อนความเข้าใจและการปฏิบัติจริงของหน่วยงานต่างๆ</p>
<p><b>II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มบริหารความเสี่ยง</b></p>	<p>ควรทบทวนบทบาทและแนวทางการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เช่น การค้นหาความเสี่ยงทั้ง Patient safety goal, specific risk in special area และ training risk นำอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่ถึงประสงค์เหล่านี้มาเรียนรู้ เช่น ความคลาดเคลื่อนทางยา, การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด, ท่อเลื่อนหลุด, การแพ้ยาซ้ำ, การลืมนำอุปกรณ์ในร่างกายผู้ป่วย, การให้เลือดผิดคนผิดหมู่ เป็นต้น วิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ (RCA) เพื่อนำมาออกแบบแก้ไขปัญหาให้เกิดความปลอดภัย (Safety design) เชื่อมโยงกับการจัดทำ</p>	<p>-เพิ่มการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก Patient safety goal, Specific risk in specific area และ Training risk</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวน Hospital wide risk profile และประกาศเป็นเข็มมุ่งย่อยใน 2 P safety</li> <li>2. สุ่มทบทวนกระบวนการทำงาน และตามรอย Hospital wide risk profile ที่ประกาศเป็นเข็มมุ่ง</li> <li>3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การค้นหาความเสี่ยงจากกิจกรรม MM conference กับกลุ่มงานต่างๆ เพื่อค้นหา Training risk</li> <li>4. ออกแบบการรายงานข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการทำ MM Conference, Flow การรายงาน และการกำกับติดตาม</li> </ol>	<p>เป้าหมายข้อเสนอแนะเพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้อย่างครอบคลุม และนำข้อมูลอุบัติการณ์ที่เกิดที่สำคัญที่ครอบคลุมมาตรฐานสำคัญจำเป็น มาวางแนวทางเชิงระบบ ป้องกันการเกิดซ้ำได้เป็นอย่างดี ไม่เกิดเหตุการณ์ซ้ำ และนำระบบ Risk register มาใช้ติดตามความเสี่ยงที่สำคัญ มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อให้โรงพยาบาลมีการติดตามแก้ไขความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและบุคลากร</p>	<p>5. กระตุ้นการใช้ Trigger tool ในการค้นหาอุบัติการณ์ ความเสี่ยง โดยจัดเวทีให้นำเสนอ ทุก 3 เดือน</p> <p>6. รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง และสะท้อนข้อมูลกลับไปให้ PCT ระบบงานสำคัญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ Risk owner ทุกเดือน</p> <p>- ส่งเสริมการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่มีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (RCA) และเชื่อมโยงกับ Risk register</p> <p>1. จัดอบรมการทำ RCA เชิงลึกสู่การออกแบบระบบที่ปลอดภัย (Safety designed)</p> <p>2. กระตุ้น กำกับติดตาม การออกแบบระบบที่ปลอดภัยจากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ (RCA) และ Risk register โดยจัดเวทีให้นำเสนอความก้าวหน้าทุก 3 เดือน</p> <p>3. จัดตารางนำเสนอ Risk register ที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลในการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลหมุนเวียนทุกเดือน</p>	<p>-มีการจัดทำแผนที่สอดคล้องครอบคลุมดี ควรเพิ่มจุดเน้นที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นมากขึ้น และติดตามผลลัพธ์จากความปลอดภัย เพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ที่พบ และคุณภาพของการทบทวนวางแผนเชิงระบบที่มั่นใจว่าไม่เกิดซ้ำ รวมทั้งประสิทธิภาพของระบบ Risk register ที่มีการติดตามแต่ละความเสี่ยงที่สำคัญเป็นอย่างดี นำผลมาวางความแนวทางให้มีความรัดกุมเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนไม่เกิดเหตุอีก</p>
<p><b>II-3</b> สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย</p>	<p>ทีม ENV ควรนำข้อมูลผลการติดตามผลการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย มาสรุปภาพรวม จัดลำดับความสำคัญในการพัฒนา เช่น ด้าน</p>	<p>1. การวางแผนระบบการจัดการขยะที่มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน</p> <p>2. แผนอัคคีภัยและการอพยพเคลื่อนย้ายในโรงพยาบาล</p>	<p>เป้าหมายข้อเสนอแนะ เพื่อให้ทีมนำ ENV นำข้อมูลผลการดำเนินการ มาใช้ในการ</p>



มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>โครงสร้างอาคารสถานที่ อัดศักยภาพและแผนการอพยพเคลื่อนย้าย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะ ระบบบำบัดน้ำเสีย เป็นต้น เพื่อวางแผนพัฒนาที่ทำให้เกิดความปลอดภัย และสอดคล้องกับการจัดบริการของโรงพยาบาล ที่มุ่งไปสู่วิสัยทัศน์ที่กำหนด</p>	<p>3. แผนการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำอุปโภค/บริโภค                      4. การพัฒนาคูณภาพและเฝ้าระวังน้ำในระบบบำบัดน้ำเสีย                      5. ระบบบริหารเครื่องมือแพทย์มีความเพียงพอพร้อมใช้ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน                      6. การจัดการสิ่งแวดล้อม healing ENV</p>	<p><b>จัดลำดับและพัฒนาระบบให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น</b>                      -มีการวางแผนพัฒนาที่สอดคล้องกับระบบต่าง ๆ ที่เสนอแนะ มีผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด และเวลาที่ชัดเจน ไม่พบการวางแผนทางติดตามผลการดำเนินการ รวมทั้งข้อมูล ENV จากทุกช่องทาง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาความรุนแรง และจัดลำดับ เพื่อการพัฒนาอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ที่มีการกำหนดแนวทางในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ</p>
<p><b>II-6 ระบบการจัดการด้านยา</b></p>	<p>เพื่อให้ระบบการจัดการด้านยา มีการพัฒนาอย่างมีทิศทางที่ชัดเจนและครอบคลุมภาพรวมในประเด็นสำคัญของมาตรฐานการจัดการด้านยาและความเชี่ยวชาญพิเศษตามที่องค์กรกำหนดไว้ เช่น การพัฒนาด้านความปลอดภัยด้านยา ความเหมาะสมในการใช้ยา การใช้ยาที่ได้ผล ยา</p>	<p><b>การวางแผนและการจัดการ และการสำรองยา</b>                      1. การวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด การทบทวน policies ระบบยา ถอดประเด็นสำคัญ แต่ละ Policy เพื่อหา Gap analysis ในการพัฒนา  <b>แผนจากการทบทวน ME</b>                      1. ทบทวนความเสี่ยงด้านยา KM ระหว่างสหวิชาชีพ</p>	<p><b>เป้าหมายข้อเสนอแนะเพื่อให้ทีมหาระบบยา มีการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัยด้านยา ความเหมาะสมในการใช้ยา การใช้ยาที่ได้ผล ยาที่มีใช้มีคุณภาพสูงสอดคล้องความเชี่ยวชาญพิเศษตามที่องค์กร</b></p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>ที่มีใช้มีคุณภาพสูง ผ่านกลไกการกำกับดูแลและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมสนับสนุนที่สอดคล้องกับบริบท ควรดำเนินการปรับปรุงดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขอให้ นำข้อมูลความปลอดภัยด้านยา เช่น ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา(ME) / ADR / ADE / DRP มาปรับปรุงนโยบายด้านยา หรือ จัดทำนโยบายทางด้านยาเพิ่มเติม ให้ครอบคลุมกระบวนการที่มีการพัฒนาการใช้ยาที่สำคัญ ตั้งแต่การสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่ง การจัดเก็บยา การเตรียมยาและการจัดจ่ายยา การบริหารยาและติดตามอาการไม่พึงประสงค์ การจัดการยาความเสี่ยงสูงการจัดการความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น วางแนวทางในการกำกับติดตามการปฏิบัติตามนโยบายในประเด็นสำคัญ นำข้อมูลผลการกำกับติดตามและข้อมูลความปลอดภัย</li> </ul>	<p>2. การพัฒนาฐานข้อมูลยา และ ระบบสารสนเทศ เพื่อรองรับการเข้าถึงข้อมูล ประวัติแพ้ยา น้ำหนักผู้ป่วย ผล Lab ของแพทย์ เภสัชกร และ พยาบาล</p> <p>3. การพัฒนาระบบการสั่งยาด้วยคอมพิวเตอร์ CPOE</p> <p>4. การพัฒนาระบบการจัดจ่ายยาด้วยระบบ QR code และ ตู้ LED ด้วยระบบ Semi automated</p> <p>5. การพัฒนาสมรรถนะการจ่ายยา</p> <p>6. การพัฒนาระบบ E-MAR</p> <p><b>แผนจากการทบทวน ADE /ADR</b></p> <p>1.ทบทวน Policy การเฝ้าระวังการแพ้ยา</p> <p>2.พัฒนาระบบการติดตาม ADR type A ที่ป้องกันได้ (Trigger tools)</p> <p>3.การพัฒนาระบบสารสนเทศ ป้องกันการแพ้ยา</p> <p><b>หน่วยงาน</b></p> <p>1. การพัฒนาระบบการสำรองยานหอผู้ป่วย</p> <p>2. การพัฒนาระบบการสำรอง การเบิกจ่าย ยาเสพติด</p> <p>3. การทบทวนวงรอบยา</p> <p>4. การพัฒนา ระบบเฝ้าระวัง High alert drug</p> <p>หมายเหตุ ประเด็นพัฒนา</p> <p>- ทบทวนรายการยา</p>	<p>กำหนด มีนโยบาย แนวทางปฏิบัติ ที่ชัดเจน และมีการปฏิบัติทบทวน ME ADR ADE และวางแนวทางที่ชัดเจน มีการพัฒนา HAD และมีเข็มมุ่งและแผนพัฒนาที่ชัดเจน</p> <p>-มีแผนสอดคล้อง ประเด็นระบบยาที่สำคัญ ครอบคลุมการพัฒนาเพื่อลด ME ADR ADE ระบบ High alert drug Medication reconciliation ระบบ IT ที่สนับสนุนการใช้ยา แต่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องบทบาท PTC ในการกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่สำคัญต่างๆ ที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลในระบบเพื่อ กำหนด และระบบยาที่สอดคล้อง ความเชี่ยวชาญพิเศษ รวมทั้งการติดตามการปฏิบัติที่ครอบคลุม การกำหนดเข็มมุ่ง จุดเน้น และแผนพัฒนาที่สอดคล้อง ข้อมูล</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>ด้านยามาปรับปรุงนโยบายต่างๆ อย่างต่อเนื่องด้วยวงรอบที่สม่ำเสมอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขอให้มีการนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยา เช่น ข้อมูลความปลอดภัยเคลื่อนทางยา(ME) / ADR / ADE / DRP ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี (2561-2563) มาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นทั้งระดับความรุนแรง ปริมาณ และความถี่ของปัญหาความปลอดภัยด้านยาที่เกิดขึ้น เพื่อนำมากำหนดประเด็นจุดมุ่งเน้น และโอกาสพัฒนาที่สำคัญในแต่ละปี จัดทำแผนพัฒนาระยะสั้น (6-12 เดือน) และระยะยาว (1-2ปี) เพื่อวางระบบการกำกับติดตามผลและประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนการเขียนคำสั่ง</li> <li>- ทบทวนข้อมูลฉลากยา เพื่อการบริหารยา HAD</li> </ul> <p><b>Recommend วิชาชีพ</b></p> <p>การทบทวนแนวทาง Medication reconcile และวิธีการ แบบฟอร์ม ชี้แจงในที่ประชุม แพทย์ เภสัชกร พยาบาล</p> <p>2การพัฒนาระบบ IT ให้มีความเชื่อมโยง OPD-IPD-CMU และวางระบบการประสานงานในเครือข่าย</p>	<p>ความปลอดภัยต่างๆ ของระบบยาที่มีความชัดเจน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ด้าน ME ADR ADE ควรเพิ่มการวิเคราะห์ RCA เพื่อวางแนวทางเชิงระบบต่างๆ รวมทั้งการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่สอดคล้อง</li> <li>-มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด และเวลาชัดเจน</li> </ul>
<p><b>III-2 การประเมินผู้ป่วย</b></p>	<p>ทีมทางคลินิก แพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกันทบทวนประสิทธิภาพของการประเมินและประเมินซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น ผู้ป่วยทรุดลง (Deteriorated patient) ระหว่างรักษาที่</p>	<p>1.การประเมินคุณภาพของการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ จัดเวทีทบทวน case ผู้ป่วยทรุดลง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ค้นหาอุปบัติการณ์ความเสี่ยงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสำคัญจากการทบทวนเวชระเบียน</li> </ul>	<p>เป้าหมายของข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีการพัฒนาการประเมินผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการประเมินซ้ำเพื่อการรักษาที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>OPD หรือ IPD เป็นต้น เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาเชิงระบบ วิเคราะห์หาสาเหตุรากลนำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการหรือแนวทางในการประเมินและวินิจฉัยโรคที่เหมาะสม และการสร้างการเรียนรู้อย่างเป็นระบบแก่ทั้งทีม รวมทั้งควรนำข้อมูลการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ที่องค์กรแพทย์และทีมบริหารความเสี่ยงทำการทบทวนทุก 3 เดือน มาวิเคราะห์เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดวินิจฉัยผิดพลาดแบ่งตามรายสาขาวิชาชีพรวมทั้งกำหนดการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมในเวลาที่เหมาะสมเพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการวินิจฉัยให้เกิดความแม่นยำและเกิดความปลอดภัยมากขึ้น</p>	<p>-ตามรอยทางคลินิกที่หน่วยงานเพื่อประเมินคุณภาพของการดูแลกลุ่มผู้ป่วย โดยสหสาขาวิชาชีพ และติดตาม/กำหนดตัวชี้วัดกระบวนการที่สำคัญของแต่ละหน่วยงาน และระบบงานสำคัญ</p> <p>-วิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ ตัวชี้วัดกระบวนการสำคัญ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และข้อมูลจากการตามรอย เพื่อทบทวน key process การดูแลกลุ่มผู้ป่วย และหาโอกาสพัฒนา อย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.เพิ่มประสิทธิผลของการประเมิน ประเมินซ้ำ และการวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญของ PCT</p> <p>-ทบทวนประสิทธิภาพของการประเมินและประเมินซ้ำ โดยใช้เครื่องมือ trigger tool กำหนด trigger คือ 1) ผู้ป่วยทรุดลง (deteriorated patient) ระหว่างรักษาที่ IPD/ICU 2) unplanned ICU 3) unplanned CPR 4) revisit to ICU within 72 hr. ทุก 3 เดือน เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาการ และนำมาปรับปรุงกระบวนการ</p> <p>-วิเคราะห์ข้อมูลการวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดวินิจฉัยผิดพลาด/ล่าช้า</p>	<p><b>ที่รุนแรง และมีการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว</b></p> <p>-มีการวางแผนการพัฒนาที่สอดคล้องครอบคลุม มีการกำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด และเวลาที่ชัดเจน</p> <p>-ควรมีการวางแผนแนวทางในการค้นหาความคลาดเคลื่อนจากการวินิจฉัย ให้สามารถค้นหาได้มากขึ้นนอกจากที่ได้ข้อมูลจากผู้ป่วย ทรุดลง Re visit Unplan เช่น การสุ่มทบทวนการวินิจฉัยกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง ฯลฯ</p> <p>-ควรมีการติดตามการปฏิบัติตามแผนที่ต่อเนื่อง ติดตามโดยการตามรอย ทบทวนเวชระเบียน หรืออุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง เสียชีวิตส่งต่อ Unplan</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนาของรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
		<p>- ทบทวนอย่างต่อเนื่องและออกแบบกระบวนการใหม่เพื่อปรับปรุงกระบวนการวินิจฉัยให้เกิดความแม่นยำและเกิดความปลอดภัย</p> <p>3. การพัฒนาศักยภาพพยาบาล Triage ให้ผ่านการอบรมร้อยละ 100</p> <p>- ทำ Active Triage โดยพยาบาล Nurse Manager</p> <p>- Audit triage ทุก 1 เดือน จากเวชระเบียน Scan ย้อนหลัง</p> <p>- ผู้ป่วย ESI 4 ทรุดลงระหว่างรอตรวจ ได้รับการช่วยเหลือทันทีและทีม PST ER ทำ RCA ทบทวนระบบการ Triage และระบบดูแลผู้ป่วยร่วมกันทุกราย</p> <p>- ผู้ป่วยที่ Under Triage ทีม PST ER มีการทบทวนระบบการ Triage ร่วมกัน</p> <p>4. เพิ่มประสิทธิผลของการประเมิน ประเมินซ้ำ การคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญของ OPD</p> <p>- ทบทวนแนวปฏิบัติในการประเมินและประเมินซ้ำ การคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงงานผู้ป่วยนอก ให้ครอบคลุมในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ</p>	

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
		<p>-พัฒนาช่องทางการสื่อสารในผู้ป่วยที่ต้องประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>-พัฒนาสื่อ สัญญาณเตือนภัย จงใส่ใจ ให้ระวัง หน้าห้องตรวจ</p> <p>-พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการประเมิน และประเมินซ้ำ การคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ</p> <p>-ทบทวนประสิทธิภาพของการประเมิน และประเมินซ้ำ โดยใช้เครื่องมือ Trigger tool ในกลุ่ม</p> <p>1) ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างรอตรวจ 2) Unplanned CPR 3) การทบทวนเวชระเบียนกลับมาตรวจรักษาซ้ำใน 48 ชั่วโมง ทุก 1 เดือน เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาการ และนำมาปรับปรุงกระบวนการ</p> <p>-กำหนด process control และ process monitoring เพื่อควบคุม กำกับติดตามการปฏิบัติ</p>	
<p><b>III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง</b></p>	<p>ควรส่งเสริมให้นักกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่กำหนดไว้แล้วมาสร้างการเรียนรู้แก่ผู้ปฏิบัติ ให้มีความตระหนักรู้ถึงภาวะที่มีความเสี่ยงสูงทางคลินิกของผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และพัฒนาทักษะที่ดูแลใน</p>	<p>พัฒนาทักษะทีมผู้ให้บริการในการประเมินและเฝ้าระวังอาการทางคลินิกเฉพาะโรคในกลุ่มผู้ป่วยภาวะเสี่ยงสูงที่กำหนด</p> <p>1.กำหนดการประเมินและเฝ้าระวังอาการทางคลินิกเฉพาะโรค (specific clinical risk) 5 กลุ่มผู้ป่วยที่มี</p>	<p>เป้าหมายข้อเสนอแนะเพื่อให้มีการกำหนด <b>early warning sign</b> เพื่อใช้เป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่ต้องใช้ในการ</p>

มาตรฐาน	ข้อเสนอแนะ	แผนการพัฒนารองรพ.	ผลการตรวจสอบการจัดทำแผน
	<p>การประเมินและเฝ้าระวังอาการทางคลินิกของผู้ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และพัฒนาทักษะที่ดูแลในการประเมินและเฝ้าระวังอาการทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific clinical risk) ผ่านการกำหนด early warning sign เพื่อใช้เป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่ต้องใช้ในการรายงานแพทย์ที่ชัดเจน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมีความปลอดภัยมากขึ้น</p>	<p>ภาวะเสี่ยงสูงและการบริการเสี่ยงสูงของหน่วยงาน และ PCT</p> <p>2.กำหนด early warning signs ของ specific clinical risk กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงและการบริการเสี่ยงสูงโดยใช้หลักฐานทางวิชาการ</p> <p>3.จัดทำสื่อการเรียนรู้ early warning signs แนวทางการรายงานแพทย์โดยใช้ I-SBAR และสื่อสารสู่การปฏิบัติที่หน่วยงาน</p> <p>4.clinical supervision เพื่อติดตามกำกับการใช้ early warning signs และทำแผนพัฒนาสมรรถนะรายคน (IDP)</p> <p>5.ทบทวนเวชระเบียนโดยใช้ risk register ทุก 3 เดือน</p> <p>6.นำผลการทบทวนมาปรับปรุง/ออกแบบกระบวนการใหม่เพื่อปรับปรุงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูง</p>	<p>รายงานแพทย์ที่ชัดเจนในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง</p> <p>-มีการจัดทำแผนอย่างสอดคล้อง มีผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัด และเวลาที่ชัดเจน ควรเพิ่มกระบวนการเรียนรู้ การติดตามสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ โดยมีการติดตามตามรอยที่หน่วยงานต่างๆ</p> <p>-ควรมีการติดตามการปฏิบัติตามแผนที่ผลการปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มมากขึ้น ลดการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง</p>

### สรุปผลการวิเคราะห์

- แผนครบถ้วน ชัดเจน ตรงประเด็น ตามข้อกำหนด/เกณฑ์การวิเคราะห์เป็นส่วนมาก เห็นควรส่งผลกลับไปให้รพ.ดำเนินการต่อเนื่อง
- มีประเด็น/ข้อเสนอแนะสำคัญที่ควรทำความเข้าใจให้แก่รพ.ต่อเนื่องในการทำแผน ได้แก่

แผนโดยรวมมีความสอดคล้องตามข้อเสนอแนะเป็นส่วนใหญ่ แต่มีบางประเด็นควรมีการเพิ่มเติมตามที่ระบุไว้ในแต่ละหัวข้อ ควรเพิ่มผลการติดตามการดำเนินการเมื่อมีการติดตามในแต่ละรอบ และนำมาปรับแผนให้มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น การติดตามนอกจากแผนควรติดตามการปฏิบัติต่างๆ ที่หน่วยงานด้วย รวมทั้งผลตัวชี้วัดต่างๆ โดยเน้นประเด็นสำคัญสอดคล้องเป้าหมายของข้อเสนอแนะแต่ละหัวข้อ