| **คะแนน** | **มาตรฐาน** | **ประเด็นที่มีผลงาน/ความก้าวหน้า** | **โอกาสพัฒนา** | **นำเสนอเพื่อพิจารณา** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร** |  |  | |
|  | **I-1 การนำ** |  |  | |
|  | 1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง [I-1.1ก(1)(2)(3)] |  |  |  |
|  | 2. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ [I-1.1ข]  **การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ:**  ทีมนำควรสื่อสาร เสริมพลัง ให้ทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ ได้นำจุดเน้น/เข็มมุ่งขององค์กรในแต่ละปีลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผล เพื่อให้ความพยายามในการพัฒนาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน |  |  |  |
|  | 3.การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา การกำหนดจุดเน้นในการปฏิบัติ [I-1.1ค(1)(2)]  **การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาการกำหนดจุดเน้นในการปฏิบัติ:**  ทีมนำควรวิเคราะห์และนำประเด็นที่ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ได้จากผลสำรวจ บรรยากาศการพัฒนาและวัฒนธรรมความปลอดภัย เช่น ประเด็นปัญหาความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ การตอบสนองต่อความผิดพลั้ง ที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล การสื่อสารและการจัดคนทำงานมาปรับปรุงแก้ไขในเชิงนโยบายและแผนกลยุทธ์ เพื่อหาโอกาสพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ |  |  |  |
|  | 4. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ [I-1.2ก(1)(2)]  **ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ:**  ทีมนำควรวางระบบการประเมินผู้นำและประสิทธิภาพของระบบการนำ และนำข้อมูลมาปรับปรุงการนำให้มีประสิทธิภาพ พัฒนาผู้นำในทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถเหมาะสมในหน้าที่ที่รับผิดชอบ |  |  |  |
|  | 5. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)]  **ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:**  ทีมนำควรมีการสรุปรายงานคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมผู้บริหารระดับมหาวิทยาลัยได้รับทราบเป็นระยะ ๆ รวมทั้งนำเสนอแผนการดำเนินงานการปรับปรุงแก้ไข เพื่อขอการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และเพื่อการติดตามประเมินผล |  |  |  |
|  | 6. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม [I-1.2ข(1)(2)(3),ค(1)] |  |  |  |
|  | **I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์** |  |  |  |
|  | 7. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล [I-2.1ก(1)(2)(3)(4)(5)] |  |  |  |
|  | 8. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ [I-2.1ข(1)(2)(3)]  **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ :** ควรทบทวนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และตัวชี้วัดให้สามารถแสดงถึงผลการพัฒนาการดูแลรักษาระดับตติยภูมิชั้นสูง (ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์) ในกลุ่มโรคตาม Service plan และสามารถ benchmark กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รวมทั้งให้ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ |  |  |  |
|  | 9. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร [I-2.2ก(1)(2)(3)(4)]  **การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร** : เนื่องจากความเป็นองค์กรขนาดใหญ่ มีพันธกิจทั้งด้านการเรียนการสอน การวิจัย และการให้บริการดูแลรักษา มีการปรับเปลี่ยนวิสัยทัศน์และแผนยุทธศาสตร์ ทำให้การสื่อสารเป็นโอกาสพัฒนาสำคัญที่ทีมนำต้องสร้างความเข้าใจ ประเมินการรับรู้การถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ จุดเน้น/เข็มมุ่งขององค์ไปยังทีมนำทางคลินิก ทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้สามารถจัดทำโครงการ/แผนงาน (action plan) ที่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์จุดเน้น/เข็มมุ่งขององค์กร รวมทั้งติดตามการนำโครงการ/แผนงานไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ร่วมติดตามแก้ไขปัญหาปรับปรุงปรับเปลี่ยนแปลงอันจะส่งผลให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ท้ายทายและนำองค์กรสู่วิสัยทัศน์ |  |  |  |
|  | 10. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า [I-2.2ก(5), ข]  **การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า** : ทีมนำควบทบทวนตัวชี้วัดในระดับ รพ ที่สามารถสะท้อนและนำไปสู่การประเมินการบรรลุวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ขององค์กรทั้ง 3 พันธกิจ กำหนดเป้าหมายที่สามารถเทียบเคียง (benchmark) กับโรงเรียนแพทย์ที่มีศักยภาพสูงกว่ารวมทั้งส่งเสริมให้ทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่าง ๆ มีบทบาทที่ชัดเจนในการชี้นำและวางระบบงานติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จโดยใช้ตัวชี้วัดที่เหมาะสม (ตัวชี้วัดในระดับทีมพัฒนาคุณภาพ) รวมทั้งมีการประเมินประสิทธิภาพของระบบที่วางไว้เพื่อหาโอกาสพัฒนา |  |  |  |
|  | **I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** |  |  |  |
|  | 11 การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม [I-3.1ก(1)(2)]  ควรทบทวนการกำหนดวิธีการรับฟังและเรียนรู้ความต้องการที่เหมาะสมกับผู้รับฟังและเรียนรู้ความต้องการที่เหมาะสมกับผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม เพื่อนำความคิดเห็น และเสียงสะท้อนเหล่านั้นไปใช้ในการวางแผนและจัดการที่สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว |  |  |  |
|  | 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] |  |  |  |
|  | **I- 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ \*\*\* (ติดตาม SS)** |  |  |  |
|  | 16 การวัดผลการดำเนินการ [I-4.1 ก] |  |  |  |
|  | 17 การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผล  การดำเนินการ และนำไปใช้ปรับปรุง [I-4.1ข, ค]  **การวัดผลการดำเนินการและการวิเคราะห์ข้อมูลการทบทวนผลการดำเนินการและนำไปใช้ปรับปรุง :** ทีมนำ ทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งคลินิกและสนับสนุนควรทบทวนเพิ่มเติมตัวชี้วัดให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับเป้าหมายและประเด็นคุณภาพในส่วนของทีมนำทางคลินิกให้ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันฟื้นฟูสภาพในแต่ละโรคที่ให้ความสำคัญ รวมทั้งส่งเสริมให้มีการติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอเช่น กำหนดเป็นหนึ่งในวาระการประชุม เพื่อหาโอกาสพัฒนา จนสามารถเทียบเคียง (Benchmark) กับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า  **ใช้ประโยชน์จากข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อสะท้อนศักยภาพการดูแลรักษาในระดับโรงเรียนแพทย์** |  |  |  |
|  | 18 คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ [I-4.2ก]  **พัฒนาระบบสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับองค์กรเพื่อให้พร้อมใช้และสนับสนุนการพัฒนาในด้านต่างๆ ด้วยการ**  1.สนับสนุนให้ผู้งานระบบและผู้ดูแลระบบร่วมกำหนด ออกแบบการจัดทำ/จัดเก็บ ข้อมูล/สารสนเทศที่จำเป็นสำหรับแต่ละระดับ ส่งเสริมให้นำไปใช้จริงและติดตามการใช้ประโยชน์นำมาปรับปรุงการัดการสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | 19 การจัดการระบบสารสนเทศ [I-4.2ข]  2.ทบทวนและพัฒนาการจัดการสารสนเทศให้มีความพร้อมใช้งานในทุกสภาวการณ์ เช่น การทบทวนระบบสำรองที่ทดแทนระบบหลักการจัดระบบสำรองในพื้นที่อื่นเพื่อลดปัญหาการจัดการด้านกายภาพเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดกับระบบฮาร์ดแวร์ เป็นต้น |  |  |  |
|  |  |
|  | 20 ความรู้ขององค์กร [I-4.2ค] |  |  |  |
|  | **I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล \*\*\* (ติดตาม SS)** |  |  |  |
|  | 21 ขีดความสามารถและความเพียงพอ [I-5.1ก] |  |  |  |
|  | 22 สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน [I-5.1ข ค(1)(3)(4)] |  |  |  |
|  | 23 การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน [I-5.1 ค(2)]  1.ทบทวนการส่งเสริมและดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับกำลังคนแต่ละกลุ่มสุขภาพและส่งเสริมการป้องกันและการดูแลตนเอง (ตามที่ระบุในมาตรฐานอย่างครบถ้วน) พร้อมติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | 24 ความผูกพันและผลการปฏิบัติงาน ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน [I-5.2ก]  2.เพิ่มการเรียนรู้ในการกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน ความพึงพอใจ (จากช่องทางที่ได้มีการดำเนินการ เช่น การสำรวจ , การทำสัมภาษณ์) ในรายกลุ่มบุคคลากร นำสู่การจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการปรับปรุง) |  |  |  |
|  | 25 การพัฒนากำลังคนและผู้นำ [I-5.2ข]  3.ทบทวนระบบการพัฒนาบุคลากรที่เหมาะสมกับเนื้อหาการพัฒนาที่จำเป็น ในการสนับสนุนการบรรลุตามทิศทางที่ศูนย์การแพทย์ได้กำหนด (ทั้งด้านการบริการและการเรียนการสอน) พร้อมออกแบบการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนา |  |  |  |
|  | **I-6 การจัดการกระบวนการ** |  |  |  |
|  | 26 การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล [I-6.1ก ข, I-6.2ก]  **การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงานประสิทธิภาพและประสิทธิผล :** ทีมนำควรเสริมพลังให้ทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ ได้นำแนวคิด 3P และ PDSA มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพด้วยความเข้าใจยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญในการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนติดตามความก้าวหน้าของระบบงานต่างๆ ที่วางไว้และนำผลลัพธ์มาทบทวน ปรับปรุงให้บรรลุเป้าหมายอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น |  |  |  |
|  | 27 การจัดการห่วงโซ่อุปทาน [I-6.1ค]  **การจัดการห่วงโซ่อุปทาน :** ควรจัดทำข้อกำหนดห่วงโซ่อุปทานที่มีความสำคัญและมีระบบการประเมินและสะท้อนข้อมูลป้อนกลับให้กับผู้ส่งมอบที่ผลงานไม่ได้ตรงตามข้อกำหนด |  |  |  |
|  | 28 การจัดการนวตกรรม [I-6.1ง] |  |  |  |
|  | 29 การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก [I-6.1จ]  **ควรเพิ่มเติมการรวบรวม training risk จากระบบการเรียนการสอนเพื่อหาโอกาสพัฒนา** |  |  |  |
|  | 30 ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ [I-6.2ข] |  |  |  |
|  | **ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล** |  |  |  |
|  | **II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ** | |  |  |
|  | 31 ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม [II-1.1ก(1)(2)(3)(4)(10)]  **ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม :** ทีมนำและศูนย์คุณภาพควรประเมินประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งประมวลภาพรวมของการพัฒนาเทียบกับแผนที่วางไว้เป็นระยะ ให้การสนับสนุน ร่วมแก้ไขปัญหา เชื่อมโยงและประสานความร่วมมือในทุกขั้นตอนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ชัดเจนและต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้วิชาชีพต่าง ๆ (ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ)ได้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น |  |  |  |
|  | 32 การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(5)(8)(9)]  **การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ :** ทีมนำ ทีมพัฒนาคุณภาพชุดต่าง ๆ และหน่วยงานทั้งคลินิกและสนับสนุน ควรมีการประเมินตนเองด้วยวิธีการที่หลากหลาย ด้วยความเข้าใจและต่อเนื่อง เช่น การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาและเรียนรู้ AE การตามรอยการดูแลผู้ป่วย/การตามรอยระบบการทบทวนอุบัติการณ์ และการใช้แบบประเมินตนเอง SAR 2018 และ Scoring guideline 2018 ตามมาตรฐานฉบับใหม่ของ สรพ. เพื่อหาโอกาสพัฒนา |  |  |  |
|  | **33 การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(1)]**  **\*\*\* (ติดตาม SS)**  **การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย :** หน่วยงานต่างๆ ทั้งด้านคลินิกและสนับสนุนควรมีการทบทวนปัญหาในการให้บริการ การดูแลรักษาและอุบัติการณ์ความเสี่ยง โดยบูรณาการเข้าไปกิจกรรมประจำของหน่วยงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนาและนำสู่การปรับปรุงในเชิงระบบงานอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | 34 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย [II-1.1ข(2)(3)(4)]  **การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย :** ทีมนำทางคลินิกควรมีบทบาทหลักในการดูภาพรวมของการพัฒนาทางคลินิกรายโรคและบทบาทการเชื่อมโยงกับทีมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงในเชิงระบบร่วมกัน โดยกำหนดทิศทางและประเด็นสำคัญในการพัฒนาให้ครอบคลุม Pre-hospital / In-hospital / Post-hospital และมิติคุณภาพด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ ติดตามประเมินผลเพื่อหาโอกาสพัฒนาผ่านตัวชี้วัดและการตามรอย (Clinical Tracer) อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดียิ่งขึ้น  **ควรทบทวนการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่มีจำนวนมาก ปรับให้เห็นถึงความสมดุลกับตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ สะท้อนศักยภาพของคุณภาพการดูแลรักษาในระดับโรงเรียนแพทย์** |  |  |  |
|  | **35 ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย [II-1.2ก(1)(6)]**  **\*\*\* (ติดตาม SS)**  ควรสร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในการค้นหา/รายงานความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงเฉพาะทางด้านคลินิก โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสร้างการเรียนรู้ การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงรุกจากกิจกรรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวน การส่งต่อ เป็นต้น ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อนำสู่การปรับระบบงานให้รัดกุมในการป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิภาพการทำ RCA ในการป้องกันการเกิดซ้ำ |  |  |  |
|  | **36 กระบวนการบริหารความเสี่ยง [II-1.2ก(2)(3)]**  **\*\*\* (ติดตาม SS)**  ควรสร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในการค้นหา/รายงานความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงเฉพาะทางด้านคลินิก โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสร้างการเรียนรู้ การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงรุกจากกิจกรรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวน การส่งต่อ เป็นต้น ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อนำสู่การปรับระบบงานให้รัดกุมในการป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิภาพการทำ RCA ในการป้องกันการเกิดซ้ำ |  |  |  |
|  | **37 การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ [II-1.2ก(4)]**  **\*\*\* (ติดตาม SS)**  ควรสร้างการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานมีความรู้ความเข้าใจในการค้นหา/รายงานความเสี่ยง โดยเฉพาะความเสี่ยงเฉพาะทางด้านคลินิก โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสร้างการเรียนรู้ การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกเชิงรุกจากกิจกรรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง เช่น การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวน การส่งต่อ เป็นต้น ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อนำสู่การปรับระบบงานให้รัดกุมในการป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งติดตามประเมินประสิทธิภาพการทำ RCA ในการป้องกันการเกิดซ้ำ |  |  |  |
|  | **II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ** |  |  |  |
|  | 38 ระบบบริหารการพยาบาล [II-2.1ก]  **II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล**  1.ผู้บริหารทางการพยาบาลควรทบทวนภารกิจและนำไปสู่การวางยุทธศาสตร์ของฝ่ายการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มีบุคลากรทางการพยาบาลที่เพียงพอ มีศักยภาพสูง รองรับกับทิศทางของโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพครอบคลุมทั้งทางด้านการเรียน การสอน การวิจัย การให้บริการ ระดับตติยภูมิชั้นสูง และการกำหนดตัวชี้วัด โดยเฉพาะด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ช่วยให้เห็นศักยภาพทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ  2.ควรส่งเสริมการทบทวนระบบการนิเทศทางคลินิกให้มีประสิทธิภาพ เน้นการทบทวนเวชระเบียนและนำปัญหาความเสี่ยงที่พบบ่อย โอกาสพบการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มโรคสำคัญ มากำหนดประเด็นสำคัญในการนิเทศให้สม่ำเสมอและติดตามประเมินประสิทธิภาพของการนิเทศได้จริง |  |  |  |
|  | 39 ปฏิบัติการทางการพยาบาล [II-2.1ข]  3.จากที่มีการประเมินประสิทธิภาพการบันทึกตามกระบวนการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายไว้แล้วนั้น ส่งเสริมให้วิเคราะห์ผลว่า การพยาบาลมีความสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย ทั้งปัญหา ทางด้านคลินิก และปัญหาความต้องการหลังจำหน่ายอย่างไร เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ต่อไปในการกำกับดูแลทางการพยาบาล |  |  |  |
|  | 40 องค์กรแพทย์ [II-2.2] |  |  |  |
|  | **II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย \*\*\* (ติดตาม SS)** |  |  |  |
|  | 41 ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย [II-3.1ก,ข]  ทีมสิ่งแวดล้อมควรส่งเสริมการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสำหรับผู้ใช้สถานที่ ด้วยการค้นหาและรวบรวมข้อมูลจากทุกช่องทาง เรียนรู้การจัดประเภท การวิเคราะห์สาเหตุ นำสู่การจัดทำแผนบริหารสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นการจัดการเชิงระบบ เพื่อป้องกันความเสี่ยงและการลดโอกาสเกิดอุบัติการณ์ พิจารณาประเด็น  1. การเตรียมความพร้อมสำหรับพื้นที่ก่อสร้างที่ปลอดภัย |  |  |  |
|  | 42 การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย [II-3.1ค,ง]  2. การซ้อมแผนรองรับอัคคีภัยในสภาวการณ์ที่อาจเป็นปัญหาตามบริบท (เช่น อาคารสูง, พื้นที่ที่มีความยากในการเข้าถึง, พื้นที่ที่มีการเชื่อมต่อระหว่างอาคาร เป็นต้น) |  |  |  |
|  | 43 ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค [II-3.2ก,ข]  3. การบริหารจัดการระบบลิฟต์เพื่อลดโอกาสเกิดการติดค้าง, การบำรุงรักษาเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง  4. เร่งดำเนินการการบริหารจัดการแก๊สทางการแพทย์ตามแผนที่ได้กำหนดเพื่อให้มั่นใจได้ถึงความพร้อมใช้ |  |  |  |
|  | 44 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ [II-3.3ก] |  |  |  |
|  | 45 การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม [II-3.3ข]  5.การจัดการขยะติดเชื้อและขยะทั่วไป (ในประเด็นการขนย้าย การทำความสะอาดภาชนะจัดเก็บความเพียงพอของภาชนะจัดเก็บที่อาคารพัก) |  |  |  |
|  | **II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ \*\*\* (ติดตาม SS)** |  |  |  |
|  | 46 ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention & Control-IPC) [II-4.1ก]  1. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมบทบาทของทีม IC  เพื่อกำหนดนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะระบบสารสนเทศด้าน IC ให้สามารถติดตามข้อมูลและเฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อที่ทันเวลา รวมทั้งทำหน้าที่ติดตามกำกับ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายในระดับที่สูงขึ้น |  |  |  |
|  | 47 การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ [II-4.1ข] |  |  |  |
|  | 48 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป [II-4.2ก]  2. เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายที่เหมาะสมเพื่อสามารถป้องกันการติดเชื้อควรส่งเสริมการทบทวนและการตามรอยในด้าน  2.1 การปฏิบัติของบุคลากร ความรู้ความเข้าใจผลการปฏิบัติตาม นโยบายต่าง ๆ นำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและสาเหตุที่แท้จริง นำมาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบให้ชัดเจนขึ้น  2.2 ติดตามการบริหารด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามมาตรฐาน เพื่อลดโอกาสการเกิดการปนเปื้อน แพร่กระจายเชื้อในทุกหน่วยงานหลังจากมีการย้ายหน่วยงานต่าง ๆ ไปยังพื้นที่ใหม่ |  |  |  |
|  | 49 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ [II-4.2ข]  2. เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายที่เหมาะสมเพื่อสามารถป้องกันการติดเชื้อควรส่งเสริมการทบทวนและการตามรอยในด้าน  2.1 การปฏิบัติของบุคลากร ความรู้ความเข้าใจผลการปฏิบัติตาม นโยบายต่าง ๆ นำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลและสาเหตุที่แท้จริง นำมาปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่พบให้ชัดเจนขึ้น  3. ควรส่งเสริมการทบทวนปัญหาการติดเชื้อที่รุนแรงในการดูแลผู้ป่วยในเชิงวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่ม ข้อมูลเชื้อดื้อยาข้อมูลการใช้ยาฆ่าเชื้อต่าง ๆ โดยการนำข้อมูลจากการเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผนการป้องกัน ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทมากขึ้น |  |  |  |
|  | **II-5 ระบบเวชระเบียน** |  |  |  |
|  | 50 ระบบบริหารเวชระเบียน [II-5.1 ก/ข]  ทีมเวชระเบียนและทีมที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการพัฒนาระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีข้อมูลที่ครบถ้วน น่าเชื่อถือสำหรับใช้สื่อสารการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน  1.ทบทวนและเร่งพัฒนาการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ซึ่งดำเนินการใน 2 ระบบ ทั้งการเขียนและการบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งในปัจจุบันพบโอกาสที่ข้อมูลทั้ง 2 แห่งอาจมีความแตกต่างกัน  2. ทบทวนนโยบายด้านระบบบริหารเวชระเบียนให้ชัดเจน สื่อสารและติดตามการปฏิบัติ  (พิจารณาประเด็นการติดตามเวชระเบียนให้พร้อมใช้งาน แนวทางการแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด การออกแบบบันทึกที่ลดความซ้ำซ้อน เป็นต้น) |  |  |  |
|  | 51 ความสมบูรณ์ของการบันทึก [II-5.2] |  |  |  |
|  | **II-6 ระบบการจัดการด้านยา \*\*\* (ติดตาม SS)** |  |  |  |
|  | 52 การกำกับดูแลการจัดการด้านยา [II-6.1 ก]  คณะกรรมการด้านระบบยา ควรส่งเสริมการพัฒนาการจัดการด้านยาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ด้วยการ  1. เพิ่มบทบาทของคณะกรรมการด้านระบบยาในการประเมินประสิทธิภาพของระบบตามนโยบายที่ได้กำหนด เรียนรู้ข้อจำกัดในการดำเนินการ นำสู่การกำหนดนโยบาย/จุดเน้นสำคัญและนำสู่การปฏิบัติ  2. เรียนรู้การใช้ประโยชน์จากข้อมูลอุบัติการณ์ด้านยา (medication error, ADR ในทุกประเภท) วิเคราะห์ให้รู้ถึงปัจจัยและสาเหตุต้นตอ นำมาออกแบบระบบที่ปฏิบัติได้จริงร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน(พิจารณาประเด็นการติดตามระบบเฝ้าระวังแพ้ยาซ้ำ การจัดการเพื่อลดโอกาสเกิด ADR ในกลุ่มยาสำคัญที่พบข้อมูลของศูนย์การแพทย์ |  |  |  |
|  | 53 สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา [II-6.1 ข,ค] |  |  |  |
|  | 54 การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง [II-6.2 ก]  ปรับปรุงการดำเนินการ medication reconciliation ตามเป้าหมายได้ยาที่รวดเร็วที่สุดและตามบทบาทวิชาชีพ |  |  |  |
|  | 55 การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา [II-6.2 ข]  ปรับปรุงการตรวจสอบยาก่อนส่งมอบ |  |  |  |
|  | 56 การบริหารยาและติดตามผล [II-6.2 ค]  ปรับปรุงการบันทึกเวลาให้อย่างเหมาะสมในกลุ่มที่เวลามีประโยชน์สำคัญ การติดตามภายหลังบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูงเป็นต้น) |  |  |  |
|  | **II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง** | |  |  |
|  | 57 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์ [II-7.1] |  |  |  |
|  | 58 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก [II-7.2] |  |  |  |
|  | 59 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต [II-7.4] |  |  |  |
|  | 60 พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ [II-7.3/7.5] |  |  |  |
|  | **II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ** |  |  |  |
|  | 61 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8]  1.ควรส่งเสริมทบทวนโรคและภัยสุขภาพให้ครอบคลุมที่มีโอกาสเกิดและกำหนดนโยบายการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการในพื้นที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและนักศึกษา รวมทั้งส่งเสริม ความรู้ ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง  2.ควรส่งเสริมระบบการกำกับดูแล การเฝ้าระวังและนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังทั้งในและนอกโรงพยาบาลให้ครอบคลุมในทุกลุ่มโรคนอกจากโรคติดเชื้อ |  |  |  |
|  | **II-9 การทำงานกับชุมชน** |  |  |  |
|  | 62 การทำงานกับชุมชน [II-9]  องค์กรควรให้ความสำคัญกับการมองชุมชนของโรงพยาบาลในภาพรวมมากขึ้น และนำข้อมูลประเด็นสาธารณะมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดชุมชนของโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถวางระบบการส่งเสริมป้องกันโรคและปฏิบัติตามที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกลุ่ม พร้อมให้การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพให้กับชุมชนเพื่อการควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นวิเคราะห์ศักยภาพและข้อจำกัดแล้ว รวมทั้งออกแบบระบบการจัดการสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละชุมชน มุ่งเน้นรูปแบบทำงานที่เสริมพลังชุมชน มุ่งเน้นการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลกต่อสภาวะสุขภาพ สรุปผลงานและพัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเป็นแกนหลักเพิ่มขึ้น |  |  |  |
|  | **ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย** |  |  | **ทุก PCT ทำแผนพัฒนาตามข้อเสนอแนะมาตรฐานตอนที่3ทั้งหมด (ดูจากร่างแผนพัฒนา)** |
|  | **III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ** |  |  |  |
|  | 63 การเข้าถึงบริการ [III-1(1-3)]  ควรทบทวนระบบการประเมินแรกรับที่ OPD และคลินิกต่าง ๆ ให้ชัดเจน ตั้งแต่เกณฑ์จำแนกความรุนแรง โอกาสการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่มารับบริการ จะถูกจำแนกตามความรุนแรงของผู้ป่วย |  |  |  |
|  | 64 กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1(4-8)] |  |  |  |
|  | **III- 2 การประเมินผู้ป่วย** |  |  |  |
|  | 65 การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก,ข]  ควรทบทวนการใช้แนวทางในการประเมินผู้ป่วยและการใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีสอดคล้องกันในกลุ่มผู้ป่วยที่ซับซ้อน เช่น sepsis,traumatic brain injury,stroke เป็นต้น รวมทั้งมีการประเมินที่ครอบคลุมอย่างรอบด้าน เพื่อให้ได้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน นอกจากนี้ควรวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะรักษา เช่น Unplan ICU, Unplan Intubation, ทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย เป็นต้น เพื่อกำหนดแนวทางในการประเมินซ้ำที่เหมาะสมกับภาวะผู้ป่วยและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลได้อย่างทันเวลา |  |  |  |
|  | 66 การวินิจฉัยโรค [III-2 ค] |  |  |  |
|  | **III-3 การวางแผน** |  |  |  |
|  | 67 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]  ทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย สื่อสารแผนการดูแลในทีมอย่างชัดเจนประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมเมื่ออาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงรวมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตาม CPG ให้เป็นรูปธรรมเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ |  |  |  |
|  | 68 การวางแผนจำหน่าย [III-3.2] |  |  |  |
|  | **III-4 การดูแลผู้ป่วย** |  |  |  |
|  | 69 การดูแลทั่วไป [III-4.1] |  |  |  |
|  | 70 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]  **ควรนำอุบัติการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ DOT, มารดาต่างด้าวเสียชีวิต มาสู่กระบวนการทบทวนและหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง**  ควรทบทวนเกณฑ์ที่ใช้ในการรายงานแพทย์ที่ใช้ในการรายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที (early warning signs) ให้มีความเหมาะสมและมีความไวในการตรวจพบอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงให้ครอบคลุมในผู้ป่วยแต่ละสาขา และหน่วยงานเพื่อลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่วางแผน Un-plan ET Tube เป็นต้น |  |  |  |
|  | 71 การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก] |  |  |  |
|  | 72 การผ่าตัด [III-4.3 ข] |  |  |  |
|  | 73 อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค]  ควรส่งเสริมการจัดบริการโภชนบำบัดที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเพื่อเป็นส่วนสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยการพัฒนาการประเมินภาวะโภชนาการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ (อาจดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง) สื่อสารผลการประเมินและเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยโดยนัก โภชนาการ/นักกำหนดอาหาร จัดบริการโภชนบำบัดที่เหมาะสมและติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | 74 การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย [III-4.3 ง]  ควรส่งเสริมให้สหสาขาวิชาชีพ มีการประเมินและการประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการและการตอบสอนต่อความต้องการด้านต่าง ๆ อย่างครอบคลุมและเหมาะสมแต่ละราย รวมทั้งการส่งเสริมความรู้ต่อเนื่องถึงผู้ดูแลในชุมชน |  |  |  |
|  | 75 การจัดการความปวด [III-4.3 จ]  เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและการจัดการการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม -ควรทบทวนและส่งเสริมความรู้และทักษะการประเมินของพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในกาประเมินระดับ pain การประเมินซ้ำ การจัดการกับความเจ็บปวดการประเมินประสิทธิภาพการจัดการต่อความเจ็บปวดอย่างเป็นระบบมากขึ้น ในผู้ป่วยทุกกลุ่มที่กำหนด |  |  |  |
|  | 76 การฟื้นฟูสภาพ [III-4.3 ฉ]  ควรส่งเสริมให้มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการรักษาอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและประเมินผลการรักษาหลักการให้การบำบัด ฟื้นฟูสภาพอย่าเหมาะสมครอบคุลมในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในสาขาต่าง ๆ ของโรงพยาบาลรวมทั้งประสานข้อมูลผลการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญของโรงพยาบาลกับทีม PCT ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการติดตามอย่างต่อเนื่อง |  |  |  |
|  | 77 การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช]  เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถติดตามผลการดำเนินการของทีมดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ควรวางระบบ ประเมินผลลัพธ์การจัดการสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจนมากขึ้น จำแนกกลุ่มที่ดูแลในคลินิกโดยรวมและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาในแต่ละวิธีและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น |  |  |  |
|  | **III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว** | |  |  |
|  | 78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5] |  |  |  |
|  | **III-6 การดูแลต่อเนื่อง** |  |  |  |
|  | 79 การดูแลต่อเนื่อง [III-6]  ควรมีการประเมินการดูแลต่อเนื่องในภาพรวมของแต่ละ PCT เพื่อให้เห็นสถานการณ์จริงของระบบการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุม ตั้งแต่ผู้ป่วยในระบบนัดหมาย ระบบส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องที่สถานพยาบาลที่มีการส่งกลับ และการนำผลการดูแลต่อเนื่องมาสรุปภาพรวมปัญหาและคืนให้หน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อนำไปปรับปรุงระบบการเตรียมจำหน่ายและเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป |  |  |  |
|  | **ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ** |  |  |  |
|  | **IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ** |  |  |  |
|  | 80 ผลลัพธ์ในมิติการเข้าถึง [IV-1, III-1]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (9PCT) |  |  |  |
|  | 81 ผลลัพธ์ในมิติความต่อเนื่องในการดูแล [IV-1, III-5,6]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (9PCT) |  |  |  |
|  | 82 ผลลัพธ์ในมิติความเหมาะสมในการดูแล [IV-1, III-2,3,4]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ(9PCT) |  |  |  |
|  | 83 ผลลัพธ์ในมิติประสิทธิผลในการดูแล [IV-1, III-2,3,4]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (9PCT) |  |  |  |
|  | 84 ผลลัพธ์ในมิติประสิทธิภาพในการดูแล [IV-1, III-2,3,4]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (9PCT) |  |  |  |
|  | 85 ผลลัพธ์ในมิติความปลอดภัยในการดูแล [IV-1, III-2,3,4]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (9PCT) |  |  |  |
|  | 86 ผลลัพธ์ในมิติคนเป็นศูนย์กลาง [IV-2, III-2,3,4]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (9PCT) |  |  |  |
|  | 87 ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ [IV-1(2)]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในแต่ละมิติคุณภาพที่ตรงประเด็นในภาพใหญ่ขององค์กร ไม่ต้องใส่มาทุก KPI ในแต่ละโรคและควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์ จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (9PCT) |  |  |  |
|  | 88 ผลลัพธ์ของ PSG:S การผ่าตัดที่ปลอดภัย [IV-1, III-4.3ก,ข]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการผ่าตัดไม่ปลอดภัย และการระงับความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มเติม และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์กล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการ RM, ทีมกรรมการ OR) |  |  |  |
|  | 89 ผลลัพธ์ของ PSG:I การป้องกันการติดเชื้อ/ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ [IV-1, II-4]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อติดเชื้อในโรงพยาบาล และประเมินประสิทธิภาพการล้างมือ และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการRM, ทีมกรรมการIC) |  |  |  |
|  | 90 ผลลัพธ์ของ PSG:M การจัดการระบบยาและการให้เลือด [IV-1, II-6, II-7.4]  ควรทบทวนความครบถ้วนของบการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงยาในแต่ละกลุ่มที่กำหนดนโยบายการจัดการไว้ เช่น ยาเสี่ยงสูง Med reconciliation, ADE,ADR และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run, chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการRM, ทีมกรรมการระบบยา) |  |  |  |
|  | 91 ผลลัพธ์ของ PSG: P กระบวนการวินิจฉัยและดูแล [IV-1, III]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลการวินิจฉัยโรค กระบวนการของ Lab, กระบวนการดูแลอื่น ๆ อีกที่มีโอกาสไม่ปลอดภัย เช่น การระบุตัวผู้ป่วย และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการRM, ทีมกรรมการPCT) |  |  |  |
|  | 92 ผลลัพธ์ของ PSG:L line, tube, catherter, lab [IV-1, II-7.2]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึง line, Tube ในกลุ่มอื่น ๆ นอกเหนือจาก ET-Tube เลื่อนหลุด และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลการผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการRM) |  |  |  |
|  | 93 ผลลัพธ์ของ PSG:E การตอบสนองสถานการณ์เร่งด่วน [IV-1, III-4.2 (5)]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงกระบวนการสำคัญต่าง ๆ ที่ส่งผลการประเมินโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลาเพื่อการรายงานแพทย์ และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการRM, ทีมกรรมการPCT) |  |  |  |
|  | **IV-3 ผลด้านกำลังคน** |  |  |  |
|  | 94 ผลลลัพธ์ด้านกำลังคน [IV-3, I-5]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI ในหมวดนี้ครอบคลุมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร (โรงพยาบาลเอาไปรวมที่หมวดผู้ป่วย) และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการHR) |  |  |  |
|  | **IV-4 ผลด้านการนำ** |  |  |  |
|  | 95 ผลลัพธ์ด้านการนำ [IV-4, I-I, I-2] |  |  |  |
|  | **IV-6 ผลด้านการเงิน** |  |  |  |
|  | 96 ผลลัพธ์ด้านการเงิน [IV-6, I-2]  ควรทบทวนความครบถ้วนของการคัดเลือก KPI และควรใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ประโยชน์จาก Run chart, Control chart มากขึ้น เพื่อบ่งชี้ปัจจัยที่ส่งผลกับผลลัพธ์ดังกล่าวเพื่อหาโอกาสพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ (ทีมกรรมการบริหาร, ทีมกรรมการระบบการเงินโรงพยาบาล) |  |  |  |
|  | **Clinical Tracer** |  |  |  |
|  | 97 PCT1 หรือการดูแลผู้ป่วย acute |  |  |  |
| 98 PCT2 หรือการดูแลผู้ป่วย chronic |  |  |  |
| 99 PCT3 หรือการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน |  |  |  |
| 100 PCT4 หรือการดูแลในชุมชน [II-9] |  |  |  |
| 101 PCT5 หรือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสำคัญอื่นๆ |  |  |  |
| PCT อายุรกรรม |  |  |  |
| PCT ศัลยกรรม |  |  |  |
| PCT กุมารเวชกรรม |  |  |  |
| PCT สูติ-นรีเวชกรรม |  |  |  |
|  | PCT ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ |  |  |  |
|  | PCT โสต ศอ นาสิก |  |  |  |
|  | PCT จักษุวิทยา |  |  |  |
|  | PCT จิตเวช |  |  |  |
|  | PCT เวชศาสตร์ครอบครัว |  |  |  |