

มาตรฐานใหม่ บุรณการกันอย่างไร

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
นำเสนอในที่ประชุม National Forum ครั้งที่ 6
16 มีนาคม 2548 เวลา 1645-1815 น.
ห้อง Meeting 8
ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี

ความเป็นมาและการเปลี่ยนแปลง

Rationale & Changes



Why Update the Standard?

- Reality from the field
 - What is important
 - Need more flexible standards
- Change of knowledge & evidence
- Performance excellence MBNQA/TQA
 - More result oriented
 - Explicit staff focus
- Health promotion concept
- More value for hospitals



Timeframe

Draft
Hearing
Revise

Pilot Test
-Self Assess
-Survey

Finalize

Announcement
Training

Formal
Implement

Sep 2004

Jan 2005

Jun 2005

Jan 2006



Major Changes

- Structure
 - MBNQA framework
 - Hospital specific process
 - Health promotion integrated
- Less Prescriptive, more generic
- More Emphasis on
 - Context relevant
 - Learning & improvement
 - Result



โครงสร้างมาตรฐานใหม่

New Standard Structure



HA Standard 2005 Structure

- Part I: Organization Management Overview
- Part II: Key Hospital Systems
- Part III: Patient Care Processes
- Part IV: Organization Performance Results

Part I-IV

Categories 1-7

Item .1 - .3

Sub-item a - f

Bullet

ตอน I-IV

หมวด 1-7

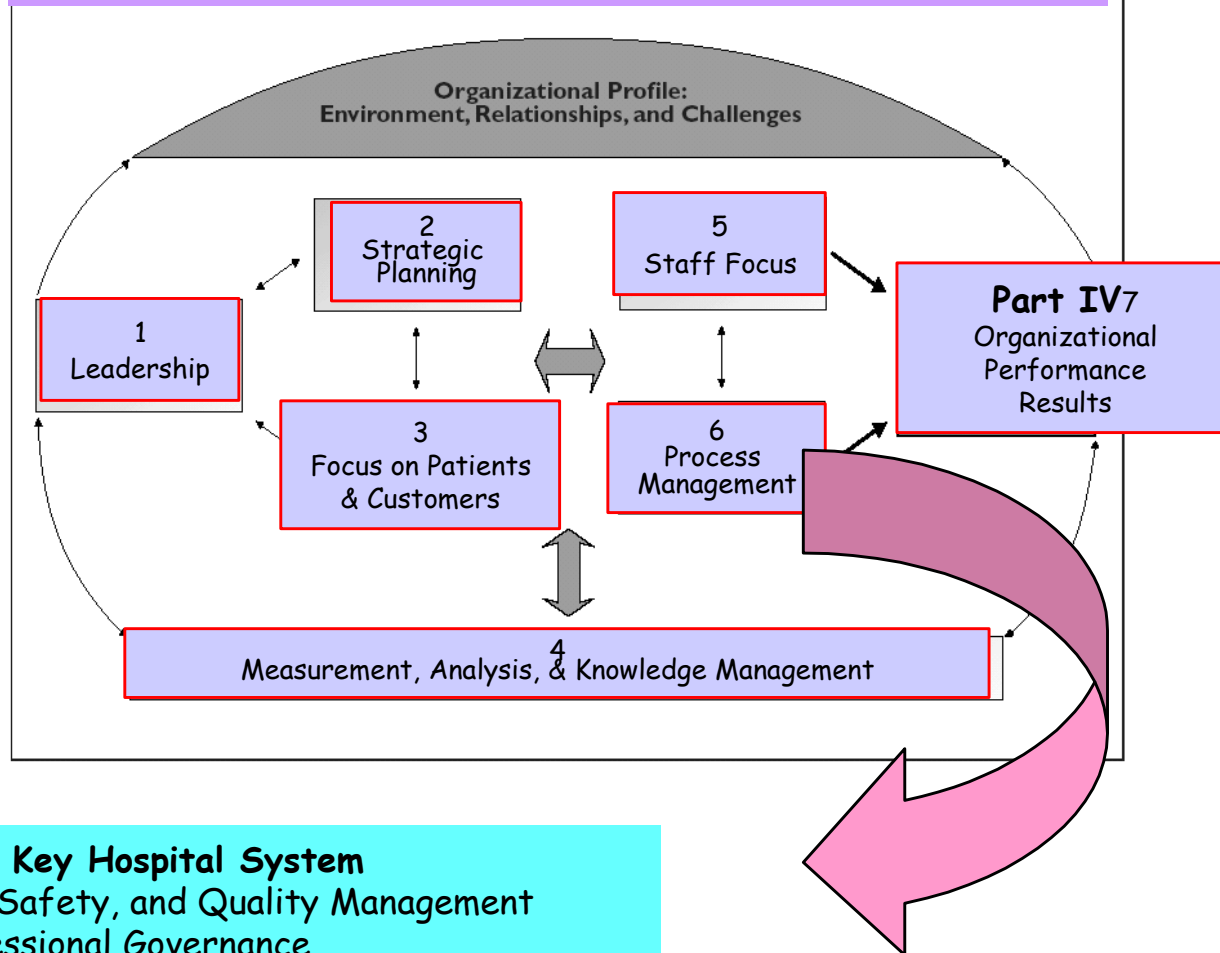
หัวข้อ .1 - .3

ข้อย่อย a - f

Bullet



Part I Organization Management Overview



Part II Key Hospital System

1. Risk, Safety, and Quality Management
2. Professional Governance
3. Physical Structure and Environment of Care
4. Prevention and Control of Infection
5. Medical Record System
6. Medication Management System
7. Clinical Laboratory System
8. Working with Community (Option)

Part III Patient Care Process

1. Entry
2. Patient Assessment
3. Planning of Care
4. Patient Care Delivery
5. Information and Empowerment
6. Discharge Planning & Continuity of Care

Part I: Organization Management Overview

1. Leadership
2. Strategic Management
3. Focus on Patients/Customers
4. Information and Knowledge Management
5. Staff Focus (HR)



Part II: Key Hospital Systems

1. Risk, Safety, and Quality Management
2. Professional Governance
3. Physical Structure and Environment of Care
4. Prevention and Control of Infection
5. Medical Record System
6. Medication Management System
7. Clinical Laboratory System
8. Working with Community



Part III: Patient Care Processes

1. Entry
2. Patient Assessment
3. Planning of Care
4. Patient Care Delivery
5. Information and Empowerment
6. Discharge Planning & Continuity of Care



Part IV:

Patient Care Processes

1. Health Care Results
2. Patient and Other Customer-focused Results
3. Financial ResultsError
4. Staff and Work System Results
5. Organizational Effectiveness Results
6. Governance and Social Responsibility Results
7. Health Promotion Results

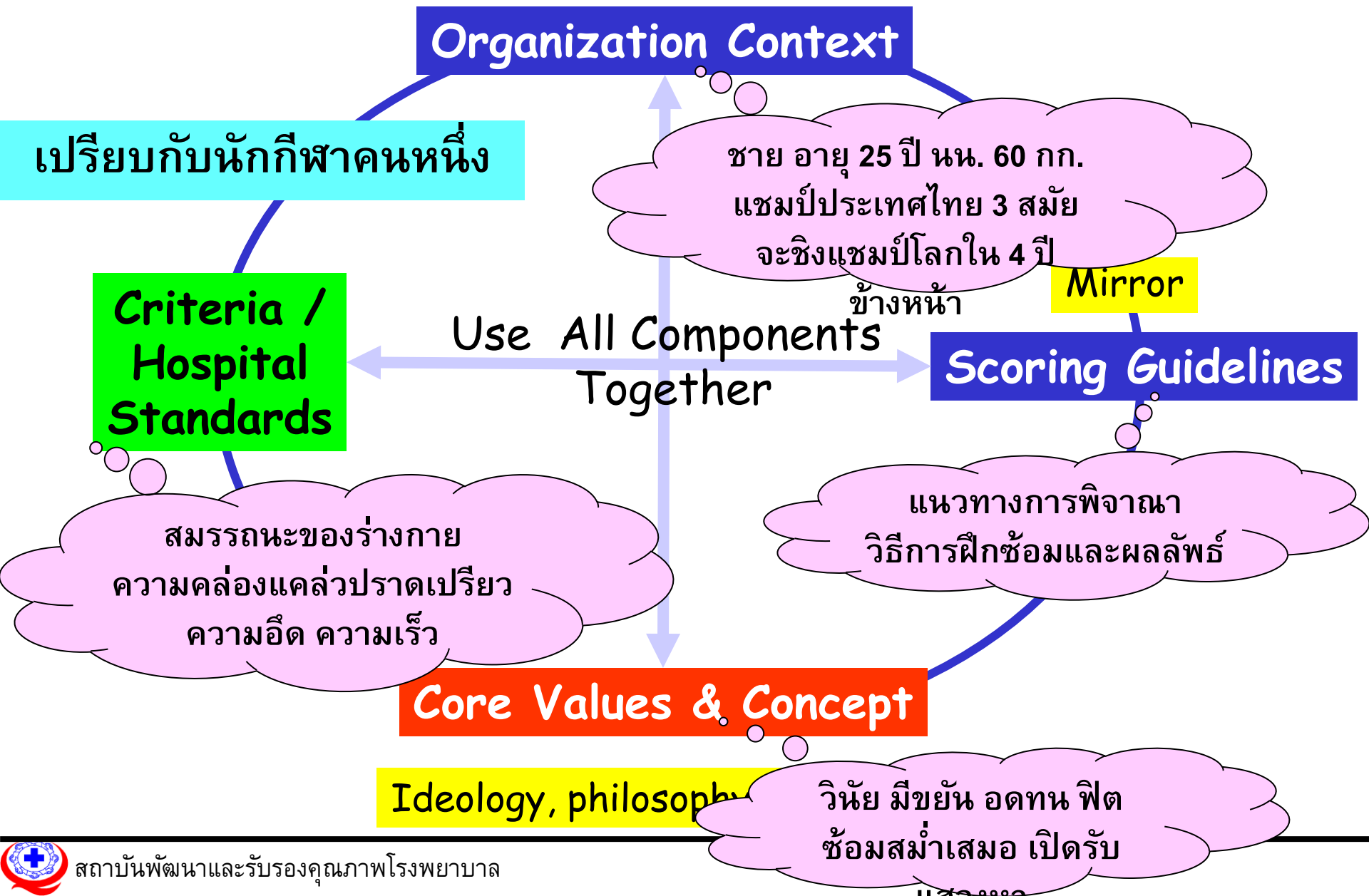


ความสำคัญของแนวคิด/ค่านิยมหลักและบริบท

Important of Core Value/Concept & Context



Reality of the environment & the given (context)



Reality of the environment & the given (context)



แนวทางการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน Scoring Guideline



Item Compliance

1 = Beginning, structure

2 = Promising processes ↔

Understand

3 = Achieve the purposes ↔

Well Implemented

4 = Above average ↔ **Innovation, Integration, Evaluation**

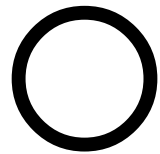
5 = Excellent ↔

Good Outcome, Culture



Bullet Compliance:

For the teams to mark the weakness



Compliance

Satisfactory
ได้เป็นส่วนใหญ่

Partial
ได้บางส่วน

Insufficient
ไม่ได้เป็นส่วนใหญ่

NA

Proc. Design

Good

Fair

Alignment
Context
Customer need
Evidence-based

Implement

Good
≥ 6mo

Fair
3-6 mo

< 3mo

**Purpose
Achieve**

Yes

Appropriateness
Effectiveness
Control & feed back



Bullet Compliance → Item Compliance

😊 ทั้งหมด

3 4 5

😊 เป็นส่วนใหญ่

3

😐 เป็นส่วนใหญ่

2

😞 เป็นส่วนใหญ่

1

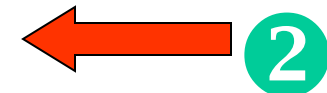
- What should be the lowest level that we assess the compliance level?
- Need to make balance between workload & benefit

ดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และแสดงถึงระบบธรรมาภิบาลที่ดี

๑. การกำหนดทิศทางองค์กรโดยผู้หาระดับสูง



(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ (mission) ค่านิยม (value) ทิศทาง (direction) ผลงานที่คาดหวัง (performance expectation) และถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ, มีการสื่อสารในลักษณะสองทิศทางอย่างได้ผล กับบุคลากรทั้งหมด และกับหน่วยงานสำคัญที่ทำงานร่วมกัน



☐ ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ ค่านิยม ทิศทาง ผลงานที่คาดหวัง



☐ ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ ค่านิยม ทิศทาง ผลงานที่คาดหวังสู่การปฏิบัติ

☐ มีการสื่อสารในลักษณะสองทิศทางกับบุคลากร

☐ มีการสื่อสารในลักษณะสองทิศทางกับหน่วยงานสำคัญที่ทำงานร่วมกัน

Self Assessment



Self Assessment: Purpose

Review & synthesis improvement efforts by the hospital

- Look at the whole picture
- See opportunity for further improvement & integration

Communication

- Common understanding within the hospital
- With the surveyors



Self Assessment: Level

- Hospital level:
 - All 4 parts of the standards
- CLT level:
 - CLT Profile
 - Part 3 (patient care processes) unique to the team
 - Clinical quality by diseases/procedures/health conditions/target groups (process & outcome)
- Unit level (other than wards)
 - Brief unit profile



Good Self Assessment Writing

- ตรงประเด็นกับมาตรฐาน ต้องทำความเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานให้ชัดเจน และตอบให้ตรงประเด็น
- ประเมินบนพื้นฐานของบริบทที่เกี่ยวข้อง ทำให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติและสอดคล้องกับความต้องการขององค์กร
- กระชับ ไม่เยิ่นเย้อ มีรายละเอียดให้เห็นว่ามีการปฏิบัติจริง หลีกเลี่ยงการตอบเชิงหลักการ ระบุใจความสำคัญของแนวทางปฏิบัติ (ไม่ต้องนำคู่มือหรือหมายเลขของคู่มือจำนวนมากมาระบุ)
- หลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน ใช้เอกสารในระดับสูงสุดเป็นจุดอ้างอิง
- ระบุบริบท (context) สำหรับเรื่องนั้นให้ชัดเจน
- ตอบในลักษณะ PDCA โดยเน้น check & act ให้มาก
- ผ่านการทบทวนและให้ความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มนำและทีมสหสาขาวิชาชีพ



Context

- What is 'Context': background, circumstance, situation, framework, setting, environment
- How to think of context (just a guideline)
 - Our identity
 - What make us differ from the others
 - Our purposes
 - Relevancy
 - What's in it (standard) for me (our team)
 - Key
 - Services
 - Input/working condition
 - Customers/clinical population & requirement
 - Processes
 - Challenges/Problems/risks



ตัวอย่างการตอบแบบประเมินตนเอง: ระดับ Item

ตัวอย่างการตอบแบบประเมินตนเองระดับโรงพยาบาล

Self Scoring

1.1 การนำองค์กร

Hospital ③

Surveyor

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร ทบทวนผลงานขององค์กร สร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และแสดงถึงระบบธรรมาภิบาลที่ดี

Context

บริบท

โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอ มีคณะกรรมการบริหารเป็นทีมนำขององค์กรประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายและบุคลากรอาวุโสจำนวน 10 คน กรรมการแต่ละท่านได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผนกลยุทธ์และระบบงานที่สำคัญ คณะกรรมการประชุมกันทุกสองสัปดาห์และมีการประชุมรวมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลประจำทุกเดือน โรงพยาบาล มี PCU เป็นเครือข่ายบริการในอำเภอจำนวน 10 แห่ง มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โรงเรียน สถานีตำรวจ อัยการ วัด อบต.



ตัวอย่างการตอบแบบประเมินตนเอง: ระดับ Bullet

a. การกำหนดทิศทางองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ (mission) ค่านิยม (value) ทิศทาง (direction) ผลงานที่คาดหวัง (performance expectation) และถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ, มีการสื่อสารในลักษณะสองทิศทางอย่างได้ผล กับบุคลากรทั้งหมด และกับหน่วยงานสำคัญที่ทำงานร่วมกัน

Actual practice

☺ ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ ค่านิยม ทิศทาง ผลงานที่คาดหวัง

คณะกรรมการบริหารมีการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกำหนดประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นในการพัฒนาเป็นประจำทุกปี โดยครั้งสุดท้ายมีการทบทวนเมื่อ 1-2 ธันวาคม 2547 ยืนยันวิสัยทัศน์ พันธกิจเดิม และประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นในการพัฒนา ได้แก่ ความเสี่ยงทางคลินิก การผสมผสานแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในทุกงานประจำ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

Content

☺ ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ ค่านิยม ทิศทาง ผลงานที่คาดหวังสู่การปฏิบัติ

ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ ค่านิยม และทิศทางองค์กรลงสู่การปฏิบัติ โดยใช้เทคนิค 'โยนรับลูก' (catchball) ผู้นำระดับสูงจะกำหนดเป้าหมายรวมของส่วนงาน ให้หน่วยงานระดับรองลงไปกำหนดเป้าหมายของตนเองเพื่อสนับสนุนเป้าหมายรวมของส่วนงานและเสนอกลับขึ้นมา มีการเจรจาเพื่อปรับเป้าหมายของทุกระดับให้สอดคล้อง

New idea ->
effective potential

ทำคู่มือเป็นคำอธิบาย สิ่งที่ต้องการ และตัวอย่างของการปฏิบัติเหมาะสมกับบริบท



ตัวอย่างการตอบแบบประเมินตนเอง: ระดับ Bullet

Evaluation

☺ มีการสื่อสารในลักษณะสองทิศทางกับบุคลากร

มีการสื่อสารทิศทางองค์กรกับบุคลากรผ่านทางสื่อและการประชุมต่าง ๆ เช่น intrenet การประชุมประจำเดือน การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน มีการประเมินการรับรู้ทิศทางขององค์กรและการประยุกต์ใช้กับหน้าที่รับผิดชอบของตนเองทุก 6 เดือน ผลพบว่าเจ้าหน้าที่รับรู้พันธกิจ วิสัยทัศน์และค่านิยมค่อนข้างดี แต่ยังไม่เข้าใจความคาดหวังของผู้บริหารและการประยุกต์ใช้ค่านิยมกับหน้าที่รับผิดชอบยังอยู่ในระดับปานกลาง จึงได้นำมาปรับปรุงโดยจัดให้มี web board หน้า “โน้มนำเข้าตัว” ให้แต่ละหน่วยงานนำเสนอรูปธรรมของการประยุกต์ใช้ค่านิยมขององค์กรกับงานของตน

Learning & Improvement

☹ มีการสื่อสารในลักษณะสองทิศทางกับหน่วยงานสำคัญที่ทำงานร่วมกัน

หน่วยงานสำคัญที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลได้แก่ เครือข่าย PCU ในพื้นที่ หน่วยงานราชการต่าง ๆ องค์กรเอกชน ทางโรงพยาบาลมีการสื่อสารทิศทางองค์กรกับเครือข่าย PCU เพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดี โดยมี การประชุมร่วมกันเป็นระยะ ส่วนการสื่อสารทิศทางองค์กรกับหน่วยงานอื่น ๆ ยังไม่ได้ดำเนินการ

Context relevant



Clinical Tracer of Quality



Patient Care Improvement

ยึดเป้าหมาย หลากหลายวิธี ไม่ติดรูปแบบ

ติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

KPI Monitoring

ศึกษาจากผู้เยี่ยมยุทธ์

Benchmarking

มาช่วยกันดูหลาย ๆ มุม

Multidisciplinary Team

เจาะหาจุดอ่อนจากบันทึก

Medical Record/Bedside Review

รวมดูแลแบบองค์รวม

Holistic Care

ใช้อุบัติการณ์มาวิเคราะห์

Root cause Analysis from Incidence

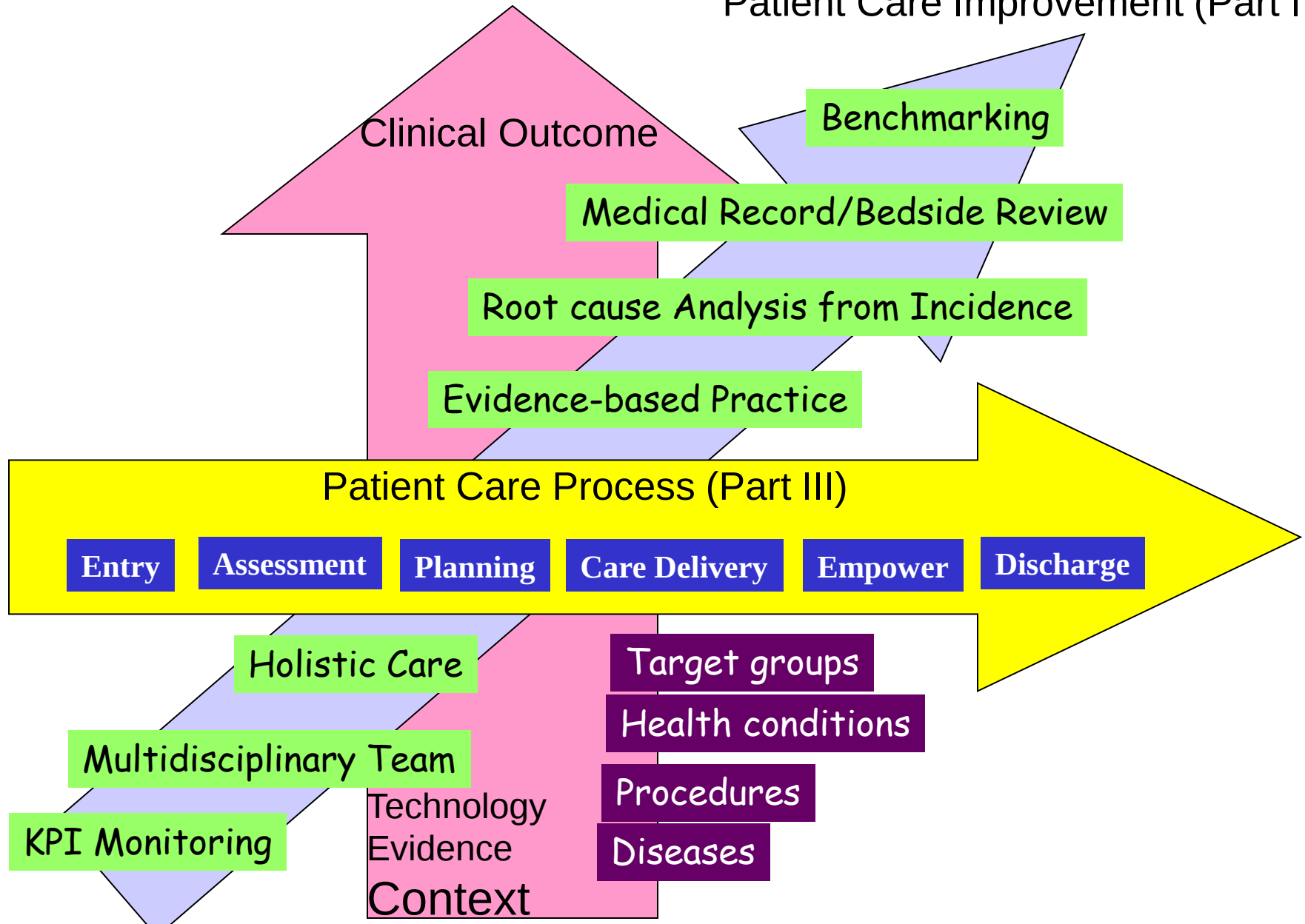
สวมความรู้วิชาการ

Evidence-based Practice

ผู้ป่วยเบาหวาน
ควบคุมสภาวะสุขภาพของตนได้
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน



Patient Care Improvement (Part II)



Clinical Tracer of Quality

1-2 pages

ตัวอย่างคุณภาพการวัดบริการทางคลินิก (Clinical Tracer of Quality)

โรงพยาบาล	
สาขา	
สถานะทางคลินิก	
วันที่	

1. บริบท
2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ
3. เครื่องชี้วัดสำคัญและการใช้ประโยชน์
4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ
5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



3. เครื่องชี้วัดสำคัญ
และการใช้ประโยชน์

Patient Care Improvement (Part II)

Clinical Outcome

Benchmarking

Medical Record/Bedside Review

Root cause Analysis from Incidence

Evidence-based Practice

4. กระบวนการเพื่อให้
ได้คุณภาพ

Patient Care Process (Part III)

Entry

Assessment

Planning

Care Delivery

Empower

Discharge

Holistic Care

Multidisciplinary Team

KPI Monitoring

Technology

Evidence

Context

Target groups

Health conditions

Procedures

Diseases

1. บริบท

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ



Clinical Tracer of Quality: Context

1. บริบท

(ระบุลักษณะเฉพาะของสภาวะทางคลินิกนี้ในบริบทของโรงพยาบาล อาจรวมถึงลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการและความต้องการของผู้รับบริการ สาเหตุที่สภาวะนี้มีความสำคัญในพื้นที่ ระดับการจัดบริการที่โรงพยาบาลสามารถจัดได้และความสัมพันธ์กับสถานบริการสาธารณสุขอื่น จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่มี เครื่องมือพิเศษที่ใช้)

ROP (Retinopathy of Prematurity) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในทารกที่คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีจักษุแพทย์เพียงแห่งเดียวในเขตรัศมี 200 กม. ซึ่งต้องรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขต 8 จังหวัด มีผู้ป่วยของโรงพยาบาลเองปีละ 20 รายและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาปีละ 100 ราย การระมัดระวังในการให้ออกซิเจนในระดับที่เหมาะสม การตรวจพบและให้การรักษาแต่เริ่มแรกภายใน 4-6 สัปดาห์จะช่วยป้องกันความพิการแก่ทารกได้ โดยเครื่องมือพิเศษที่ใช้คือเครื่องยิง laser



Clinical Tracer of Quality: Key Issue & Indicator

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

(ระบุว่าสภาวะนี้มีประเด็นที่ผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพให้ความสำคัญอะไรบ้าง รวมทั้งมีความเสี่ยงสำคัญอะไร ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรไปปรากฏอยู่ในเครื่องชี้วัดสำคัญ กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ และการพัฒนาต่อเนื่องด้วย)

- การตรวจพบแต่เริ่มแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น
- การทำความเข้าใจกับครอบครัว ในกรณีที่ไม่สามารถป้องกันความพิการของตาได้

3. เครื่องชี้วัดสำคัญและการใช้ประโยชน์

(ระบุเครื่องชี้วัดที่ทีมใช้ในการ monitor ความก้าวหน้าของการพัฒนาและความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งควรครอบคลุมประเด็นสำคัญหรือความเสี่ยงสำคัญด้วย รวมทั้งข้อมูลเครื่องชี้วัดที่ติดตามต่อเนื่องในรูปแบบของ run chart หรือ control chart และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์)

- อัตราการเกิด ROP ในทารกที่คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาล
- อายุของทารกที่ได้รับการส่งต่อมาพบจักษุแพทย์ครั้งแรก
- จำนวนทารกที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย
- ความสำเร็จในการป้องกันความพิการของตาในทารกที่ส่งต่อให้จักษุแพทย์



Clinical Tracer of Quality: Process & Improvement

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

(ระบุว่าทีมงานดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจุดสำคัญหรือจุดวิกฤติของกระบวนการดูแล มีการประสานกับหน่วยงานหรือทีมงานอื่นอย่างไร)

5. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ระบุว่ามีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นลำดับอย่างไรก่อนจะมาถึงสิ่งที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน มีแผนที่จะดำเนินการอะไรต่อ บทเรียนจากการพัฒนาคุณภาพในสภาวะนี้มีอะไรบ้าง)



Examples of HA Standards



ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1. การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

1.1 ทิศทางคุณภาพ

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

ค. การทำงานเป็นทีม

(1) มีกลไกการสื่อสาร การประสานงาน การสร้างความร่วมมือ และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งภายในหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

(2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน/สหสาขาวิชาชีพ ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ

(3) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร



ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1. การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

1.1 ทิศทางคุณภาพ

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

ค. การทำงานเป็นทีม

ง. การประเมินตนเอง

(1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสม ได้แก่ วิธีการเชิงคุณภาพ การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย

(2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากล ตามความเหมาะสม

(3) กลไกการประเมินตนเอง ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้า และแบบประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามเครื่องชี้วัด



ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.2 การจัดการกระบวนการ

กระบวนการสำคัญได้รับการออกแบบ ควบคุม ติดตามกำกับ และปรับปรุง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการและสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กร อย่างมีประสิทธิภาพ

ก. การออกแบบกระบวนการ (Process Design)

- (1) องค์กรกำหนดกระบวนการที่สำคัญ¹ มีการพิจารณาว่ากระบวนการต่างๆ สร้างหรือเพิ่มคุณค่าให้แก่ผลลัพธ์สุขภาพและผลงานขององค์กรที่คาดหวังอย่างไร
- (2) องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ และคู่ค้าร่วมด้วย
- (3) องค์กรออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองข้อกำหนดสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อกำหนดทางกฎหมาย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
- (4) องค์กรพยายามลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบให้เหลือน้อยที่สุด และพยายามป้องกันความผิดพลาดและการต้องทำงานซ้ำ



ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.2 การจัดการกระบวนการ

กระบวนการสำคัญได้รับการออกแบบ ควบคุม ติดตามกำกับ และปรับปรุง เพื่อให้ตอบสนองความต้องการและสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กร อย่างมีประสิทธิภาพ

ข. การควบคุมและปรับปรุงกระบวนการ

- (1) การปฏิบัติงานประจำวันสำหรับกระบวนการสำคัญต่าง ๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านั้น
- (2) มีการใช้ตัวชี้วัดผลงานที่สำคัญ (KPI) สำหรับการควบคุมและการปรับปรุงกระบวนการสำคัญ ทั้งในส่วนของการดูแลผู้ป่วยและกระบวนการอื่นๆ
- (3) มีการปรับปรุงกระบวนการสำคัญเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
- (4) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ



ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.3 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- (1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ตัวอย่างโปรแกรมบริหารความเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง
- (2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน
- (3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม และสื่อสารอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล
- (4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน
- (5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นต้นตอเพื่อค้นหาปัจจัยองค์กร²ที่อยู่เบื้องหลังต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น



ตอนที่ 2 ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.3 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและค้นหาโอกาสพัฒนา
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝึกอบรม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นต้นตอ นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด



7.3 การควบคุมและพัฒนาคูณภาพ

ห้องปฏิบัติการจัดให้มีกระบวนการควบคุมคุณภาพสำหรับวิธีการทดสอบแต่ละอย่าง นำข้อมูลจากกระบวนการเหล่านี้มาใช้เพื่อติดตามและสร้างความมั่นใจในความคงตัวของระบบทดสอบ

(ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมควรนำมาตราฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ขอรับประเมินตามมาตรฐาน ISO15189 จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ขอรับประเมินตามมาตรฐานของสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย หรือขอรับประเมินโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย)

- (1) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมสำหรับการทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing) ในแต่ละสาขาที่มีการจัดทดสอบ มีการบันทึกปัญหา โอกาสเกิดปัญหา การแก้ไข และการฝึกอบรมที่จำเป็น
- (2) ห้องปฏิบัติการมีระบบ¹เพื่อยืนยันความถูกต้องและความเชื่อถือได้ของผลการทดสอบที่มีได้มีการทำการทดสอบความชำนาญ
- (3) ห้องปฏิบัติการมีระบบประเมินและแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ของการทดสอบเดียวกันที่ใช้วิธีการ/เครื่องมือที่แตกต่างกัน หรือการทดสอบที่กระทำในพื้นที่ทดสอบที่ต่างกัน
- (4) กระบวนการควบคุมคุณภาพครอบคลุมการติดตามผลลัพธ์ที่ผู้ป่วย การติดตามและทบทวนการควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบการทำหน้าที่ของเครื่องมือ
- (5) ห้องปฏิบัติการดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องที่พบจากมาตรการควบคุมคุณภาพ
- (6) มีการทบทวน operational procedure อย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาแหล่งกำเนิดของความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่เป็นไปได้ และโอกาสพัฒนาอื่นๆ



ตอนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

6. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

6.1 การวางแผนจำหน่าย

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล

(1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย

(2) มีการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้

(3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการพิจารณาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน และเหมาะสม

(4) มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายครอบคลุมทั้งด้านการดูแลทางคลินิกและการช่วยเหลือทางสังคม และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล



6.1 การวางแผนจำหน่าย

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล

(5) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลต่อเนื่องในลักษณะที่เข้าใจง่าย รวมทั้งได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง โดยคำนึงถึงปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญหลังจำหน่าย ระดับความรู้ความสามารถ/ข้อจำกัด/วิถีชีวิต/สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการเสริมพลังและเตรียมตัวให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

(6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย



6.2 การดูแลต่อเนื่อง

องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ได้

- (1) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้ มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม
- (2) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรและภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- (3) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยที่ดี ให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก⁶³ โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย
- (4) มีการทบทวนเวชระเบียน เพื่อให้มั่นใจว่าบันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง
- (5) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง⁶⁴ เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต



ตอนที่ 4 ผลลัพธ์การดำเนินงานระดับองค์กร

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ด้านการเงิน ผลลัพธ์ด้านบุคลากรและระบบงาน ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพองค์กร ผลลัพธ์ด้านธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อสังคม ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ



1. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญด้านผลลัพธ์ สุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การใช้งานอวัยวะ ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและลูกค้าอื่นๆ

2. ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญด้านความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และคุณค่าที่รับรู้ของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ



3. ผลลัพธ์ด้านการเงิน

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญด้านการเงิน

4. ผลลัพธ์ด้านบุคลากรและระบบงาน

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับผลงานและประสิทธิผลของระบบงาน

- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการเรียนรู้และการพัฒนาของบุคลากร

- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับความผาสุก ความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของบุคลากร



5. ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลองค์กร

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินงานของกระบวนการดูแลสุขภาพที่สำคัญ รวมทั้งผลิตภาพ รอบเวลา ผลการดำเนินงานของผู้ส่งมอบและลูกค้า ตัววัดประสิทธิผลและประสิทธิภาพอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินงานของกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญรวมทั้งผลิตภาพ รอบเวลา ผลการดำเนินงานของผู้ส่งมอบและลูกค้า ตัววัดประสิทธิผลและประสิทธิภาพอื่นๆ ตามความเหมาะสม
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร



6. ผลลัพธ์ด้านธรรมาภิบาลและความรับผิดชอบต่อสังคม

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อทางการเงิน ทั้งภายในและภายนอก
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นในธรรมาภิบาลขององค์กร
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการประเมินองค์กร และการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับความเป็นพลเมืองขององค์กรในการสนับสนุนชุมชน และการมีส่วนต่อสุขภาพของชุมชน



7. ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของบุคลากร
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัววัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของประชากรในชุมชน