สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

มาตรฐาน HA ฉบับใหม่

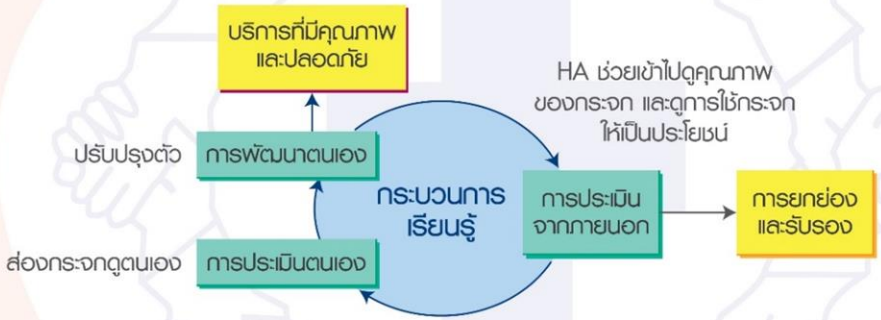
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

16 ธันวาคม 2560

HA คือกลไกการส่องกระจกดูตัวเอง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

สรพ. คือ ผู้ส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ Change Catalyst



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

วิสัยทัศน์ (Vision)
"ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สรพ. มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ" (change catalyst)

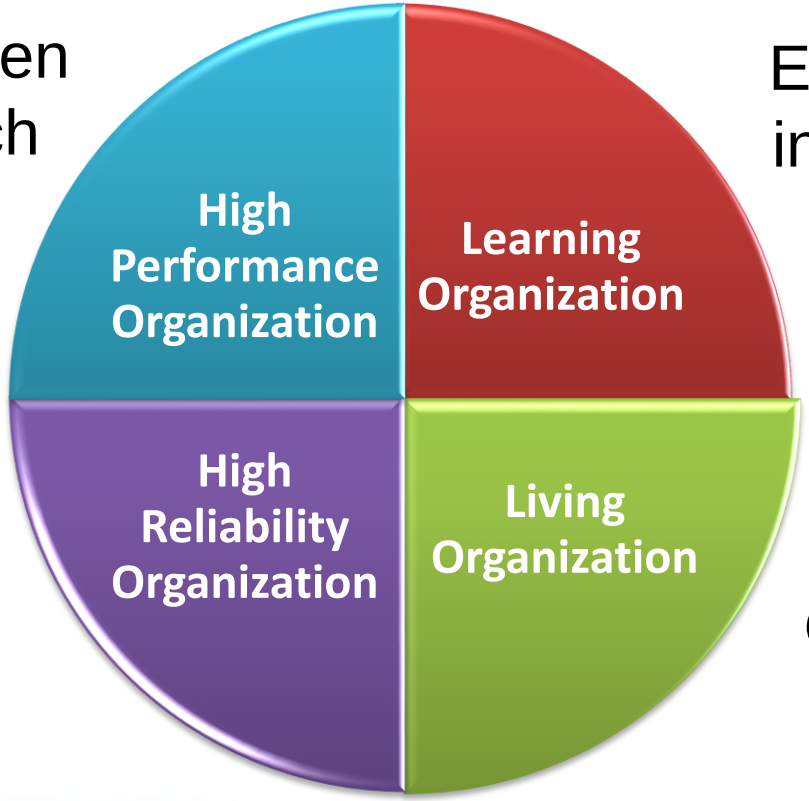
พันธกิจ (Mission)
"ส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจจากภายนอก การรับรองกระบวนการคุณภาพ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลไกกระตุ้น"

Accreditation is an Educational Process

องค์กรที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างเต็มที่ จะเป็นองค์กรในฝัน นำสู่ระบบสุขภาพในฝัน

Performance driven
System approach
Core values
CQI

Embed learning into the way we operate



Effective RMS
Safety mindset, mindfulness, & culture

Organization agility

ที่มาของการปรับปรุงมาตรฐาน HA

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

HA Standards 2006 (2549)

บูรณาการมาตรฐาน HA, HPH และเกณฑ์ TQA/MBNQA

Users

ผู้ใช้สะท้อนให้ทราบถึงประโยชน์และปัญหาในการใช้

Professional Organization

องค์กรวิชาชีพสะท้อนให้เห็นความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

MBNQA

มีการปรับปรุงข้อกำหนดทุก 2 ปี และ TQA ปรับตามเช่นกัน

ISQua

ให้การรับรองมาตรฐาน HA ว่าเป็นไปตามหลักสากล มีอายุรับรองทุก 4 ปี ในปี 2016 มีการปรับปรุงเพิ่มเติมข้อกำหนด

Key Characteristics of the Healthcare Criteria for Performance Excellence

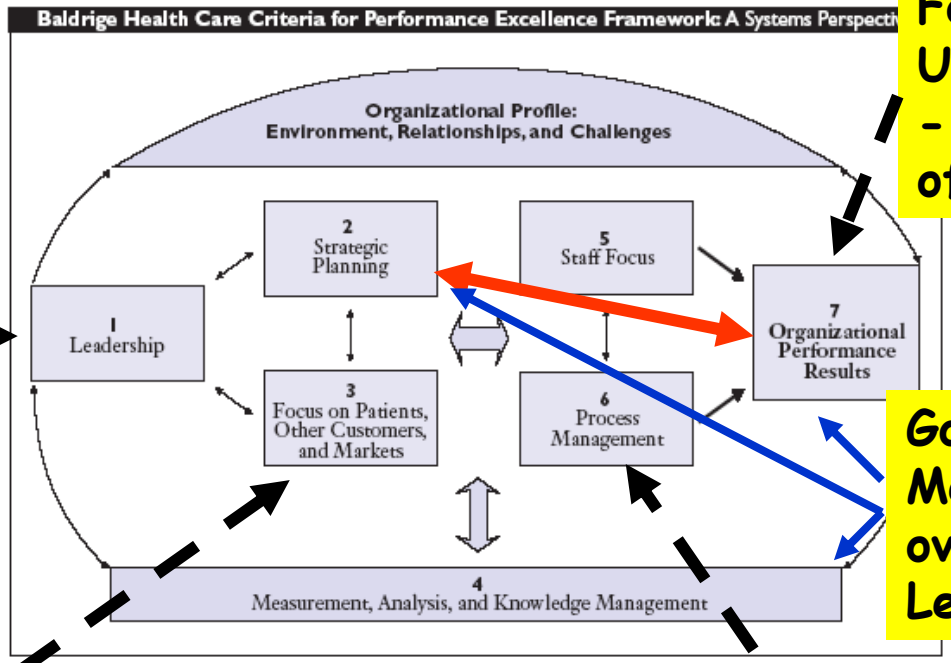
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

Nonprescriptive & adaptable

Diagnostic assessment -> Actions -> Performance improvement

Focus on result
Use composite score -> ensure balance of strategies

Complex leadership Structure: Admin & Healthcare



Goal alignment
Measures -> deploy overall requirement
Learning: PDCA

Patients as key customers

Healthcare service delivery as key processes

ISQua Accreditation

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

	Standard	Organization	Training	
Indonesia		2015		
Malaysia	2012/2016	2012/2016	2012/2016	
Thailand	2010/2014	2013/2017	2016	
India	2012/2016	2012/2016		
Japan	2013	2013		
Korea	2012/2016		2015	
Taiwan	2016	2014	2013	
DNV	2014	2014		
JCI	2015	2015	2015	

HA Standards

4th Edition, Effective 1 July 2018

Part I Organization Management Overview

Measurement, Analysis, & Knowledge Management

Strategy

Workforce

Leadership

Patients / Customer

Operation

Part IV Results

Results

- Health Care Results
- Patient/Other Customer Focused Results
- Workforce Results
- Leadership Results
- Key Work Process Effectiveness Results
- Financial Results

Part II Key Hospital Systems

- Risk, Safety, & Quality Management
- Professional Governance
- Environment of Care
- Infection Prevention & Control
- Medical Record System
- Medication Management System
- Diagnostic Investigation & Related Services
- Disease & Hazard Surveillance
- Working with Community
- Patient Care Processes

Part III Patient Care Processes

- Access & Entry
- Patient Assessment
- Planning
- Patient Care Delivery
- Education & Empowerment
- Continuity of Care

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

- I-1 การนำ
- I-2 กลยุทธ์
- I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- I-5 กำลังคน
- I-6 การปฏิบัติการ

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

IV ผลลัพธ์

- IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
- IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
- IV-3 ผลด้านกำลังคน
- IV-4 ผลด้านการนำ
- IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ
- IV-6 ผลด้านการเงิน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
- II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ
- II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย
- II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- II-5 ระบบเวชระเบียน
- II-6 ระบบการจัดการด้านยา
- II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคฯ
- II–8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- II–9 การทำงานกับชุมชน

กระบวนการดูแลผู้ป่วย

HA Standards

4th Edition, Effective 1 July 2018

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
- III-2 การประเมินผู้ป่วย
- III-3 การวางแผน
- III-4 การดูแลผู้ป่วย
- III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง
- III-6 การดูแลต่อเนื่อง

Effective Date: 1 July 2018

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

การใช้เพื่อการประเมินและรับรองสถานพยาบาล

เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561

การใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

สามารถใช้ได้ทันทีตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ความคาดหวังต่อข้อกำหนดใหม่

- ไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์เบบ
- ขอให้
  - ทำความเข้าใจ
  - วิเคราะห์โจทย์ของตนเองให้ชัด
  - วางระบบที่ง่ายต่อการปฏิบัติและเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาล

Scoring Guideline

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

Score	Process	Result
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	มีการวัดผลในตัววัดที่สำคัญ ตรงประเด็น อย่างครบถ้วน Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	มีการใช้ประโยชน์จากตัววัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4

ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงในมาตรฐาน HA ฉบับที่ 4

- มีการเพิ่มเติมหัวข้อสำคัญในมาตรฐาน
- มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญ II-1.2 การบริหารความเสี่ยง
- มีการใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้น
- มีการสลับที่/ควบรวม
- มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเพิ่มเติมในหัวข้อสำคัญ

- I-1.2 ก.(3) การวาง**ระบบกำกับดูแลทางคลินิก** (clinical governance)
- I-1.2 ข.(3) ประเด็นทาง**จริยธรรม**ที่ยากลำบากในการตัดสินใจ
- I-2.1 ก.(2) การกำหนด**โอกาสเชิงกลยุทธ์**
- I-3.3 ข.(7) การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วม**งานวิจัยทางคลินิก**
- I-4.2 ข.(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้**สื่อสังคมออนไลน์**
- I-6.1 ค.(1) การจัดการ**ห่วงโซ่อุปทาน**
- I-6.1 ง.(1) การจัดการ**นวตกรรม**
- I-6.1 จ. การจัดการด้าน**การเรียนการสอนทางคลินิก**

I – 1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (Governance and Societal Responsibility)

องค์กรทำให้มั่นในใจระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.

ก. การกำกับดูแลองค์กร

1 **ระบบกำกับดูแลองค์กร**
การกระทำของผู้นำระดับสูง แผนกลยุทธ์ การเงิน ความโปร่งใส การตรวจสอบ ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้เสีย

ประเมินผลการดำเนินการ
ผู้นำระดับสูง ระบบการนำ ระบบกำกับดูแลองค์กร

2 **ปรับปรุงประสิทธิผลของการนำ**

3 **ระบบกำกับดูแลทางคลินิก**
สร้างหลักประกันผลลัพธ์คลินิกที่มีคุณภาพสูง

ข. กฎหมายและจริยธรรม

1 ปฏิบัติตาม**กฎหมายข้อบังคับ**
คาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อ
ผลกระทบเชิงลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

2 **ส่งเสริมพฤติกรรมที่มีจริยธรรม**
- **ติดตามกำกับ**
- **ดำเนินการต่อการฝ่าฝืน**

3 กลไกการรับรู้และจัดการ **ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจ**

ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

ความผาสุกของสังคม
สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ

องค์กรมีการกำกับดูแลที่ดีและมีความรับผิดชอบต่อสังคม

Clinical Governance

Information management
Patient experience

A framework through which healthcare organisations are **accountable** for **continually improving the quality** of their services and **safeguarding high standards of care** by **creating an environment in which excellence in clinical care will flourish**.

three key attributes:

- recognisably **high standards** of care,
- **transparent responsibility and accountability** for those standards,
- and a constant dynamic of **improvement**

ตัวอย่าง Ethical Dilemma

ผู้บริหาร

- จะจ้างคนเพิ่มหรือจะซื้อเครื่องมือ
- การบรรเทาความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องอย่างถูกหลักจริยธรรม
- การจัดการความสัมพันธ์กับผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของแพทย์

แพทย์

- จะให้ข้อมูลของผู้ป่วยแก่ญาติผู้ป่วยที่มาร้องขอหรือไม่
- ควรจะขออนุญาตแม่ของผู้ป่วยวัยรุ่นหญิงในการคุยกับผู้ป่วยเป็นความลับ?
- จะยอมตามคำขอของผู้ป่วยที่มิให้บันทึกข้อมูลในรายงานต่อบริษัทประกัน?

พยาบาล

- อิสรภาพของผู้ป่วยกับการควบคุมโดยพยาบาลที่หวังดีต่อผู้ป่วย
- ควรบอกความจริงทั้งหมดกับผู้ป่วยหรือไม่

Ethical Dilemma (Macro)

1. **สมดุลระหว่างคุณภาพกับประสิทธิภาพ** (Balancing care quality and efficiency)
2. **การปรับปรุงการเข้าถึงบริการ** (Improving access to care)
3. **การสร้างกำลังคนสุขภาพในอนาคต** (Building and sustaining the healthcare workforce of the future)
4. **การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย** (Addressing end-of-life issues)
5. **การจัดสรรยาและอวัยวะที่ขาดแคลน** (Allocating limited medications and donor organs)

I – 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

1. **กระบวนการวางแผนกลยุทธ์**
   กรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง ความยืดหยุ่น
2. **โอกาสเชิงกลยุทธ์**
   กำหนด พิจารณาผลได้/ความเสี่ยง ตัดสินใจเลือก
3. **วิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็น**
   ปัญหาสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพ ความท้าทาย ความได้เปรียบ สิ่งคุกคาม สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง จุดบอด ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ
4. **สมรรถนะหลักขององค์กร**
   กำหนดสมรรถนะหลักที่จะทำให้บรรลุพันธกิจ
5. **การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงาน**
   พิจารณาสมรรถนะหลัก วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ความร่วมมือ ความยั่งยืน ประสิทธิภาพ

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

1. **ระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กรอบเวลา**
2. **คุณลักษณะของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์**
   ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้สมรรถนะหลัก ความได้เปรียบ และโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กร สะท้อนสมดุลระหว่างความต้องการด่านต่างๆ
3. **ตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ**
   ของชุมชน/กลุ่มผู้รับบริการ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อม

นำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (I-2.2)

ผลการดำเนินงานที่ดีขององค์กร

ตรวจสอบความสัมพันธ์ในเรื่องทิศทางองค์กร

Financial

Physical
Land, Building, Plant
Equipment, Supplies

Organizational
Technology
Knowledge
Brand Equity
Reputation
Intellectual property
Culture

Human
Knowledge
Skills
Motivation
Innovation
Communication abilities

Relational
Customer
Suppliers
Stakeholder
Competitors
Other partners

Tangible Resources

Intangible Resources

Resources → **Core Competency**

รพ.ของเรามีทรัพยากรอะไรที่ได้นำ/จะนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการสร้างความสามารถขององค์กร

Resource-based View for CC

I – 3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patients' Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

สิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ & ไม่เลือกปฏิบัติ
ได้รับข้อมูลเพียงพอ ชัดเจน
ได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อเสี่ยง
ทราบชื่อผู้ให้บริการ
ขอความเห็นที่สอง
ปกปิดข้อมูล
การเข้าร่วมวิจัย
ข้อมูลในเวชระเบียน
การใช้สิทธิแทน

ข. กระบวนการคุ้มครอง

1 **องค์กร** ผู้ปฏิบัติงานตระหนัก ทราบบทบาท ระบบพร้อมตอบสนอง

2 **ผู้รับบริการ** ได้รับข้อมูลสิทธิ และหน้าที่

ลักษณะการคุ้มครอง

3 ทุกกิจกรรมการดูแล
4 สวัสดิภาพและความปลอดภัย
5 ความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรี ค่านิยม
6 เท่าเทียมตามปัญหาและความรุนแรง
7 การเข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก

ค. ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

1 **ผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

สิทธิ ศักดิ์ศรี
ข้อบังคับ กฎหมาย
ความเชื่อ วัฒนธรรม
การมีส่วนร่วม

2 **ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้**

เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

3 **ผู้ที่ต้องแยก หรือผูกยึด**

ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครอง สิทธิและศักดิ์ศรี

I – 4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

1. **คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ**
   ตรวจสอบและทำให้มั่นใจในความ:
   แม่นยำถูกต้อง คงสภาพเชื่อถือได้ และเป็นปัจจุบัน

2. **มีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นพร้อมใช้**
   สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น
   และหน่วยงานภายนอก
   ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

1. **ความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ**

2. **ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและสารสนเทศ**
   การรักษาความลับ จำกัดการเข้าถึง
   การป้องกัน ตรวจจับ ตอบสนอง และฟื้นฟูระบบ
   สารสนเทศจากการถูกโจมตีจาก cyber-attacks

3. **สื่อสังคมออนไลน์และสารสนเทศผู้ป่วย**
   การรักษาความลับโดยยังคงระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง

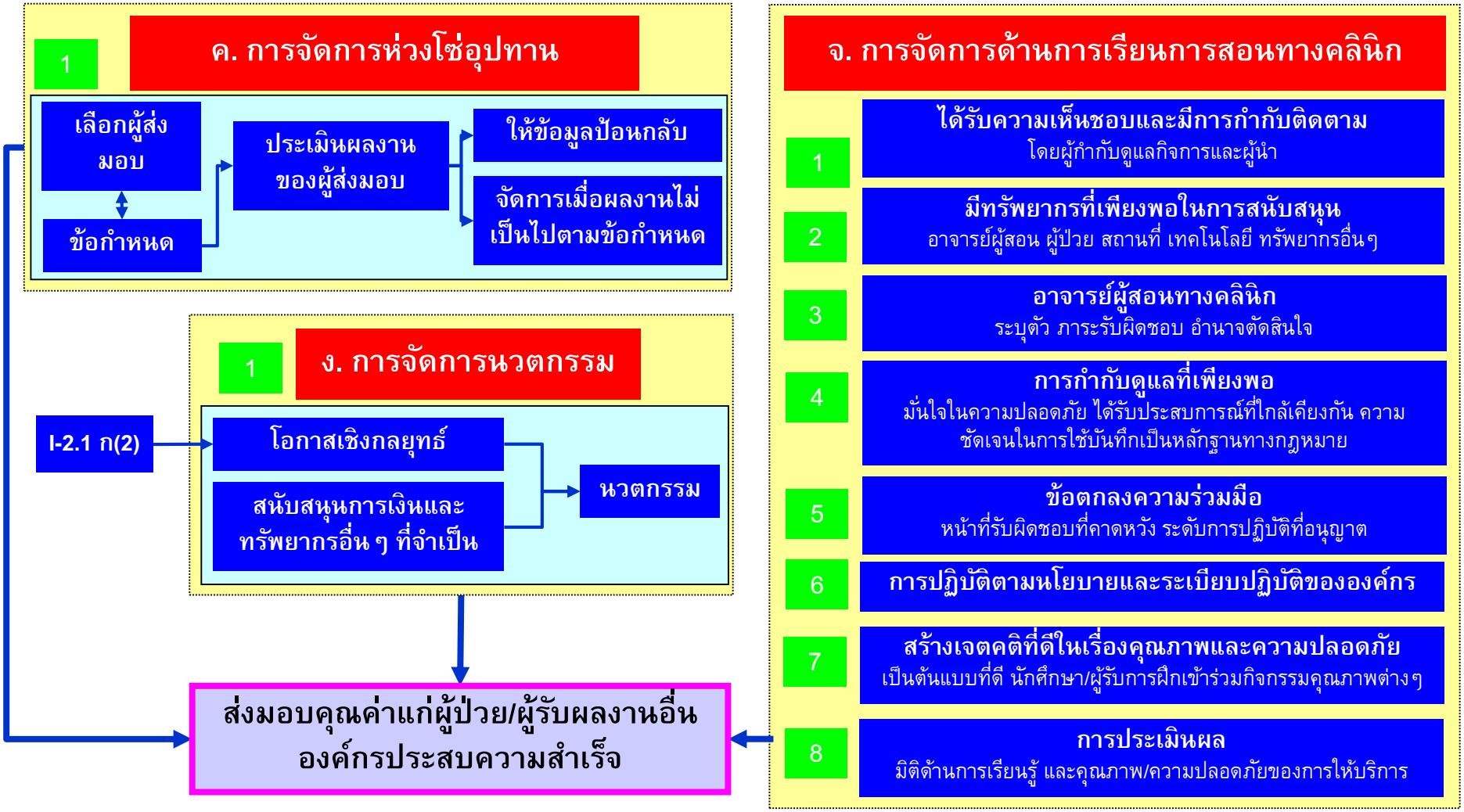
ค. ความรู้ขององค์กร

1. **ข้อมูลหลักฐานวิชาการ**
   นำมาปรับใช้
   → **ความรู้จากการปฏิบัติของคนทำงาน**
   รวบรวมและถ่ายทอด
   → **สร้างความรู้ใหม่**
   จากแหล่งต่างๆ
   → **ใช้ความรู้**
   สร้างนวตกรรม
   วางแผนกลยุทธ์

2. **แนวทางปฏิบัติที่ดี**
   ระบุ แลกเปลี่ยน นำไปปฏิบัติในส่วนอื่น

3. ใช้ความรู้และทรัพยากร
   ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงาน

I – 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)



I-6.1 ค.(1) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

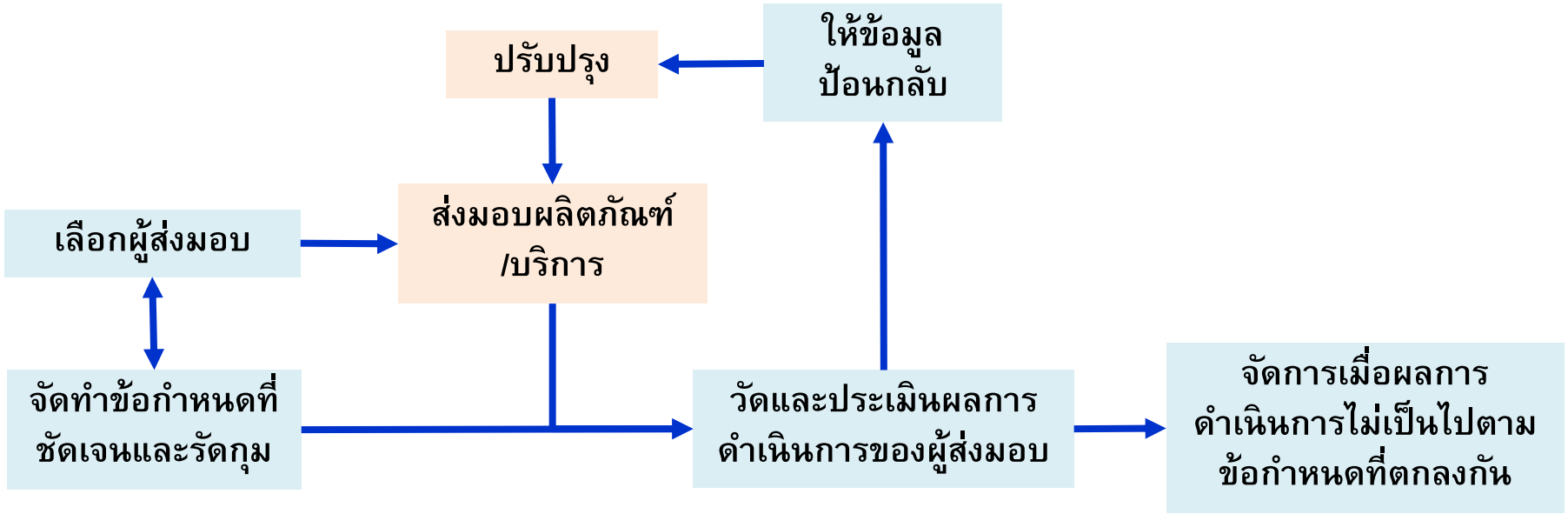
(1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ ที่มีคุณภาพสูง โดย:

- การเลือกผู้ส่งมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
- มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม;
- มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
- ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
- จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

- **ครอบคลุมทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ**
- **เป้าหมายเพื่อให้ได้รับผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพสูง**

I-6.1 ค.(1) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน



ผลิตภัณฑ์ เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

บริการ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร

I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนด้านคลินิก

ขอความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการและผู้นำองค์กร (กรณีเป็นผู้ร่วมจัดการศึกษา)

วิเคราะห์ ทบทวน จัดหาทรัพยากรสำหรับการจัดการศึกษาและฝึกอบรม
อาจารย์ (จำนวน/ความเชี่ยวชาญ)
ผู้ป่วยที่หลากหลาย
สถานที่ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่น

ระบุอาจารย์ตัวผู้สอน
จัดทำบัญชีรายชื่อ ให้เจ้าหน้าที่และนศ.ทราบ
ระบุภาระรับผิดชอบ (เช่น การรับทราบและดำเนินการต่อข้อคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับโปรแกรม)
ความสัมพันธ์ของผู้สอนกับสถาบันการศึกษา (เช่น การใช้ตำแหน่งทางวิชาการ)

จัดทำข้อตกลงในความร่วมมือ
หน้าที่รับผิดชอบที่คาดหวัง
ระดับการปฏิบัติที่อนุญาตให้ นศ./ผู้รับการฝึกทำ
บันทึกการบรรลุเป้าหมาย

การกำกับดูแล
ความปลอดภัยของผู้ป่วย
ประสบการณ์การเรียนรู้
การใช้บันทึกของ นศ./ผู้รับการฝึก

การปฏิบัติตามนโยบาย/ระเบียบปฏิบัติ
แจ้งให้ นศ./ผู้รับการฝึกทราบ
กำกับติดตาม/ดำเนินการ

สร้างเจตคติที่ดีเรื่องคุณภาพ/ความปลอดภัย
เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ
นศ./ผู้รับการฝึกเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

ติดตามประเมินผล
มิติด้านการเรียนรู้
คุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการ

การผ่านการประเมินขององค์กรวิชาชีพ เป็นตัวเสริมความมั่นใจ

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเพิ่มเติมในหัวข้อสำคัญ

- II-6.1 ก.(5) แผนงาน**ใช้ยาสมเหตุผล**
- II-6.1 ข.(4) ระบบ**คอมพิวเตอร์**สนับสนุน**การจัดการระบบยา**
- III-4.3 ช.(1) การดูแล**ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง**
- III-6 (1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ
- III-6 (2) **การดูแลขณะส่งต่อ**
- III-6 (3) **ยานพาหนะ**ที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

II –6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Oversight and Supportive Environment)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

2 **บัญชียาโรงพยาบาล**
มีรายการเท่าที่จำเป็น ทบทวนโดยพิจารณาข้อมูลความปลอดภัยและคุ้มค่า

1 **PTC**
สหสาขาวิชาชีพ กำกับดูแล
เพื่อความปลอดภัย สมเหตุผล
มีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ

4 **High Alert Medication**
กำหนดรายการ
มีกระบวนการที่เหมาะสม

5 **RDU & antimicrobial stewardship program**

3 **การป้องกัน ME/ADE**
นโยบาย & แนวทางปฏิบัติ
ปฏิบัติตามแนวทาง
ตอบสนองเหตุการณ์อย่างหมาะสม

6 **ติดตาม ประเมิน ปรับปรุง**

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

1 **ความรู้ความสามารถ (ระบบยา การใช้ยา)**
ประเมิน เพิ่มพูน

2 **การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย**
ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3 **ข้อมูลยาที่จำเป็น**

4 **ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุน การส่งสัญญาณเตือน**

5 **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เกี่ยวกับการใช้ยา**
สะอาด สว่าง พื้นที่พอเพียง ไม่มีการรบกวน

ค. การจัดหาและเก็บรักษายา

1 **จัดหายา**
ยาในบัญชี ยาขาดแคลน
ยาจำเป็นเร่งด่วน

3 **ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็น**

2 **เก็บสำรองอย่างเหมาะสม**

4 **การจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิด**

5 **จัดการยาที่ส่งคืน**

ยามีคุณภาพสูงพร้อมใช้

การใช้ยาที่เหมาะสม ปลอดภัย ได้ผล

II-6.1 ก.(5) RDU

องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการ**แผนงานใช้ยาสมเหตุผล** (Rational Drug Use Program) และ **แผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ** (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.

RDU Program

- **ใช้ RDU Hospital, PLEASE เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามบริบทของโรงพยาบาล โดยวิเคราะห์ยาที่มีความเสี่ยงต่อการใช้อย่างไม่สมเหตุผลเพื่อกำหนดลำดับสำคัญของกิจกรรมที่จะดำเนินการ**
- **ใช้การวัดเพื่อการพัฒนา โดยเลือกตัววัดที่เหมาะสม**

กุญแจสำคัญ 6 ประการ
สู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

P 1.คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
Pharmacy and Therapeutics Committee

L 2.ฉลากยาและข้อมูลสู่ประชาชน
Labeling and Leaflet

E 3.เครื่องมือจำเป็นเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
Essential RDU Tools

A 4.ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
Essential RDU Tools

S 5.การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ
Special population Care

E 6. จริยธรรมในการสั่งใช้ยา
Ethics in prescription

RDU Hospital, PLEASE

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ค. อาหารและโภชนบำบัด

1. **ผู้ป่วยทั่วไปได้รับอาหารที่มีเหมาะสม**
   คุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ ป้องกันความเสี่ยง
2. **ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ**
   ประเมิน วางแผน ให้โภชนบำบัด
3. **การให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ**
   มุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค
4. **การผลิต จัดเก็บ ส่งมอบอาหาร การจัดการกับภาชนะ ของเสีย เศษอาหาร**
   เป็นไปตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป ป้องกันการปนเปื้อน การเน่าเสีย การแพร่เชื้อโรค

จ. การจัดการความปวด

1. **การคัดกรองความปวด**
   ความรุนแรง ลักษณะของความปวด
2. **หัตถการหรือการตรวจที่อาจเกิดความปวด**
   แจ้งโอกาส ผู้ป่วยร่วมเลือกวิธีจัดการ
3. **การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด**
   เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นไปตามแนวทาง เฝ้าระวังผลข้างเคียง

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1. **ตระหนักในความต้องการของผู้ป่วย**
2. **ประเมินประเมินซ้ำ**
   อาการ การตอบสนองต่อการบำบัด ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
3. **การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต**
   บรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจสังคมจิตวิญญาณ ผู้ป่วยครอบครัวร่วมตัดสินใจ

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

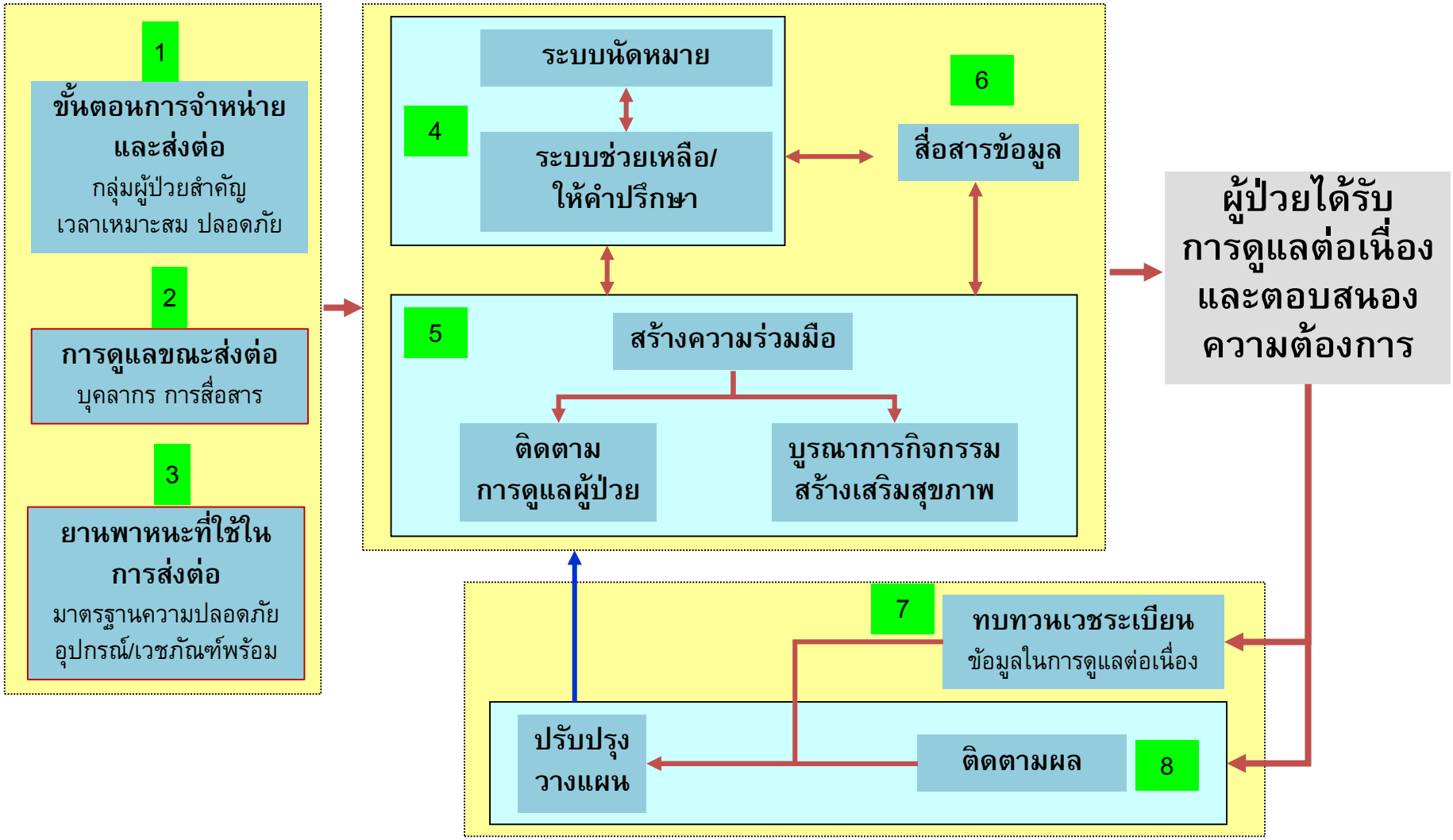
1. **ประเมิน -> วางแผน**
   ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
2. **การฟื้นฟูสภาพ**
   มากหรือน้อยขึ้นกับการใช้งานของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง คุณภาพชีวิต
3. **มาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ**

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1. **เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน บริการฟอกเลือดด้วยไตเทียมได้รับการรับรอง**

III - 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.



ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญ

- II-1.2 **การบริหารความเสี่ยง**

มาตรฐานที่มีการใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้น

- I-5 **กำลังคน** หมายถึงบุคลากรประจำ ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร

II-1.2 Risk Management System

There is an effective and coordinated risk and safety management system to manage risk and to protect the safety of patients/service users, staff and visitors.

a. General Requirement

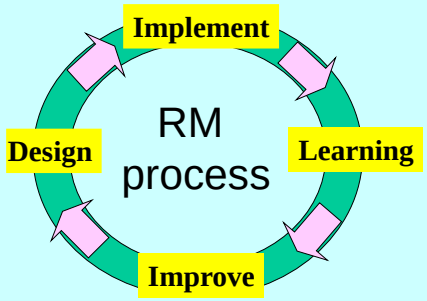
3 Risk assessment
medication, fall, accidents, injuries, infection, identification, hand-over, nutrition, equipment, long term condition

4 Report for incident, adverse event, near miss
report, investigate, take action, training, documenting, RCA, inform client

5 Manage of safety priorities
WHO priorities, Thai National Patient Safety Goals
design, communicate, make awareness, implement

2 RMS support
RM policy, RM plan, RM process, risk register, incident report, monitor & review, improvement

1 Risk management framework
foundation,
org.'s arrangement,
risks to be covered



6 Evaluation
effectiveness of risk & safety management program

Effective risk & safety management program

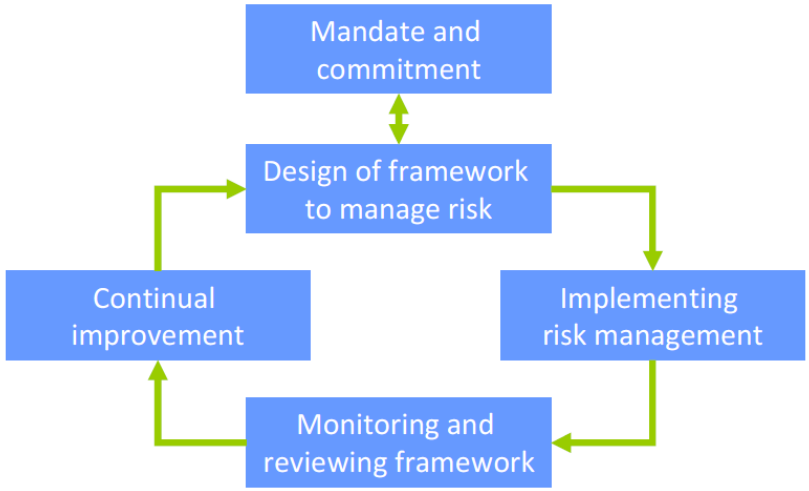
b. Specific requirements

1 Health and safety program for personnel
(I-5.1 c)

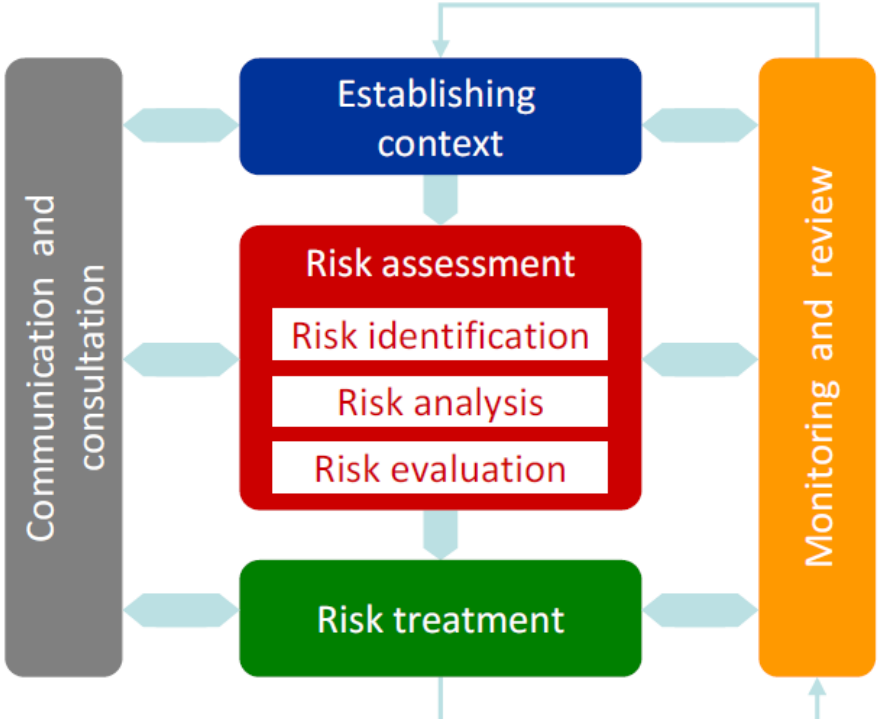
2 Buildings, space, equipment, drugs, supplies
(II-3.1, 3.1, 6)

3 Infection prevention & control, medical record
(II-4, 5)

Risk Management System (ISO31000)

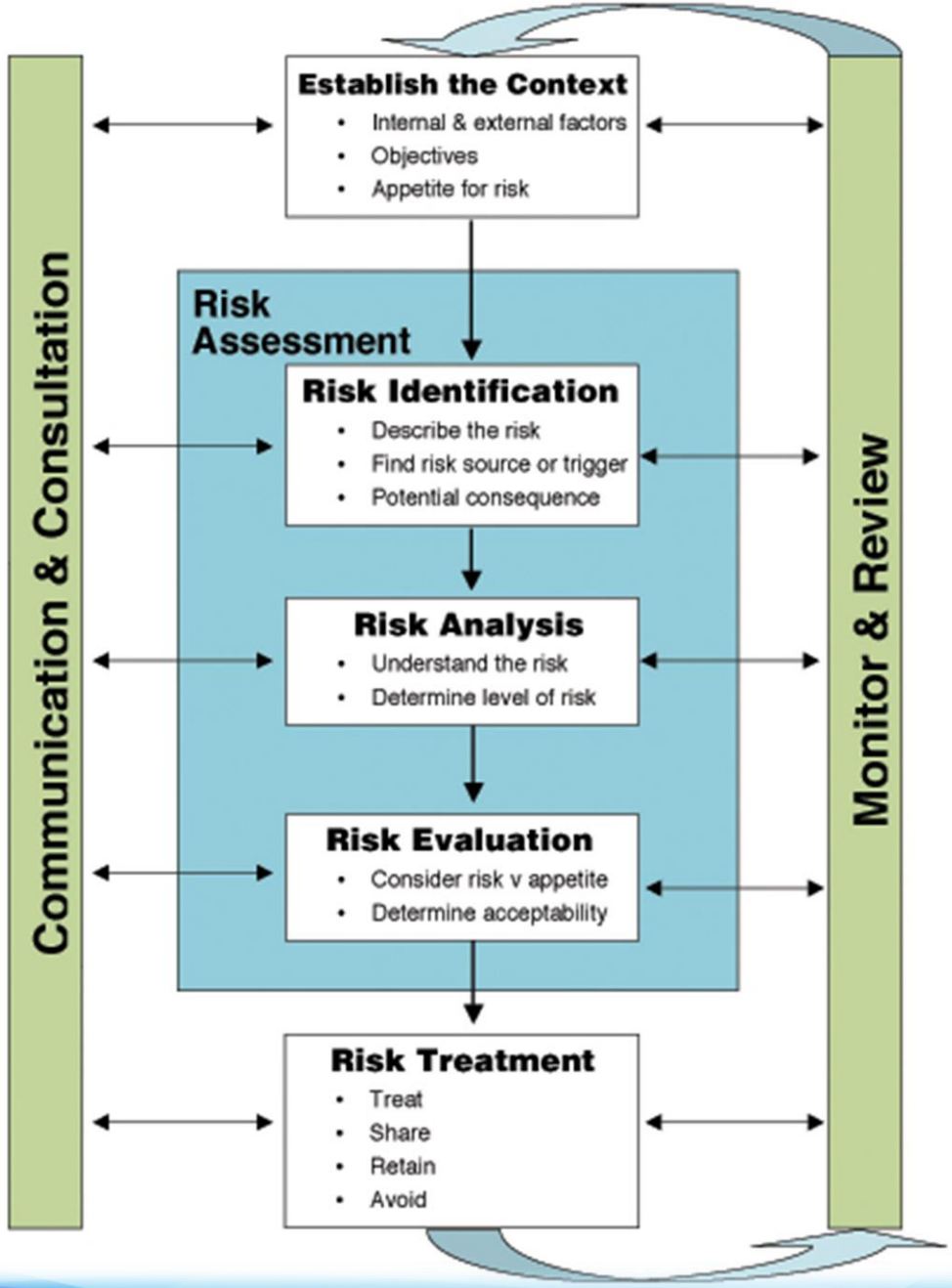


Risk Management Framework



Risk Management Process

RISK MANAGEMENT PROCESS



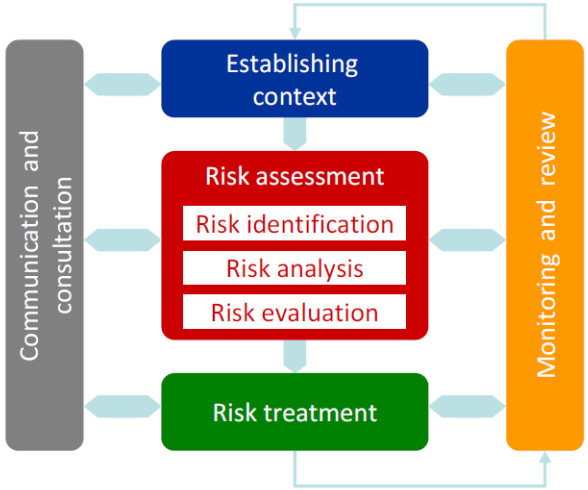
Risk Register

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

1. Risk Identification

	A	F	G	H	I	J	K
1		Risk Identification		Risk Analysis			
2	Risk ID	Risk Title	Risk Description	Quarter	Likelihood (frewquency)	Consequence (Impact)	Risk Level
3					1-5	1-5	
4							
5	A01			Q1			0
6				Q2			0
7				Q3			0
8				Q4			0

2. Risk Assessment



Risk Monitoring & Review

	Risk Monitoring & Review					
Risk ID	Risk Owner	Review Frequency	Date Last Review	Result of Review	Residual Risk Level	Risk Status
						active/closed
A01						

- มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไร
- ระดับอุบัติการณ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
- ควรมีการปรับปรุงมาตรการอะไรบ้าง

	Risk Treatment Plan			
Risk ID	Risk Transfer & Prevention	Risk Monitor & Control	Risk Mitigation	QI Plan
	มาตรการป้องกันและถ่ายโอนความเสี่ยง	การติดตามและควบคุม	แนวทางบรรเทาความเสียหาย	เพื่อหาคำตอบใหม่ๆ หรือทำให้ดีขึ้น
A01				

ที่มา: สรพ.

3. Plan Risk Response

II-1.2 ก.(5) ประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ

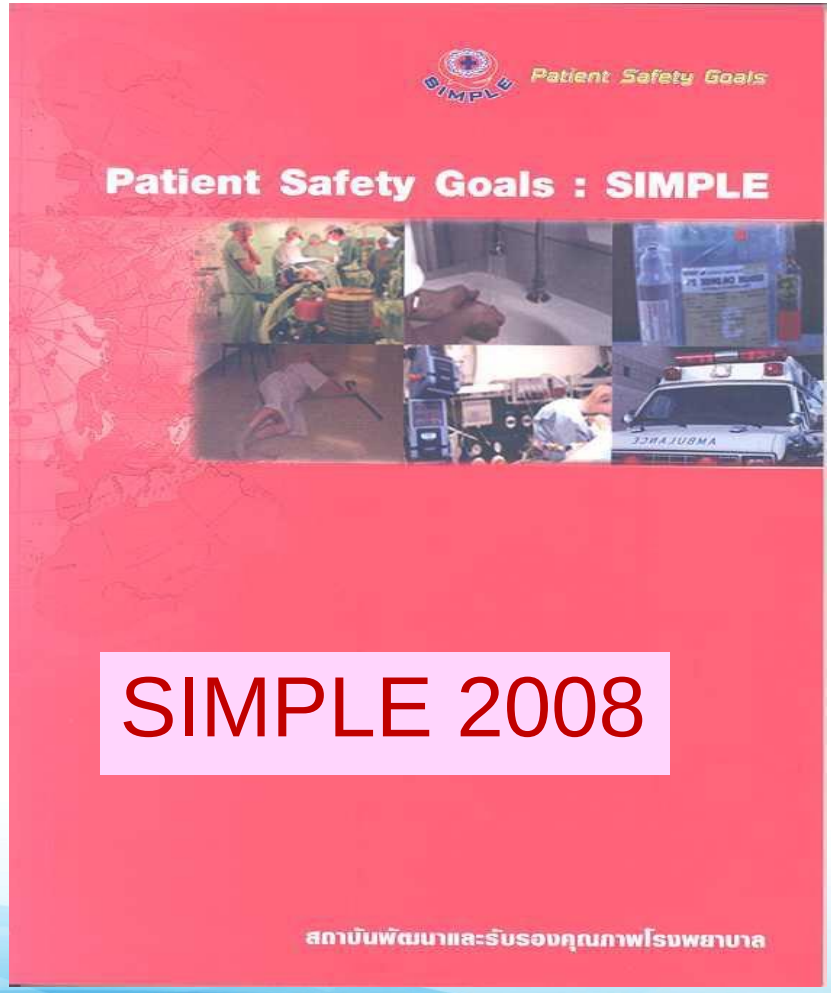
องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล.

ตัวอย่างเช่น **Global Patient Safety Challenge**: “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication Without Harm (2017)”

ประเด็นความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ

- **มีอยู่ใน Patient Safety Goals (SIMPLE) อยู่แล้ว**
- **รพ.ควรนำ SIMPLE ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาวิเคราะห์ และนำความเสี่ยงสำคัญมาขึ้นทะเบียนใน Risk Register**
- **มาตรการป้องกันต่าง ๆ ควรทบทวนอย่างสม่ำเสมอ**

Patient Safety Goals



SIMPLE 2008

(SIMPLE)^2 2018

Patient Safety Goals / Guides : SIMPLE

Safe Surgery →
- SSI Prevention
- Safe Anesthesia
- Correct Procedure at Correct Site
- Surgical Safety Checklist

Infection Control →
- Hand Hygiene
- Prevention of CAUTI, VAP, Central line infection

Medication & Blood Safety →
- Safe from ADE, conc e'lyte, High-Alert Drug
- Safe from medication error, LASA
- Medication Reconciliation
- Tackling antimicrobial resistance
- Blood Safety

Patient Care Process →
- Patient Identification
- Communication (SBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation)
- Proper Diagnosis
- Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls)

Line, Tubing, Cathether ↓
- Mis-connection

Emergency Response →
- Sepsis
- Acute Coronary Syndrome
- Maternal & Neonatal Morbidity
- Response to the Deteriorating Patient / RRT

2P Safety Goals

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

	Patient Safety Goals		Personnel Safety Goals
S	Safe Surgery and Invasive Procedures	S	Security and privacy of information and Social Media (communication)
I	Infection and Prevention Control	I	Infection and Exposure
M	Medication & Blood Safety	M	Mental Health and Mediation
P	Patient Care Processes	P	Process of work
L	Line, Tube & Catheter, Device and Laboratory	L	Lane (ambulance), Legal Issues regulation (medical legal)
E	Emergency Response	E	Environment & Working conditions

ประกาศเป้าหมายความปลอดภัยของประเทศเพื่อผู้ให้และผู้รับบริการ

2P Safety Goals/Guides

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

Patient Safety Goals

S	Safe Surgery and Invasive Procedures
I	Infection Prevention and Control
M	Medication & Blood Safety
P	Patient Care Processes
L	Line, Tube & Catheter, Device and Laboratory
E	Emergency Response

ประกาศเป้าหมายความปล

S: Safe Surgery
S1 : Safe Surgery and Invasive Procedure
S2 : Safe Anesthesia
S3 : Safe Operating Theater

Safe surgery incidents

	รหัส อุบัติการณ์	ชื่ออุบัติการณ์ความเสี่ยง	SIMPLE
1	CPS101	Wrong site, wrong person	S1.1
2	CPS102	Foreign body	S1.1
3	CPS103	Internal organ injury or Accidental puncture or laceration*	S1.1
4	CPS104	Perioperative hemorrhage or hematoma*	S1.1
5	CPS105	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดผ่าตัดที่ป้องกันได้	S1.1
6	CPS106	ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน	S1.1
7	CPS107	ความคลาดเคลื่อนของการส่งและ/หรือผลชิ้นเนื้อหรือสิ่งส่งตรวจอื่นใดในกระบวนการผ่าตัด	S1.1
8	CPS108	SSI: Surgical Site Infection	S1.2
9	CPS109	Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis*	S1.3
10	CPS110	Postoperative Hip Facture*	S1.3
11	CPS111	Postoperative Respiratory failure*	S1.3
12	CPS112	Postoperative Sepsis*	S1.3
13	CPS113	Postoperative Wound dehiscence*	S1.3
14	CPS114	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดผ่าตัดที่ป้องกันได้	S1.3
15	CPS115	เกิดภาวะ Venous Thromboembolism (VTE) หลังผ่าตัด	S1.4
16	CPS201	เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก	S2
17	CPS202	ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วย ASA PS I, II	S2
18	CPS203	ใส่ท่อหายใจซ้ำภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ (re-intubation within 2 hrs. after ex-tubation)	S2
19	CPS204	เปลี่ยนวิธีการระงับความรู้สึกโดยไม่ได้วางแผน	S2
20	CPS301	เกิดความไม่ปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยกับผู้ป่วย	S3.1
24	CPS305	การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	S3.3
25	CPS306	การเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากสาเหตุความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วนของทีม	S3.3
26	CPS307	การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือกระทำอื่นใดอันโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย	S3.3

*อ้างอิงจาก AHRQ, Patient Safety indicators

To learning with Experts (RCA)

II-1.2 ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็น

- ที่มา
  - เป็นการนำข้อกำหนดที่ ISQua เน้นว่ากระบวนการบริหารความเสี่ยงเหล่านี้เป็นสิ่งที่ควรครอบคลุม
  - ข้อกำหนดเหล่านี้มีอยู่สมบูรณ์แล้วในมาตรฐานที่อ้างถึง
- แนวทางการใช้
  - ใช้เพื่อเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน
  - ประเมินตามมาตรฐานที่ถูกอ้างอิงถึง ไม่ต้องประเมินในส่วนนี้ซ้ำ

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการสลับที่/ควบรวม

- รวมการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์จาก I-6 มาอยู่ I-2 เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงาน และสมรรถนะหลักขององค์กร
- เปลี่ยน คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศและความรู้ ใน I-4.2 ค. เป็น **การจัดการสารสนเทศ** แล้วย้ายมาเป็น I-4.2 ข. สลับกับการจัดการความรู้ กับ
- สลับ I-5.1 กับ I-5.2 เป็น I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน, I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน
- I-5.1 ค.(1) รวมข้อกำหนดเกี่ยวกับโปรแกรม**สุขภาพและความปลอดภัย**ของกำลังคนไว้ด้วยกัน

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

มาตรฐานที่มีการสลับที่/ควบรวม

- ย้าย**การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน** จาก I-6.2 มา I-6.1 ข.
- ย้าย **ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน** จาก I-6.1 ค. มาอยู่ I-6.2 ข.
- ย้าย II-4.3 **การเฝ้าระวังการติดเชื้อ**ในโรงพยาบาลมาอยู่รวมกับ II-4.1
- แยก II-7 เป็น II-7.1 บริการรังสีวิทยา, II-7.2 บริการป้องปฏิบัติการทางการแพทย์, II-7.3 บริการพยาธิวิทยากายวิภาค, II-7.4 ธนาคารเลือด, II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยโรคอื่นๆ
- ย้าย**ผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ** ไปรวมกับผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ IV-1 (2)
- ย้ายสลับตำแหน่งของ**ผลการดำเนินการ**ดังนี้ IV-3 ผลด้านกำลังคน, IV-4 ผลด้านการนำ, IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ IV-6 ผลด้านการเงิน

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- I-1.2 ก.(1) **ระบบกำกับดูแลองค์กร**กับความรับผิดชอบต่อ**แผนกลยุทธ์**
- I-1.2 ค.(1) การรับผิดชอบต่อ**ความผาสุกของสังคม** (สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ)
- I-2.1 ก.(1) การพิจารณาความจำเป็นใน**การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม** และ**ความคล่องตัวขององค์กร**ในการวางแผนกลยุทธ์
- I-2.1 ข.(2) การพิจารณา**โอกาสเชิงกลยุทธ์**ในการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- I-3.3 ข.(4) การจัดการ**สวัสดิภาพและความปลอดภัย**แก่ผู้ป่วย

I-1.2 ก.(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร ทบทวนและประสบความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้: ความรับผิดชอบในการกระทำของผู้นำระดับสูง; ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์; ความรับผิดชอบด้านการเงิน; ความโปร่งใสในการดำเนินการ; การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล; การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

ระบบกำกับดูแลองค์กร

- มิใช่คณะกรรมการบริหารที่อยู่ใต้การกำกับของผู้อำนวยการ
- ในภาคเอกชนมีความชัดเจนว่าคือคณะกรรมการบริษัท
- ในภาครัฐมีกลไกที่ซับซ้อน
  - ผู้บังคับบัญชาตามสายงาน เช่น สสจ. ผู้ตรวจราชการ
  - กลไกการตรวจสอบของภาครัฐ เช่น สตง.
  - กลไกการควบคุมโดยผู้จ่ายเงิน เช่น สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง
  - กลไกการควบคุมโดยองค์กรวิชาชีพ และองค์กรอื่น ๆ
  - กลไกของเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน

I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม

ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

(1) องค์กรมีส่วนรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (societal well-being) ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.

ความผาสุกของสังคมด้านสิ่งแวดล้อม

- การลดการใช้ทรัพยากร การอนุรักษ์พลังงาน การลดภาวะโลกร้อน
- การ recycle หรือ reuse (นำสิ่งของมาใช้ซ้ำ)
- การไม่ปล่อยขยะติดเชื้อ ขยะมีพิษ น้ำเสียที่ไม่ผ่านการบำบัด สู่ชุมชน

ความผาสุกของสังคมด้านสังคม

- การพัฒนาศักยภาพของเยาวชน
- การเป็นตัวอย่าง/ผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชน

ความผาสุกของสังคมด้านเศรษฐกิจ

- การจัดตลาดปลอดสารพิษ

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- I-4.2 ข.(2) **ความมั่นคงปลอดภัย**ของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก
- I-4.2 ค.(2) การแลกเปลี่ยนและขยายผล**แนวทางปฏิบัติที่ดี**
- I-4.2 ค.(3) การทำให้**การเรียนรู้**ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน
- I-5.1 ก.(1) **แผนบริหารทรัพยากรบุคคล** หน้าที่รับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่
- I-5.1 ก.(2) การปฐมนิเทศ ฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับ**กำลังคนใหม่** การทบทวนขอบเขตการปฏิบัติงาน

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- I-6.1 ข.(2) **กระบวนการสนับสนุน**ที่สำคัญ
- I-6.2 ข.(1) สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่**ปลอดภัย**
- I-6.2 ข.(2) การเตรียมพร้อมต่อ**ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน** เพิ่มการพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร รวมทั้งความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้งานต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ
- II-1.2 ก.(1) กรอบการบริหารงานคุณภาพ (6) การวัดผลการดำเนินการ (7) การประเมินและชี้นำการพัฒนาคุณภาพ (8) การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ (9) การนำแผนไปปฏิบัติ (10) การเผยแพร่ข้อมูล
- II-3.2 ข.(2) ระบบสำรองสำหรับ**แก๊สที่ใช้ในทางการแพทย์**

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- II-4.1 ก.(4) **นโยบายและแนวทาง**ในการป้องกันการติดเชื้อ
- II-4.2 ก.(1) การ **reprocess** กล้องส่องอวัยวะต่างๆ, การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่
- II-4.2 ก.(2) การประเมินและลดความเสี่ยงจาก**งานก่อสร้าง**
- II-4.2 ก.(3) **พื้นที่ที่ต้องใส่ใจ**ในการป้องกันและควบคุม เพิ่มเติมหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม (โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด) หน่วยบริการฉุกเฉิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (สำหรับผู้ป่วยความต้านทานต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก)

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- II-5.1 ก.(3) ข้อกำหนดเกี่ยวกับ**การบันทึกเวชระเบียน** เพิ่มเติม ลายมือที่อ่านออก การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย เหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.
- II-5.1 ข.(1) เพิ่มเติม **การจัดเก็บเวชระเบียน**อย่างเหมาะสม รักษาความลับได้ การเก็บรักษาและทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- II-6.1 ก.(1) **หน้าที่ของ PTC** ในการกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย ใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ
- II-6.2 ก.(2) ความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):
- II-6.2 ก.(3) **ข้อมูลช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ**ในระบบ CPOE
- II-6.2 ข.(1) ขยายความ**การทบทวนคำสั่งใช้ยา**

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- II-6.2 ข.(2) **การจัดเตรียมยา** เพิ่มการหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรง การใช้ laminar air flow hood
- II-6.2 ข.(4) **การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย** เพิ่มการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และการรับคืนยา
- II-6.2 ค.(1) **การให้ยาแก่ผู้ป่วย** เพิ่ม การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ การบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้
- II-6.2 ค.(4) การให้ผู้ป่วยบริหาร**ยาที่นำติดตัวมา**ได้เอง

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- III-1 (2) **การประสานงานเพื่อการส่งต่อ** กับหน่วยงานผู้ส่ง
- III-1 (3) **การคัดแยก** (triage)
- III-1 (7) ข้อบ่งชี้ใน**การให้ความยินยอม**จากผู้ป่วย/ครอบครัว
- III-2 ก.(2) **การประเมินแรกรับ**ของผู้ป่วย เพิ่ม การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- III-4.3 ค.(1) การวิเคราะห์**ความเสี่ยงจากบริการด้านอาหารและโภชนาการ** และการป้องกัน
- III-4.3 จ.(1) การ**คัดกรองและประเมิน**ความปวด
- III-4.3 จ.(2) การให้ข้อมูล**ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีส่วนร่วม**ในการจัดการความปวด
- III-4.3 จ.(3) การ**ดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด** และการเฝ้าระวัง

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเนื้อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- III-4.3 ฉ.(3) **บริการฟื้นฟูสภาพ**เป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.
- IV-4 (2) ผลลัพธ์เรื่อง**การสื่อสารและการสร้างความผูกพัน**กับกำลังคนและลูกค้า
- IV-4 (6) ผลลัพธ์สำคัญด้าน**ความรับผิดชอบต่อสังคม**และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ
- IV-5 (1) ตัวชี้วัดของ**กระบวนการทำงานสำคัญ** (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัววัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
- IV-5 (2) ประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่ระบุ Patient Safety Goal ไว้อย่างชัดเจน

- II-6.2 ก.(2) medication reconciliation
- III-1 (8) การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- III-2 ค.(4) การลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
- III-4.3 ข.(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

II-6.2 ก.(2) Medication Reconciliation

(2) มีการจัดวางกระบวนทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

- พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;
- ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
- ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

Medication reconciliation คืออะไร

- **คือกระบวนการจัดทำและธำรงไว้ซึ่งบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับที่ accurate ที่สุด และใช้บัญชีรายการนี้ในการชี้นำการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนหน่วยให้การดูแล (transition)**

Medication reconciliation process

- **Verification ซักประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย**
- **Clarification ทำให้มั่นใจว่าชนิดยาและขนาดยามีความเหมาะสม**
- **Reconciliation บันทึกการเปลี่ยนแปลงในคำสั่งการรักษา**

II-6.2 ก.(2) Medication Reconciliation

At admission

- จัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ส่งมอบให้กับแพทย์ผู้สั่งใช้ยาขณะที่เขียนคำสั่ง admit
- ถ้าไม่สามารถทำได้ (เนื่องจากสถานการณ์เร่งด่วน ให้จัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้ ภายใน 24 ชม.
- ไม่อาศัยบัญชีรายการที่พิมพ์จากคอมพิวเตอร์ของ รพ.เพียงอย่างเดียว

At transfer

- ตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน คำสั่งใช้ยาในปัจจุบัน และคำสั่งการส่งต่อผู้ป่วย
- ทำให้กระบวนการนี้เรียบง่ายที่สุด เช่น วางตำแหน่งของบัญชีรายการต่าง ๆ ในที่เดียวกันเป็นมาตรฐาน
- การระบุไว้ในบัญชีเริ่มแรกว่าจะให้กลับมาเริ่มใช้ยาเมื่อไร ช่วยทำให้ง่ายขึ้น

At discharge

- ตรวจสอบรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน คำสั่งใช้ยาในปัจจุบัน และเปรียบเทียบกับคำสั่งใช้ยาเมื่อจำหน่าย เพื่อให้มั่นใจว่ามีการสั่งยาต่อเนื่อง การสั่งใช้ยาเดิมใหม่ หรือการหยุดยา อย่างเหมาะสม
- แจ้งให้ผู้ป่วยได้รับทราบรายการยาเมื่อจำหน่ายนี้ และผู้ที่จะให้การดูแลต่อเนื่อง
- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่ายาที่เหลือที่บ้านตัวใดที่ไม่ต้องใช้ต่อ

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเชื่อมโยงเพื่อความสมบูรณ์ (ไม่ต้องประเมินให้คะแนนในหมวดต่อไปนี้)

- II-1.1 ก.(6) การวัดผลการดำเนินการ
- II-1.2 ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็นของระบบบริหารความเสี่ยง

มาตรฐานที่ควรให้ความสำคัญ

- I-1.2 ก.(3) การวาง**ระบบกำกับดูแลทางคลินิก** (clinical governance)
- I-1.2 ข.(3) ประเด็นทาง**จริยธรรม**ที่ยากลำบากในการตัดสินใจ
- I-4.2 ข.(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้**สื่อสังคมออนไลน์**
- I-6.1 จ. การจัดการด้าน**การเรียนการสอนทางคลินิก**
- II-1.2 **การบริหารความเสี่ยง**
- II-6.1 ก.(5) แผนงาน**ใช้ยาสมเหตุผล**
- **มาตรฐานเกี่ยวกับ Patient Safety Goals**

แนวทางการใช้มาตรฐาน HA

แนวทางการใช้มาตรฐาน HA

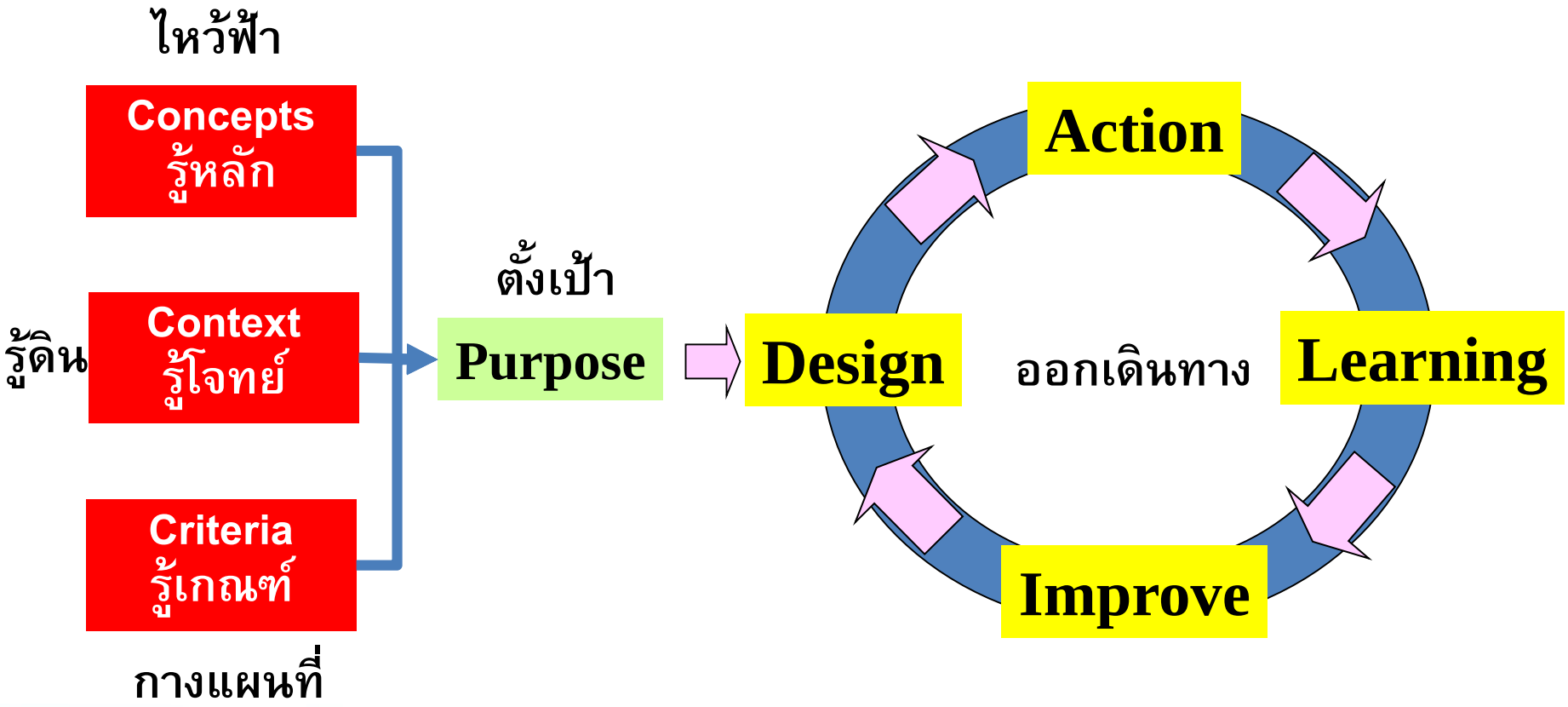
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เป้าหมาย เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เพมาะสม ใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ
2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improve หรือ Purpose-Process-Performance)
4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

3C- PDSA/DALI
ไหว้ฟ้า รู้ดิน ตั้งเป้า กางแผนที่ ออกเดินทาง



ประยุกต์ใช้ 3C-PDSA ในชีวิตจริง

1. **ถอดรหัสมาตรฐาน** เป้าหมาย คุณค่า ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
2. **รับรู้** รู้สถานการณ์จากของจริง จากคำพูดของผู้ป่วย
3. **วิเคราะห์** เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
4. **ตั้งเป้า** วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัววัด
5. **เฝ้าดู** หา baseline ของตัววัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
6. **ออกแบบ** ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับยืดหยุ่น
7. **สื่อสาร** ใช้ทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
8. **ปฏิบัติ** สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ
9. **ติดตาม** มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล
10. **ปรับปรุง** ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

Risk-based Thinking

คืออะไร

- ความเสี่ยง คือโอกาสที่จะไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด
- Risk-based thinking คือการจัดการความเสี่ยงและโอกาสในอนาคต

ทำไม

- เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของ รพ.ได้ตรงประเด็น
- เพื่อเป็นหลักประกันความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

อย่างไร

- วิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยง
- วางแผนรับมือกับความเสี่ยง

ตัวอย่างการใช้ RBT กับ Clinical Governance

Opportunity

- มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากที่รอการขับเคลื่อนในระดับองค์กร

Risk / Failure Mode

- ไม่มี body ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลในระดับสูง
- มีคณะกรรมการซึ่งมีแต่บุคคลภายใน
- คณะกรรมการไม่สามารถกำกับให้มีการดำเนินการตามที่ควรจะเป็น
- ไม่มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ
- ไม่มีการสรุปรายงานเสนอคณะกรรมการ
- สมาชิกในคณะกรรมการสนใจแต่เรื่องส่วนงานของตนเอง
- การตอบสนองมิได้มุ่งไปที่การสร้างวัฒนธรรมองค์กร

การกำหนดตัววัด (Measure) /ตัวชี้วัด (Indicator)

การกำหนดตัววัด (Measure) /ตัวชี้วัด (Indicator)

ใช้หลัก "วัดเพื่อพัฒนา"

- ตัววัดนี้จะนำไปสู่การพัฒนาอะไร พัฒนาแล้วใครได้ประโยชน์
- เราสามารถทำให้เกิดประโยชน์ดังกล่าวจริงหรือไม่ คุ้มค่าหรือไม่

ครอบคลุมประเด็นสำคัญ

- สอดคล้องกับเป้าหมายของเรื่องนั้น ครอบคลุมมิติสำคัญของเรื่องนั้น
- ถ้าเป็นการดูแลผู้ป่วย เน้นในสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ใช้ control chart เพื่อศึกษา variation ของกระบวนการ
- สรุปข้อมูลสำคัญประกอบใน chart ที่สัมพันธ์กับช่วงเวลาที่เกิดขึ้น

การใช้ประโยชน์

- ใช้การวัดเพื่อชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนา
- อาจต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบในระดับ subgroup

ตั้งเป้าอะไรบ้าง

รู้โจทย์

วิสัยทัศน์/พันธกิจ

รู้เกณฑ์

มาตรฐาน HA

- **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์**
- **เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม**
- **เป้าหมายหน่วยงาน**
- **เป้าหมายระบบงาน**
- **โอกาสพัฒนา**

เป้าหมายทั้งหมดมาจากวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลุ่มผู้ป่วยสำคัญขององค์กร

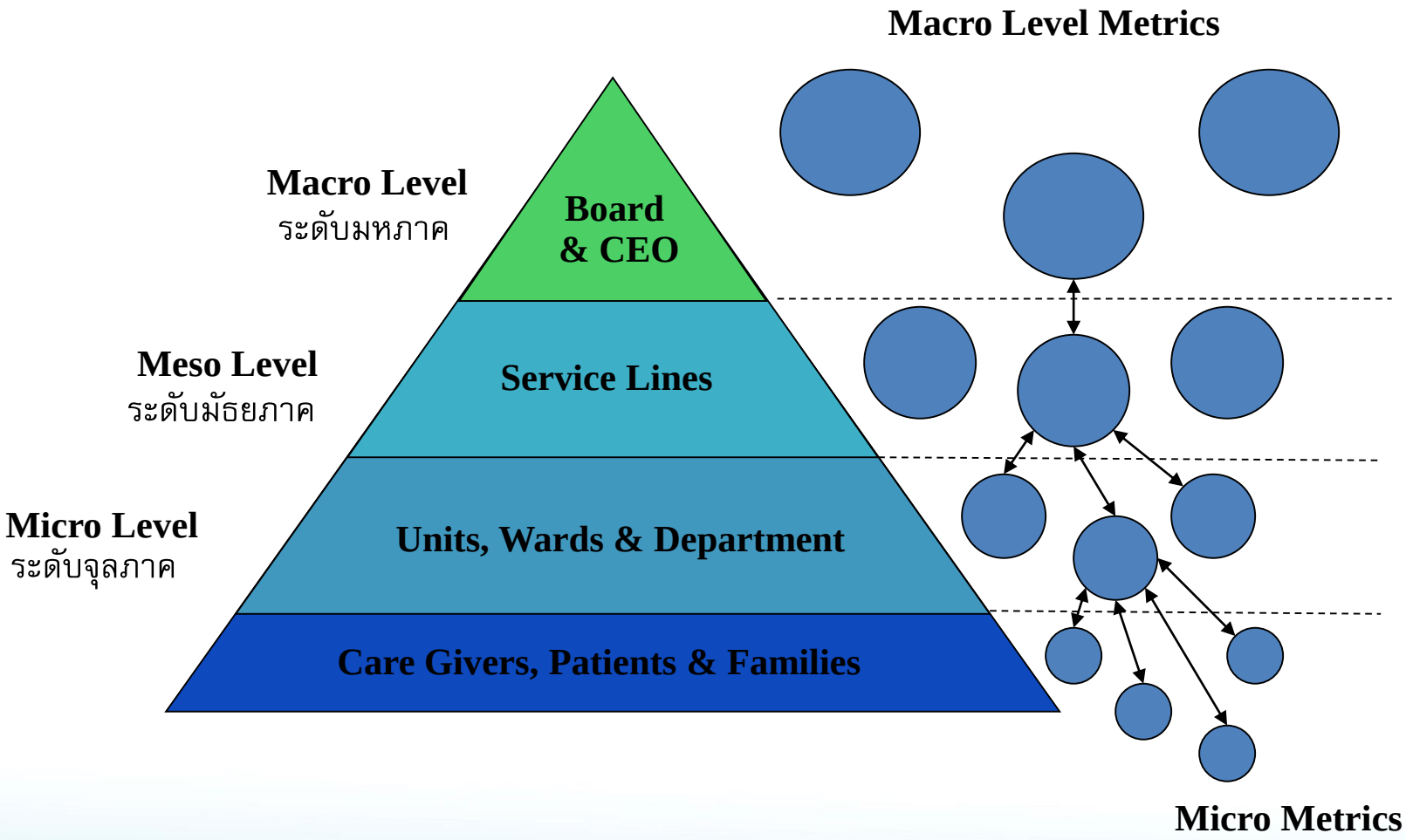
มาตรฐาน HA มาช่วยเสริมให้เห็นเป้าหมายของระบบงานชัดเจนขึ้น และให้เห็นโอกาสพัฒนาในกระบวนการต่างๆ ที่ยังไม่สมบูรณ์

ลักษณะของการวัดตามเป้าหมายต่าง ๆ

แง่มุม	การพัฒนา (Improvement)	ภาระรับผิดชอบ/ตัดสิน (Accountability)	การวิจัย (Research)
เป้าหมาย	ปรับปรุงกระบวนการ	เปรียบเทียบ ทำให้มั่นใจ จูงใจ	ความรู้ใหม่
วิธีการ			
-test observability	สังเกตการทดสอบได้	ไม่มีการทดสอบ	blinded หรือ controlled
-bias	ยอมรับอคติที่เกิดขึ้นอย่างคงเส้นคงวา	วัดและปรับเพื่อลดอคติ	ออกแบบเพื่อขจัดอคติ
-sample size	สุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ต่อเนื่องให้ได้ just enough data	ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 100% ที่สามารถหาได้	ชุดข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อรับสถานการณ์ที่อาจเป็นไปได้
-flexibility of hypothesis	สมมติฐานยืดหยุ่น เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกิดการเรียนรู้ขึ้น	ไม่มีสมมติฐาน	มีสมมติฐานที่แน่นอน
-testing strategy	ทดสอบเป็นลำดับไปตามช่วงเวลา	ไม่มีการทดสอบ	ทดสอบครั้งเดียว หรือเปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลา
-สถิติ	สถิติวิเคราะห์ (SPC)	เน้นที่การไม่เปลี่ยนแปลง	สถิติอนุมาน (inferential stat)
-การรักษาความลับของข้อมูล	ใช้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา	มีข้อมูลให้สาธารณะรับรู้	รักษาความลับของ subject ID

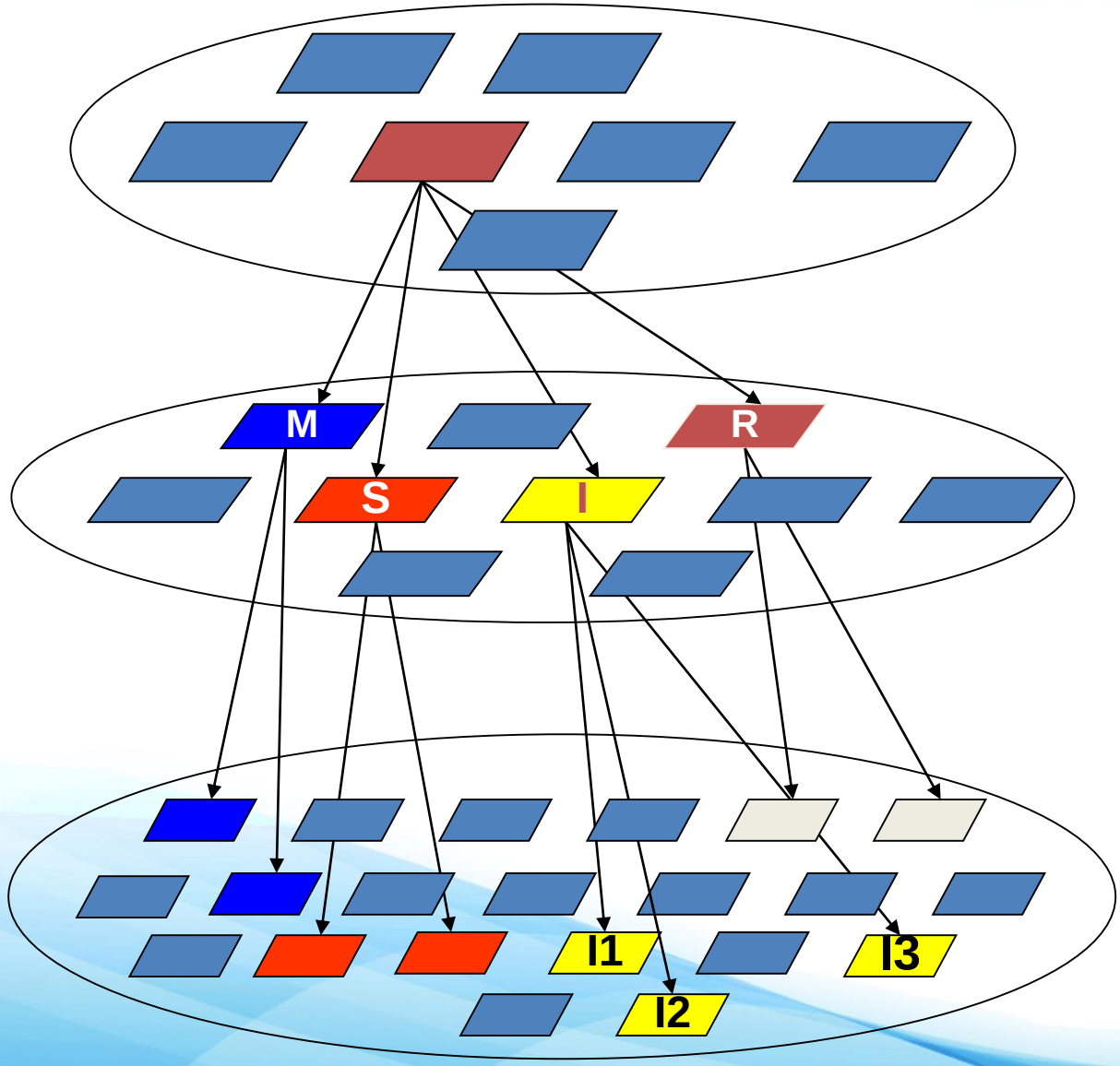
Source: Robert Lloyd, Institute of Healthcare Improvement

Cascading of Indicators



Alignment of Patient Safety Indicators

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

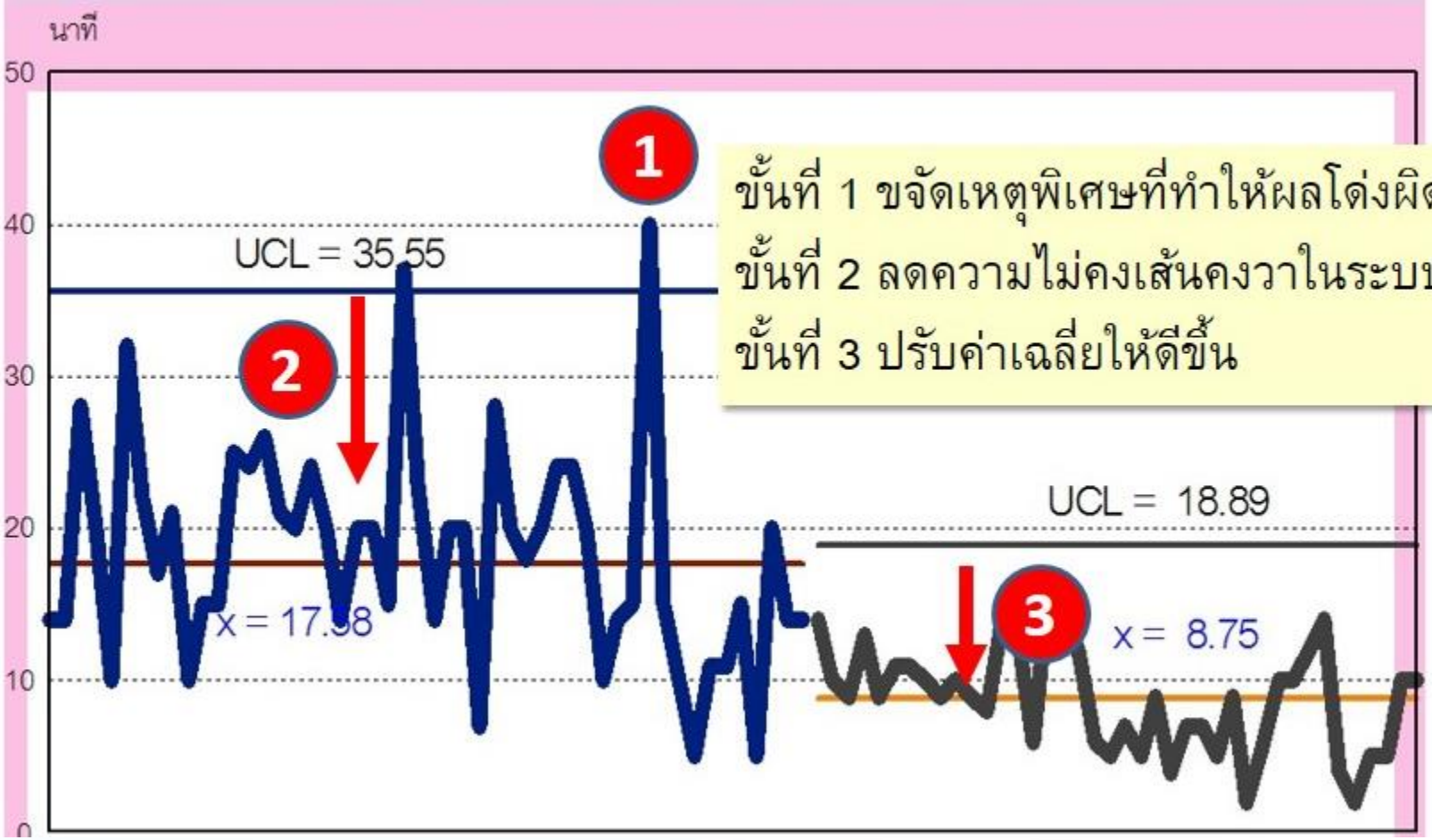


AE/1000 patient days

M = Medication related event
I = Hospital Associated Infection
S = Surgery related AE
R = Delayed response

M = Medication related event
I1 = VAP
I2 = SSI
I3 = BSI
S = Surgery related AE
R = Delayed response

Control Chart



ขั้นที่ 1 ขจัดเหตุพิเศษที่ทำให้ผลโด่งผิดพวก
ขั้นที่ 2 ลดความไม่คงเส้นคงวาในระบบ
ขั้นที่ 3 ปรับค่าเฉลี่ยให้ดีขึ้น

รายงานการประเมินตนเอง
SAR (Self-assessment Report)

เป้าหมายของการเขียน SAR

1. เพื่อสร้างการเรียนรู้ในองค์กร
   - ทีมงานสรุปบทเรียน ความสำเร็จ ความล้มเหลวในการทำงาน
   - ทีมงานตรวจสอบความสมบูรณ์ของการพัฒนา
   - สร้างการเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นและกับผู้บริหาร
2. เพื่อสื่อสารกับผู้เยี่ยมสำรวจของ สรพ.
3. เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดและขยายผล

รายงานการประเมินตนเอง

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัด

- รพ.มีสิทธิที่จะกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในมาตรฐานแต่ละบทได้เอง
- ควรนำเสนอข้อมูลครอบคลุมช่วงเวลาทั้งหมดที่เคยเก็บข้อมูลไว้
- รูปแบบการนำเสนอ
  - ควรนำเสนอข้อมูลสรุปในรูปแบบตารางในส่วนต้นของแต่ละมาตรฐาน
  - เลือกข้อมูลบางตัวมานำเสนอเป็น run chart หรือ control chart พร้อม annotation สรุปเหตุการณ์หรือ intervention ในกราฟให้มากที่สุด โดยไม่ต้องอธิบายซ้ำใน text ยกเว้นเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

รายงานการประเมินตนเอง

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามมาตรฐาน

- **Purpose** ระบุเป้าหมาย (ของมาตรฐานหรือของการพัฒนา)
  - ระบุที่มาประกอบโดยใช้ risk-based thinking แสดงให้เห็นการวิเคราะห์โจทย์/ความเสี่ยง/ปัญหา และโอกาสพัฒนาที่สำคัญของ รพ.
- **Process**
  - แสดงให้เห็นว่ากระบวนการทำงานได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม (good design) หรือมีการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น หรือมี good practice ที่ใช้ต่อเนื่อง
  - นำเสนอข้อมูลที่ยืนยันการปฏิบัติ
    - ข้อมูลเชิงปริมาณที่องค์กรนำเสนอ เช่น ความถี่ ความครอบคลุมของกิจกรรม
    - ข้อมูลเชิงคุณภาพที่องค์กรนำเสนอ เช่น เนื้อหาในกิจกรรมต่างๆ
    - กิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เห็นความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ เช่น การฝึกอบรม, การ monitor, การปรับปรุงต่อเนื่อง

รายงานการประเมินตนเอง

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามมาตรฐาน

- **Performance** นำเสนอข้อมูลที่เป็น feedback loop และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ **(Study & Act)**
  - เสียงสะท้อนจากผู้รับผลงานและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
  - Rapid assessment
  - KPI

รายงานการประเมินตนเอง

ส่วนที่ 3 แผนการพัฒนาต่อเนื่องในช่วง 1-2 ปีข้างหน้า

- ตามโจทย์/ความเสี่ยง/ปัญหาที่ยังเหลืออยู่
- ตามกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต
- ตาม scoring guideline เพื่อยกระดับ maturity ของระบบงาน หรือการขยายผลในองค์กร
- ตามผลการทำ rapid assessment และเสียงสะท้อนของผู้เกี่ยวข้อง
- ตามผลการใช้เครื่องมือประเมินระบบงานและเครื่องมือประเมินองค์กรต่างๆ ที่ รพ.เห็นว่าเหมาะสม

ทำแฟ้มสะสมผลงานเพื่อช่วยเขียน SAR

ตั้งโครงแต่เริ่มต้น

- ทุกหัวข้อในมาตรฐานที่รับผิดชอบ

Update ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

- ทุกครั้งที่มีการสรุปผลงานแต่ละเรื่อง
- อย่างน้อยปีละครั้ง
- ถือโอกาสวิเคราะห์และเรียนรู้จากข้อมูลที่ใช้ติดตาม

ครอบคลุม 3P

- ที่มาของปัญหาและเป้าหมาย
- การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น
- ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป