**คำแนะนำการใช้รายงานการประเมินตนเอง**

รายงานประเมินตนเองฉบับ 2020 มีการปรับเพิ่มบางประเด็นเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ที่ถูกกำหนดในระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2562 ที่มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3 และขั้นก้าวหน้า ต้องได้คะแนนประเมินจากการเยี่ยมตามที่ระเบียบกำหนดและต้องปฏิบัติได้ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่คณะกรรมการกำหนดทุกข้อ โดยมาตรฐานสำคัญจำเป็นทุกข้อเป็นมาตรฐานที่ถูกเลือกมาจาก โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ซึ่งจะบูรณการในรายงานการประเมินตนเองไว้ใน SAR 2020 **โดยสถานพยาบาลที่จะขอการรับรองต้องแสดงการดำเนินงานและการพัฒนาตามประเด็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นที่คณะกรรมการกำหนดครบทุกข้อในรายงานการประเมินตนเอง ซึ่งได้มีการทำสัญลักษณ์ให้เห็นเป็นตัวหนังสือสีแดง จำนวน 9 ประเด็น หากสถานพยาบาลดำเนินการประเด็นดังกล่าวไม่ครบถ้วน ตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณาสถานพยาบาลที่จะผ่านการรับรองคุณภาพที่ระเบียบกำหนด สถาบันจะไม่สามารถพิจารณาจัดกระบวนการประเมินรับรองในขั้นตอนการเยี่ยมสำรวจต่อไปได้**

รายงานการประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานแต่ละหมวดประกอบด้วย 5 ส่วนคือ i) ผลลัพธ์ของบทนั้น, ii) บริบท, iii) กระบวนการ, iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ, v) แผนการพัฒนา

**i) ผลลัพธ์ของบทนั้น**

ให้ระบุผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในหมวดนั้นๆ โดยใช้ประเด็นสำคัญที่ระบุไว้เป็นแนวทางพิจารณา ซึ่ง รพ.สามารถเพิ่มเติมได้ตามที่เห็นสมควร **ในกรณีที่มาตรฐานสำคัญจำเป็นอยู่ในหมวดใด จะมีตัวอย่างผลลัพธ์การดำเนินการให้พิจารณาเลือกตอบให้สอดคล้องกับบริบทรพ.**

ตัวชี้วัดต่างๆ ควรระบุหน่วยของตัวชี้วัดให้ชัดเจน ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์อย่างมีนัยยะสำคัญ ควรอธิบายไว้ในส่วน iii) กระบวนการด้วย **กรณีเป็นตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น ให้อธิบายแนวทางปฏิบัติ การดำเนินทบทวน และแผนการดำเนินการที่ชัดเจนในข้อมาตรฐานที่ระบุไว้ในส่วน iii)**

**ii) บริบท**

เป็นการระบุข้อมูลสำคัญที่มีผลต่อการออกแบบ การปฏิบัติ และการประเมินผลความสำเร็จ ซึ่งทีมสามารถระบุข้อมูลสำคัญเพิ่มเติมจากหัวข้อที่ให้แนวทางไว้ได้

**iii) กระบวนการ**

ควรเขียนสรุปประเด็นสำคัญอย่างย่อๆ bullet ละไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

* (Good practice): เพื่อบรรลุเป้าหมาย.... รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้ (1)… (2)…. (3)… ทำให้เกิดผลลัพธ์......
* (Improvement): เพื่อปรับปรุงกระบวนการ.... โดยมีเป้าหมาย..... ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง (1)… (2)…. (3)… ทำให้เกิดผลลัพธ์......
* (Effort): เพื่อแก้ปัญหา..... ทีมงานได้ใช้แนวคิด...... โดยดำเนินการต่อไปนี้..... ทำให้เกิดบทเรียน.......
* (Plan): เพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาเรื่อง..... รพ.ได้วางแผนไว้ดังนี้.......

สถานพยาบาลไม่จำเป็นต้องเขียนครบ bullet ทั้ง 4 อันข้างบน แต่ให้เขียนให้สอดคล้องกับเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น

ในช่วงที่ผ่านมา

กรณี bullet ที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ให้สรุปประเด็นสั้นๆ ไม่เกิน 3-4 บรรทัด โดยยึดหลักการเขียนตามแนวคิด 3P (Purpose-Process-Performance) ดังตัวอย่างต่อไปนี้ เป็นต้น

* (Essential Standard) ...เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง......ทีมได้การดำเนินการ...... ส่งผลให้......
* (Essential Standard) …เพื่อลดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เรื่อง....ทีมได้ดำเนินการทบทวนพบว่า....และได้พัฒนาหรือปรับระบบดังนี้....

**iv) ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**

ให้ระบุเฉพาะชื่อของการปฏิบัติ กระบวนการ ระบบงาน ผลการพัฒนา นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ โดยรายละเอียดต่างๆ ควรอยู่ในหัวข้อ iii) กระบวนการอยู่แล้ว

**v) คะแนนและแผนการพัฒนา**

ในแต่ละหมวดจะมีหัวข้อสำหรับการประเมินคะแนนตาม scoring guideline ซึ่งเป็นการประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

Score ให้ระบุคะแนนการประเมินตนเองตั้งแต่ 1-5 ซึ่งอาจจะมีคะแนนในระดับ 0.5 ด้วยก็ได้

DALI Gap เป็นตัวช่วยสำหรับการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาอีกมุมมองหนึ่งว่า รพ.มีจุดอ่อนในขั้นตอนใดในมาตรฐานเรื่องนั้น ถ้าเห็นว่ามี gap ให้ระบุเฉพาะอักษรย่อที่เห็นว่าเป็น gap ซึ่งอาจจะมีมากกว่าหนึ่งตัวก็ได้

D = gap ในการออกแบบ (design gap) อาจสอดคล้องกับคะแนน 1 ถ้ามี gap การออกแบบในภาพรวม

A = gap ในการนำไปปฏิบัติ (action gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 2

L = gap ในการประเมินและเรียนรู้ (learning gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

I = gap ในการปรับปรุง (improvement gap) มักสอดคล้องกับคะแนน 3

ประเด็นที่จะพัฒนา เป็นการระบุประเด็นสำคัญที่พบจากการวิเคราะห์และทบทวน (และควรสอดคล้องกับ gap) ต่อไปนี้

* การปฏิบัติตามมาตรฐาน
  + Gap ที่พบจากการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ไม่สมบูรณ์
  + Gap ที่พบจากการวิเคราะห์ DALI
  + การยกระดับ maturity ของการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ประเมินโดยอาศัย scoring guideline
  + ผลการประเมินด้วยเครื่องมือและวิธีการอื่นๆ
* บริบทขององค์กร
  + โจทย์ขององค์กร (ความท้าทาย ความเสี่ยง ปัญหา)
  + กลยุทธ์/เป้าหมายที่องค์กรกำหนด

\***รายละเอียดเพิ่มเติม** มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม Patient Safety Goals จำนวน 8 รายการ Personnel Safety Goals 1 รายการ ดังนี้

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย | มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ  ฉบับที่ 4 | มีข้อมูลตอบใน SAR แล้ว  (ให้เช็ค 🗸 ก่อนส่งสรพ.) |
| การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ | มาตรฐาน III-4.3 การดูแลเฉพาะ ข.การผ่าตัด (4) |  |
| การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABSI | มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (1) |  |
| บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งตรงกับมาตรฐาน | มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ข.การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ (3) |  |
| การเกิด medication error และ adverse drug event | มาตรฐาน II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน ก.การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (3) |  |
| การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด | มาตรฐาน II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต |  |
| การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (8) |  |
| ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค | มาตรฐาน III-2 การประเมินผู้ป่วย ค.การวินิจฉัยโรค (4) |  |
| การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน | มาตรฐาน II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ข.การให้บริการ (3) II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค และ II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ |  |
| การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน | มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงบริการ (3) |  |

โดยสถานพยาบาลต้องดำเนินการในเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ดังนี้

1. มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด
2. แสดงจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละปี ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ในแบบประเมินตนเองเพื่อขอรับการรับรองคุณภาพ
3. กรณีเกิดอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยที่กำหนด ซึ่งส่งผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป) ให้สถานพยาบาลทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา
4. จัดทำแผนควบคุมป้องกันความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย และมีผลการดำเนินงานตามแผนแสดงแก่ผู้เยี่ยมสำรวจ

**หมายเหตุ: ส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยใน SAR 2020 จะเป็นตัวหนังสือสีแดง และอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปรายละเอียดดังตาราง**

|  |
| --- |
| **ระดับผลกระทบของอุบัติการณ์** |

**I-1 การนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4 (2) (3) (4) (5) (6)]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** การสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน การกำกับดูแลกิจการ ความรับผิดชอบด้านการเงิน การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ การประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  วิสัยทัศน์:  พันธกิจ:  ค่านิยม:  ระบบกำกับดูแลองค์กร:  **iii. กระบวนการ**  I-1.1 ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม:  (1) ผู้นำชี้นำองค์กร:   * การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากวิสัยทัศน์ขององค์กร: * ผู้นำเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามค่านิยม:   (2)(3) ผู้นำส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม:  I-1.1 ข. การสื่อสาร  (1) ผู้นำสื่อสารและสร้างความผูกพัน:   * กับกำลังคน (สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญ/ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง, สร้างแรงจูงใจ): * กับผู้รับบริการ:   I-1.1 ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร  (1) ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กระประสบความสำเร็จ:   * การบรรลุพันธกิจ: * การเป็นองค์กรที่คล่องตัว: * การมีวัฒนธรรมความปลอดภัย: * การเรียนรู้: * การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม: * การสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ:   (2) ผู้นำกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ (focus on action):  I-1.2 ก. การกำกับดูแลองค์กร  (1) ระบบกำกับดูแลองค์กร:   * การปรับปรุงระบบงานที่เป็นข้อเสนอแนะจากระบบกำกับดูแลองค์กร:   (2) การประเมินและปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ:   * การปรับปรุงระบบการนำและ managerial competency ของผู้นำที่เป็นผลจากการทบทวน:   (3) ระบบกำกับดูแลทางคลินิก:  I-1.2 ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม  (1) การปฏิบัติตามกฎหมายและความห่วงกังวลของสาธารณะ:   * การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ: * การตอบสนองต่อการคาดการณ์ความเสี่ยง/ผลกระทบเชิงลบ/ความห่วงกังวลของสาธารณะ: * การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม:   (2) การกำกับดูแลเรื่องจริยธรรม:  (3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ:  I-1.2 ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม  (1) ความรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (ด้านสิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ):  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. การชี้นำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง |  |  |  |
| 1. การสื่อสาร สร้างความผูกพันโดยผู้นำ |  |  |  |
| 1. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา |  |  |  |
| 1. ระบบกำกับดูแลกิจการ การประเมินผู้นำ/ระบบการนำ |  |  |  |
| 1. ระบบกำกับดูแลทางคลินิก |  |  |  |
| 1. การปฏิบัติตามกฎหมาย ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม |  |  |  |

**I-2 กลยุทธ์**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-4(1)]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** การบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ:  โอกาสเชิงกลยุทธ์:  ความท้าทายเชิงกลยุทธ์:  ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์:  สมรรถนะหลักขององค์กร:  ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  I-2.1 ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:  (1) กระบวนการจัดทำกลยุทธ์:      (2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ การเลือกโอกาสพัฒนา และการส่งเสริมนวัตกรรมในโอกาสที่เลือกดำเนินการ:  (3) การวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดกลยุทธ์:  (4) การกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กร:  (5) การตัดสินใจเรื่องระบบงาน กระบวนการใดที่ทำเอง กระบวนการใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ:  I-2.1 ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์  (1)(2)(3) กลยุทธ์ในด้านคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ความท้าทาย | วัตถุประสงค์ | เป้าหมายและกรอบเวลา | ตัวชี้วัดที่ใช้ติดตาม | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   I-2.2 ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ  (1) การจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้น และระยะยาว:  (2) การถ่ายทอดประเด็นที่ท้าทาย/ยาก ไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร และร่วมกับผู้ส่งมอบ/พันธมิตร:  (3) การจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:  (4) การจัดทำแผนและจัดการกำลังคนเพื่อปฏิบัติตามกลยุทธ์:  (5) การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า:  I-2.2 ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ  การตอบสนองต่อผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์และการวิเคราะห์ข้อมูล |  |  |  |
| 1. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทาย ครอบคลุมคุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ |  |  |  |
| 1. การจัดทำแผนปฏิบัติการ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร |  |  |  |
| 1. การกำหนดตัวชี้วัดและใช้ในการติดตามความก้าวหน้า |  |  |  |

**I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-2]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่า การคงอยู่ การแนะนำ การสร้างความสัมพันธ์ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ส่วนการตลาดที่สำคัญ:  กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ (ระบุความต้องการสำคัญของผู้รับบริการแต่ละกลุ่มในวงเล็บ):  ผู้รับผลงานอื่นๆ (และความต้องการสำคัญ):  ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:  **iii. กระบวนการ**  I-3.1 ก. การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน  (1) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้:   * การรับฟังความต้องการและความคาดหวัง: * การรับฟังข้อมูลป้อนกลับหลังเข้ารับบริการ (Feedback):   (2) การรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต:  I-3.1 ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน  (1) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ:  I-3.2 ก. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก  (1) การนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมากำหนดคุณลักษณะของบริการ:  (2) ช่องทางการค้นหาข้อมูล การเข้ารับบริการ และการรับการช่วยเหลือ ที่จัดให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน:  (3) การกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่จะให้ความสำคัญ:  I-3.2 ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น  (1) การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน:  (2) การจัดการคำร้องเรียน ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียนและแนวโน้ม และการนำไปปรับปรุง:  I-3.3 สิทธิผู้ป่วย  ข(1) การสร้างความตระหนักให้แก่บุคลากร:  ก(1) ข(2)-(6) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เป็นประเด็นสำคัญของ รพ.:  ข(7) การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก:  ค การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ:   * ผู้ป่วยระยะสุดท้าย * ผู้ป่วยเด็ก * ผู้สูงอายุ * ผู้พิการ * ผู้ป่วยที่ต้องแยกหรือผูกยึด * อื่นๆ   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. การรับฟัง/เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม |  |  |  |
| 1. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน |  |  |  |
| 1. การใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดบริการและการอำนวยความสะดวก |  |  |  |
| 1. การสร้างความสัมพันธ์และจัดการคำร้องเรียน |  |  |  |
| 1. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย |  |  |  |

**I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** alignment & integration, การใช้ประโยชน์จากข้อมูล, คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ, ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของระบบสารสนเทศ, การจัดการความรู้และการเรียนรู้ที่ดี | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:  กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับบริการที่สำคัญ:  แหล่งข้อมูลเปรียบเทียบ:  เทคโนโลยีสารสนเทศที่สำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  I-4.1 ก. การวัดผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) การเลือก รวบรวม เชื่อมโยงตัวชี้วัด, การมี alignment ทั่วทั้งองค์กร, การใช้ประโยชน์เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวันและความก้าวหน้าตามกลยุทธ์ (ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัด):  (2) การเลือกและใช้ข้อมูล performance ขององค์กรที่มีการเปรียบเทียบกับองค์กรภายนอก:  (3) การใช้ข้อมูลเสียงของผู้ป่วยเพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง (ยกตัวอย่าง):  (4) การปรับปรุงระบบวัดผลดำเนินการขององค์กร:  I-4.1 ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กร (ความสำเร็จ/ความก้าวหน้า) ในรอบปีที่ผ่านมา:  I-4.1 ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (performance) ขององค์กร  (1) ลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรที่เกิดจากการทบทวน [เชื่อมโยงกับ II-1.1ก(7)]:  I-4.2 ก. ข้อมูลและสารสนเทศ  (1) การทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ (accuracy, validity, integrity, reliability, current):  (2) การทำให้มั่นใจในความพร้อมใช้ของข้อมูลและสารสนเทศ, ระบบที่มีใช้งานในปัจจุบัน, ระบบที่กำลังพัฒนาหรือมีแผนจะพัฒนา:  I-4.2 ข. การจัดการระบบสารสนเทศ  (1)(2) การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล/สารสนเทศ:  (3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยยังคงรักษาความลับของผู้ป่วย:  I-4.2 ค. ความรู้ขององค์กร  (1) การสร้างและจัดการความรู้:  (2) การระบุ good practice และขยายผล:  (3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. การวัดผลการดำเนินงาน |  |  |  |
| 1. การวิเคราะห์ข้อมูล การทบทวนผลการดำเนินงาน และนำไปใช้ปรับปรุง |  |  |  |
| 1. คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ |  |  |  |
| 1. การจัดการระบบสารสนเทศ |  |  |  |
| 1. ความรู้ขององค์กร |  |  |  |

**I-5 กำลังคน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-3]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ขีดความสามารถ อัตรากำลัง การรักษาไว้ ทักษะที่เหมาะสม บรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สิทธิประโยชน์ บริการ ความพึงพอใจ ความผูกพัน การพัฒนากำลังคนและผู้นำ | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กำลังคนประเภทต่างๆ ขององค์กร:  สมรรถนะหลักขององค์กร:  ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของกำลังคน:  ความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน:  **iii. กระบวนการ**  I-5.1 ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน  (1) ผลการประเมินขีดความสามารถและความเพียงพอของกำลังคน และการตอบสนอง:  (2) การสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน:  (3) การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงความต้องการและการเตรียมกำลังคนให้พร้อมรับ:  (4) การจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ:  I-5.1 ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน  (2) นโยบาย บริการ สิทธิประโยชน์:  I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน  (1) การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ (สิ่งแวดล้อม ภาระงาน การหยิบยก อันตรายจากการปฏิบัติงาน ความรุนแรง) การปฏิบัติตามกฎหมาย และการให้ภูมิคุ้มกัน:  (2) การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน:  (3) การประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าและการตรวจเป็นระยะ:  (4) การดูแลกำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน:  I-5.2 ก.ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน  (1) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเพื่อให้บุคลากรที่มีผลงานที่ดี:  (2)(3) การประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน:  (4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน:  I-5.2 ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ  (1) Learning need ที่สำคัญของกำลังคนกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | กลุ่มกำลังคนและผู้นำ | Learning need ที่สำคัญ | วิธีการพัฒนา/เรียนรู้ | |  |  |  |   (2) การประเมินผลการพัฒนาและเรียนรู้:  (3) การจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานและแผนการสร้างผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. ขีดความสามารถและความเพียงพอ |  |  |  |
| 1. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน |  |  |  |
| 1. การสร้างเสริมสุขภาพของกำลังคน |  |  |  |
| 1. ความผูกพันและระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน |  |  |  |
| 1. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ |  |  |  |

**I-6 การปฏิบัติการ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์** [รายงานผลลัพธ์ตามมาตรฐาน IV-5 ในส่วนที่มิได้รายงานไว้ในหมวดอื่นๆ]  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพของกระบวนการสำคัญ, ประสิทธิผลของระบบความปลอดภัยขององค์กร, การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน, ผลด้านห่วงโซ่อุปทาน | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ข้อกำหนดของบริการสุขภาพสำคัญ:  ผู้ส่งมอบและพันธมิตรสำคัญ:  โอกาสเชิงกลยุทธ์:  การเป็นสถาบันสมทบในการจัดการเรียนการสอน:  ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเผชิญ:  **iii. กระบวนการ**  I-6.1 ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ  (1) การระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ:  (2) การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดของกระบวนการ:  (3) การออกแบบบริการและกระบวนการทำงานโดยใช้แนวคิดต่างๆ:   * หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ: * เทคโนโลยี: * ความรู้ขององค์กร: * คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น: * ความคล่องตัว: * ความปลอดภัย: * มิติคุณภาพอื่นๆ:   (4) การควบคุมเอกสาร:  I-6.1 ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ  (1)(2)(3) การทำให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกระบวนการ การใช้ตัวชี้วัด การปรับปรุงกระบวนการ   * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ: * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย และการติดตามกำกับงานประจำวัน: * บทเรียนจากการใช้ 3P หรือ PDSA กับประเด็นเชิงกลยุทธ์ หรือการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ:   I-6.1 ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน  I-6.1 ง. การจัดการนวัตกรรม  I-6.1 จ. การจัดการการเรียนการสอนทางคลินิก  I-6.2 ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ  (1) การควบคุมต้นทุนโดยรวม การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ การปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล:  I-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน (ยกเว้นอัคคีภัย ซึ่งจะตอบใน II-3)  (1) การทำให้สภาพแวดล้อมของการปฏฺบัติการที่ปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การฟื้นฟู:  (2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน:   * บทเรียนที่ได้รับจากการฝึกซ้อมครั้งล่าสุด และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น: * ความพร้อมใช้ต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ:   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** |
| 1. การออกแบบบริการและกระบวนการทำงาน การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิผล |  |  |  |
| 1. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน |  |  |  |
| 1. การจัดการนวัตกรรม |  |  |  |
| 1. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก |  |  |  |
| 1. ความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ |  |  |  |

**II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register) | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:  วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:  จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:  เป้าหมายความปลอดภัย:  โรคที่มีความเสี่ยงสูง:  หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง:  **iii. กระบวนการ**  II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ  (1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:      (2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:      (3) การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:      (4) การทำงานเป็นทีม      (5) การประเมินตนเอง:  (8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:  (9) การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:  (10) การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:  II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย  (1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:  (2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:  (4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:  II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง  (1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):  (2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง และ risk register:  (4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์ (incident) และเหตุเกือบพลาด (near miss):  (5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (PSG):  (6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม |  |  | |  | | | | | |
| 1. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ |  |  | |  | | | | | |
| 1. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย |  |  | |  | | | | | |
| 1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย |  |  | |  | | | | | |
| 1. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย |  |  | |  | | | | | |
| 1. กระบวนการบริหารความเสี่ยง |  |  | |  | | | | | |
| 1. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ |  |  | |  | | | | | |

**II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ) | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:  จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน:  สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ:  **iii. กระบวนการ**  II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล  (1) การจัดทีมผู้บริหาร:      (2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:  (3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:   * การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ: * การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล: * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย: * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม: * การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์: * การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:   (4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:  (5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:  (6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:  II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล  (1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:  (2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:  (3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:  (4) บันทึกทางการพยาบาล:  (5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารการพยาบาล |  |  | |  | | | | | |
| 1. ปฏิบัติการทางการพยาบาล |  |  | |  | | | | | |

**II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:  **iii. กระบวนการ**  (1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์  (5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์   * การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน: * การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้: * การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ: * การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ * การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม * การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย   (6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:  (7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. องค์กรแพทย์ |  |  | |  | | | | | |

**II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ลักษณะสิ่งก่อสร้าง:  เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ  (1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฏหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ  (2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย  (3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)  (4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน  (5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม   |  |  |  | | --- | --- | --- | | วันที่ | เนื้อหา | จำนวนผู้เข้าร่วม | |  |  |  |   II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย   1. วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์   II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน  (1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ  (2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ  (3) การฝึกซ้อมแผน  II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย  (1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย  (2) การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ  (3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย  II-3.2 ก. เครื่องมือ  (1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา  (2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้  (3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ  II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค  (1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค  (2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์   * ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง: * ระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์: * การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ:   (3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน  II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ  (1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี  (2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้  (3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ  II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดกล้อม  (1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:  (2) การลดปริมาณของเสีย:  (3) การกำจัดขยะ:  (4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย |  |  | |  | | | | | |
| 1. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย |  |  | |  | | | | | |
| 1. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค |  |  | |  | | | | | |
| 1. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ |  |  | |  | | | | | |
| 1. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม |  |  | |  | | | | | |

**II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| อุบัติการณ์การติดเชื้อสำคัญตามบริบทองค์กร เช่น VAP, CAUTI, SSI, CLABSI เป็นต้น\* | | |  | |  |  |  |  |  |
| อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อจากการทำงาน\* | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร  **ii. บริบท**  จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ:  บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ:  การติดเชื้อสำคัญ:  โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:  การติดเชื้อดื้อยา:  จำนวน ICN และการศึกษาอบรม:  **iii. กระบวนการ**  II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  (1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ  (2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม  (3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ  (5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) ทั่วทั้งองค์กร ความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย  (7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ  (8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย  (9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) กลไกการดำเนินงานและประสานงาน  II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ  (1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance  (2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance  (3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน  (4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)  II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป  (1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ   * Hand hygiene: * Isolation precautions: * Standard precaution อื่นๆ: * การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: * การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: * การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing:   (2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม  (3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ  II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ  (1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร\*   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   (2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่  (3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน\*   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ |  |  | |  | | | | | |
| 1. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ |  |  | |  | | | | | |
| 1. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป |  |  | |  | | | | | |
| 1. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ |  |  | |  | | | | | |

**II-5 ระบบเวชระเบียน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น(สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:  ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน:  **iii. กระบวนการ**  II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ  (1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:  (3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:  (4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:  (5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:  II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ  (1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:  (2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:  (4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:  II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย  (1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด  (2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน (ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. ระบบบริหารเวชระเบียน |  | |  | |  | | | | |
| 1. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก |  | |  | |  | | | | |

**II-6 ระบบการจัดการด้านยา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| อุบัติการณ์ Medication error : Prescribing\* | |  | |  | |  |  |  |  |
| อุบัติการณ์ Medication error : Transcribing\* | |  | |  | |  |  |  |  |
| อุบัติการณ์ Medication error : Pre-dispensing\* | |  | |  | |  |  |  |  |
| อุบัติการณ์ Medication error : Dispensing\* | |  | |  | |  |  |  |  |
| อุบัติการณ์ Medication error : Administration\* | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร เช่นการเก็บข้อมูล ME สามารถใช้รูปแบบตามที่รพ.เก็บปกติเป็นต้น  **ii. บริบท**  ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:  **iii. กระบวนการ**  II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา  (1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:  (2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี  (3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADE การตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE\*   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   (4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)  (5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ  (antimicrobial stewardship) :  (6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:  II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน  (1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:  (2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:  (3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:  (4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:  (5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:  II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา  (1) การจัดหายา:  (2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:  (3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:  (4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:  (5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:  II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง  (1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง เพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:  (2) medication reconciliation:  (3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry; CPOE) ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:  II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา  (1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:  (2) การจัดเตรียมยา:  (3) การติดฉลากยา:  (4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:  (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:  II-6.2 ค. การบริหารยา  (1) การบริหารยา การใช้แบบบันทึกการให้ยา (Medication Administration Record; MAR) การตรวจสอบซ้ำ:  (2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:  (3) การติดตามผลการใช้ยา:  (4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา |  | |  | |  | | | | |
| 1. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา |  | |  | |  | | | | |
| 1. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง |  | |  | |  | | | | |
| 1. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา |  | |  | |  | | | | |
| 1. การบริหารยาและติตตามผล |  | |  | |  | | | | |

**II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):  การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี:  จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):  จำนวนรังสีแพทย์:  เทคโนโลยีสำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ:  (2) ทรัพยากรบุคคล:  (3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:  (5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:  (6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:  (7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:  II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา  (1) คำขอส่งตรวจ:  (2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:  (3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:  (4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:  (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:  (6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:  (7) การแปลผลภาพรังสี:  II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:  (2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:  (3) ระบบบริหารคุณภาพ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์ | |  |  | |  | | | | |

**II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป\* | | (..../0) | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร  **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):  จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):  **iii. กระบวนการ**  II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ:  (2)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมือและอุปกรณ์:  (3) ทรัพยากรบุคคล:  (5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:  (7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:  II-7.2 ข. การให้บริการ  (1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:  (2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:      (3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ\*:   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   (4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:  II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) ระบบบริหารคุณภาพ:  (2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:  (3) ระบบควบคุมคุณภาพ:  (4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก |  | |  | |  | | | | |

**II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| \*อุบัติการณ์การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด ทั้งหมด/ระดับ E\* | | (…./0) | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร  **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ:  การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้:  **iii. กระบวนการ**  \* ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือด และผลการปฏิบัติ:  ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:  มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):  ระบบคัดแยก กักกัน ชี้บ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:  ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:  ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:  การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:  การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต |  | |  | |  | | | | |

**II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค & II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ทางพยาธิและการตรวจวินิจฉัยอื่น คลาดเคลื่อน (เช่น ล่าช้า/ ผิดสิ่งส่งตรวจ/ ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป\* | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร  **ii. บริบท**  การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:  **iii. กระบวนการ**  II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค  (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:  II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ  (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:  (2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล\*:   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ |  | |  | |  | | | | |

**II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่: โรค  โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง: โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง  **iii. กระบวนการ**  II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:  (1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:      (3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:      (5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:      II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:  (1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:      (3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:  (5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:  II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:  (1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:  (2) ทีม SRRT:  (3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:  (4) ช่องทางรับรายงาน:      (5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:      (6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:      II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:  (1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:  (2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ |  | |  | |  | | | | |

**II-9 การทำงานกับชุมชน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความครอบคลุม ผลกระทบ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน  (1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:  (3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:  (4) การประเมินและปรับปรุง:  II-9.2 การเสริมพลังชุมชน  (1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:  (2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:  (3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:  (4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การทำงานกับชุมชน |  | |  | |  | | | | |

**III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน\* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป\* | | (…./0) | |  | |  |  |  |  |
| อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป\* | | (…./0) | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร  **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ** | |  |  |   (1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน:  (2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา:  (3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม\*:   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   (4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:  (5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:  (6,7) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:  (8) การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน |  | |  | |  | | | | |
| 1. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent |  | |  | |  | | | | |

**III-2 การประเมินผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป\* | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร  **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค** | |  |  |   III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย  (1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:  (2) ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ:  (3) ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):  (4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:  (6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:  III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค  (1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:  (3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:  (4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:  III-2 ค. การวินิจฉัยโรค  (1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:  (3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:  (4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย\*:   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค |  | |  | |  | | | | |
| 1. การวินิจฉัยโรค |  | |  | |  | | | | |

**III-3 การวางแผน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ องค์รวม ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ:  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย** | |  |  | |  |  |   (1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:  (2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:  (3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):  (4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:  (5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:  (6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:  (7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย:  III-3.2 การวางแผนจำหน่าย   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย** | |  |  |   (1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ CareMap เพื่อการวางแผนจำหน่าย):  (2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:  (3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว):  (4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:  (5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย |  | |  | |  | | | | |
| 1. การวางแผนจำหน่าย |  | |  | |  | | | | |

**III-4 การดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  : กลุ่มผู้ป่วย (ตามบริบทโรงพยาบาล/หน่วยงาน)  :  **iii. กระบวนการ**  III-4.1 การดูแลทั่วไป   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป** | |  |  |   (1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:  (2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำนึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน:  (3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:  (4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:  (5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:  III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง** | |  |  |   (1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:  (2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:  (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:  (4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:  (5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):  (6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การดูแลทั่วไป |  | |  | |  | | | | |
| 1. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก** | |  |  |   (1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :  (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:  (3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัย โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :  (4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น:  (5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):  การดูแลการใช้ deep sedation  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การระงับความรู้สึก |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ข. การผ่าตัด**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
| อุบัตการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป\* | | (...../0) | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| \*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร  **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด** | |  |  |   (1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:  (2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:  (3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:  (4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ\*:   * (สรุปการดำเนินงานตามแนวทางมาตรฐานสำคัญจำเป็น)   (5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):  (6) บันทึกการผ่าตัด การใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:  (7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:  (8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การผ่าตัด |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ** | |  |  |   (1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:  (2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้ การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/ โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:  (3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:  (4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. อาหารและโภชนบำบัด |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:  กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:  **iii. กระบวนการ**  III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  (1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:  (2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:  (3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ:  III-4.3 จ. การจัดการความปวด  (1) การคัดกรองและการประเมินความปวด:  (2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:  (3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย |  | |  | |  | | | | |
| 1. การจัดการความปวด |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ** | |  |  |   (1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:  (2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:  (3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การฟื้นฟูสภาพ |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  : (ตามบริบทหน่วยงาน)  **iii. กระบวนการ**  (1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:  (2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง |  | |  | |  | | | | |

**III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ประสิทธิผล ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:  ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง** | |  |  |   (1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:  (2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:  (3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:  (4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:  (5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:  (6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง |  | |  | |  | | | | |

**III-6 การดูแลต่อเนื่อง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** เหมาะสม ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ระดับการให้บริการ:  ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:  ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง** | |  |  |   (1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:  (2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:  (3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:  (4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:  (5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:  (6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:  (7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:  (8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การดูแลต่อเนื่อง |  | |  | |  | | | | |

**ตอนที่ IV ผลการดำเนินการ**

นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญในตาราง อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (จากความพยายามในการพัฒนาหรือจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป) โดยอาจใช้ run chart หรือ control chart ที่มีคำอธิบายประกอบ (annotation) ตามข้อมูลปฏิบัติงานให้ได้มากที่สุด

กรณีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยตามประกาศที่คณะกรรมการกำหนด จะมีตัวอย่างผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ในข้อ 85 -90 และความปลอดภัยของบุคคลากรในด้านกำลังคนข้อ 94   
ซึ่งโรงพยาบาลสามารถปรับรายละเอียดของการดำเนินงานตามบริบท

**IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ**

1. **ตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **80 ผลการดูแลผู้ป่วยโดยรวม (การเสียชีวิต การส่งต่อ การกลับมารักษาหรือการนอน รพ.ซ้ำ) ที่สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษา** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **81 ผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **82 ผลด้านความต่อเนื่องในการดูแล** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **83 ผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญ** (สะท้อนมิติคุณภาพ appropriateness และeffectiveness | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **84 ผลด้านการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **85 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด (S)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
| ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ที่ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป\* | 0 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **86 ผลด้านความปลอดภัยในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (I)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
| อัตราการติดเชื้อในรพ. (health care-associated infections) ต่อ 1,000 วันนอน\* |  |  |  |  |  |  |
| อัตราการติดเชื้อ VAP/1,000 Vent. Days\* |  |  |  |  |  |  |
| อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1,000 Cath. Days\* |  |  |  |  |  |  |
| อัตราการติดเชื้อ CLABSI/1,000 Cath. Days\* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **87 ผลระบบบริหารจัดการด้านยา และด้านความปลอดภัยในการใช้ยา/เลือด (M)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
| Medication error with harms (level E up)\* | 0 |  |  |  |  |  |
| อัตรา Prescribing error : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* |  |  |  |  |  |  |
| อัตรา Transcribing error: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* |  |  |  |  |  |  |
| อัตรา Pre-dispensing error: : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* |  |  |  |  |  |  |
| อัตรา Dispensing : OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* |  |  |  |  |  |  |
| อัตรา Administration: OPD (ต่อ 1000 ใบสั่งยา) / IPD (ต่อ 1000 /วันนอน)\* |  |  |  |  |  |  |
| จำนวนการให้เลือด ผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด\* | 0 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **88 ผลด้านความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (P)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
| ร้อยละการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnostic error)\* |  |  |  |  |  |  |
| ร้อยละของการเกิดการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด\* |  |  |  |  |  |  |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **89 ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
| ร้อยละของการรายงานผล Lab หรือ Patho คลาดเคลื่อน\* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **90 ผลด้านความปลอดภัยในการดูแลภาวะฉุกเฉิน (E)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
| ร้อยละของการคัดแยก undertriage ที่ ER\* |  |  |  |  |  |  |
| ร้อยละของการคัดแยก overtriage ที่ ER\* |  |  |  |  |  |  |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

**(2) ตัวชี้วัดสำคัญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **91 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **92 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

**IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (มิติคนเป็นศูนย์กลาง)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **93 ผลด้านความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

**IV-3 ผลด้านกำลังคน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **94 ผลด้านกำลังคน (IV-3)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
| ร้อยละของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน\* | 0 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*ตัวอย่างผลด้านความปลอดภัยตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ตอบตามบริบทองค์กร

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

**IV-4 ผลด้านการนำ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **95 ผลด้านการนำ (IV-4)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

**IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **96 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ เช่น IM, BCM, Supply chain,RM, ENV** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

**IV-6 ผลด้านการเงิน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **97 ผลลัพธ์ด้านการเงิน (IV-6)** | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปี...** | **ปัจจุบัน** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

กราฟพร้อมคำอธิบายประกอบในกราฟ (ถ้ามีประโยชน์ในการทำความเข้าใจได้ดีขึ้น)

**รายงานประเมินตนเองของ CLT/PCT สามารถใช้แบบฟอร์ม ตาม Template Quality Report for CLT ที่เป็น ไฟล์ PowerPoint แทนรายละเอียดเอกสารดังนี้**

**รายงานการประเมินตนเองของ CLT/PCT**

**พันธกิจ/ความมุ่งหมาย:**

**ขอบเขตบริการ:**

**ผู้รับบริการสำคัญและความต้องการ:**

**จุดเน้นของการจัดบริการและการพัฒนา:**

**กลุ่มโรคสำคัญ (Key Clinical Population)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โรค**  **Disease** | **เกณฑ์** | | | | |
| **มีความเสี่ยงสูงHigh risk** | **มีค่าใช้จ่ายสูง/นอนโรงพยาบาลนานHigh cost/**  **Long LOS** | **มีปริมาณผู้ป่วยมาก**  **High volume** | **มีหลักฐานใหม่หรือเทคโนโลยีใหม่ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย**  **New evidence/ technology** | **การดูแลมีความซับซ้อน**  **Complex Care** |
|  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ:

* เป็นการบอกภาพรวมว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญของ CLT/PCT มีอะไรบ้าง เพื่อเป็นฐานสำหรับพิจารณาต่อว่าจะทบทวน/สรุปผลคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้าง ในประเด็นใดบ้าง
* ระบุโรคสำคัญให้มากที่สุด ให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของแต่ละโรคตามเกณฑ์ต่างๆ โดยให้น้ำหนักคะแนน 1-5
* ความสำคัญอาจจะมาจากเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งหรือหลายข้อร่วมกันก็ได้

**ตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญจำแนกตามมิติคุณภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **โรค**  **Disease** | **การเข้าถึงและเข้ารับบริการ**  **Access** | **การดูแลต่อเนื่อง**  **Continuity** | **ความเหมาะสม**  **Appropriate** | **ประสิทธิผล**  **Effective** | **ประสิทธิภาพ**  **Efficient** | **ความปลอดภัย**  **Safe** | **การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง**  **People-centered** | **การสร้างเสริมสุขภาพHealth Promotion** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

หมายเหตุ:

* นำโรคที่วิเคราะห์ไว้ในตารางแรกมาระบุตัวชี้วัดตามมิติต่างๆ (ไม่จำเป็นต้องครบทุกมิติ)
* ผลลัพธ์ของตัวชี้วัดที่ระบุจะมีรายละเอียดในข้อมูลรายโรค และนำไปสรุปรวมในรายงานประเมินตนเองตอนที่ IV

**ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ความเสี่ยง** | **มาตรการป้องกัน** | **โรค/กระบวนการ** |
|  |  |  |

**Proxy Disease กับคุณภาพของขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการดูแล**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กระบวนการ** | **โรค** | **มาตรการ/นวัตกรรม เพื่อให้เกิดคุณภาพ** |
| Access & entry |  |  |
| Assessment |  |  |
| Plan of care |  |  |
| Discharge planning |  |  |
| General Care |  |  |
| Care of high risk |  |  |
| Anes & procedure |  |  |
| Nutrition |  |  |
| Rehabilitation |  |  |
| Information & empower |  |  |
| Continuity of care |  |  |

**ผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวม:**

**สรุปการพัฒนา การสร้างนวัตกรรม และการวิจัยสำคัญ:**

**แผนการพัฒนาในอนาคต:**

**Clinical Tracer / Clinical Quality Summary: การดูแลผู้ป่วย (โรค/หัตถการ)**

สรุปโดยใช้ PowerPoint ให้มีองค์ประกอบต่อไปนี้

1. **Purpose:** แสดงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยและอาจแสดง Driver Diagram ที่แสดงองค์ประกอบสำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพ
2. **Process:** (ก) แผนภูมิแสดง flow chart ของการดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน (ข) ตารางแสดงการใช้ process management โดยระบุ process, precess requirement, process design, in-process measure (ถ้ามี)
3. **Performance:** อาจแสดงผลในรูปแบบของ run chart หรือ control chart พร้อมคำอธิบายประกอบที่ระบุชัดเจนถึงช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงผลหรือมีการปรับปรุง
4. **Improvement Summary:** สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5. **Plan:** ระบุแผนการพัฒนาในอนาคต

**หมายเหตุ \***

**กรณี รายงานประเมินตนเองของ CLT/PCT ให้ใช้แบบฟอร์ม powerpoint ในการนำเสนอ**