

# โครงการทบทวน Service Profile ประจำปีงบประมาณ 2565



ศูนย์การแพทย์  
ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ





# บันไดสามขั้นสู่ HA



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



## ขั้นที่ 3 วัฒนธรรมคุณภาพ

เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA  
พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้  
ผลลัพธ์คุณภาพที่ดีขึ้น  
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

## ขั้นที่ 2 ประกันและพัฒนาคุณภาพ

เริ่มด้วยการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ  
ประกันและพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน  
ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด  
ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

## ขั้นที่ 1 สำรวจและป้องกันความเสี่ยง

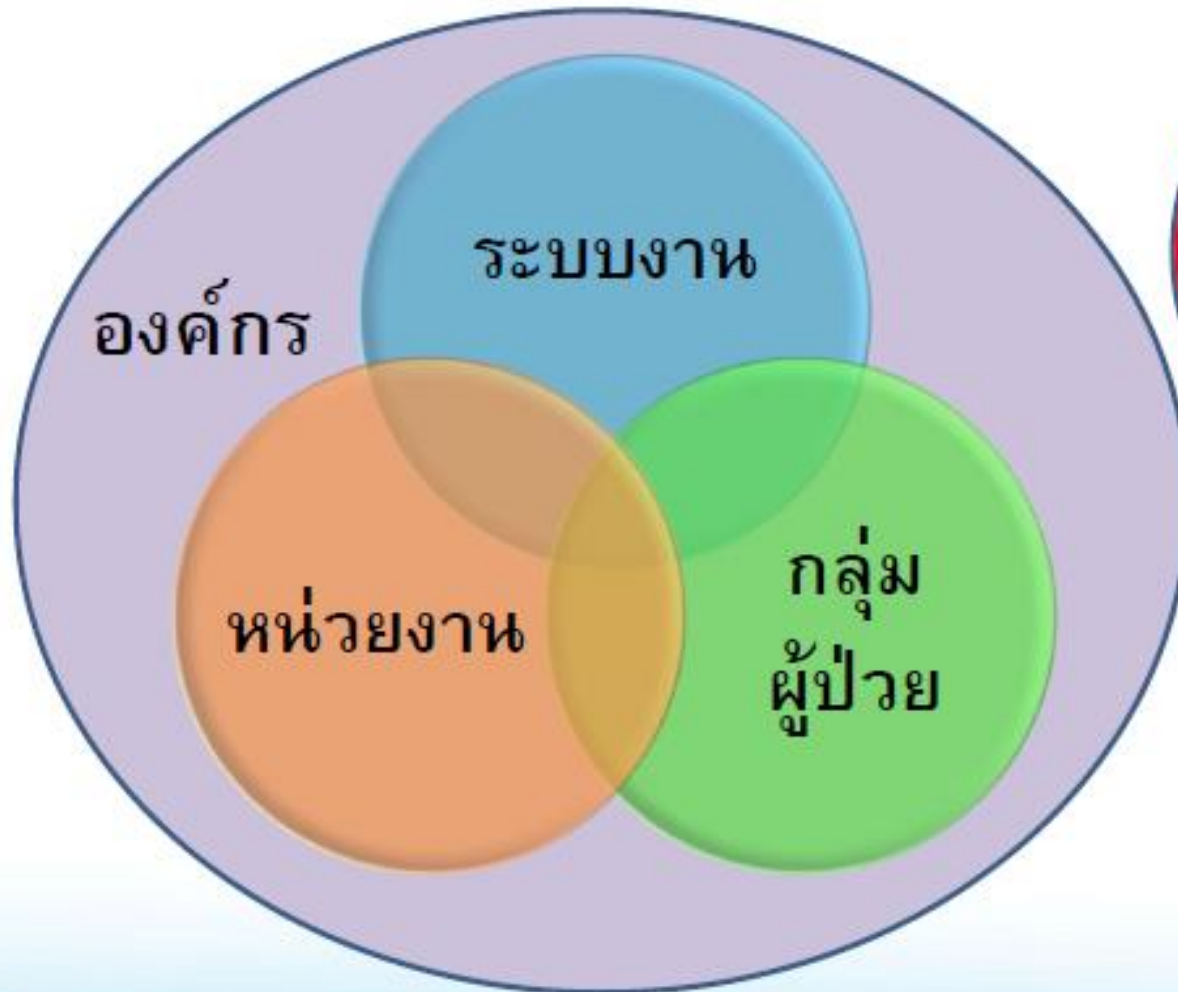
นำปัญหามา ทบทวน เพื่อ แก้ไข ป้องกัน  
ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหา  
ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

# พัฒนาทั้งองค์กร: พื้นที่การพัฒนา 4 วง



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

พื้นที่การพัฒนา 4 วง คือการนำแนวคิด Total ที่หมายถึงทุกคน ทุกระบบ และผู้ป่วยทุกกลุ่ม มาสู่การปฏิบัติ อาจจะมีการทับซ้อนกันบ้างก็ให้พิจารณามุ่งเน้นตามความเหมาะสม



ส่องกระจก  
ให้เห็น  
ทุกพื้นที่

## ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

### I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

I-2

กลยุทธ์

I-5

กำลังคน

I-1

การนำ

I-3

ผู้ป่วย/  
ผู้รับผลงาน

I-6

การ  
ปฏิบัติการ

IV

ผลลัพธ์

## ตอนที่ IV ผลลัพธ์

- IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
- IV-2 ผลด้านการมุ่งเห็นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
- 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 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค
- II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- II-9 การทำงานกับชุมชน

กระบวนการดูแลผู้ป่วย

## ตอนที่ III

### กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

# ประเมินตนเองเพื่อตอบคำถามเหล่านี้

ทำได้ดีหรือไม่  
ใช้ประโยชน์จาก  
ตัวชี้วัดอย่างไร

มีการปฏิบัติตาม  
ระบบที่ออกแบบ  
ไว้หรือไม่

Concepts  
รู้หลัก

**IEC**  
Information  
Education  
Communication

Action

Trace

Measure

Context  
รู้โจทย์

Purpose

Design

Learning

Criteria  
รู้เกณฑ์

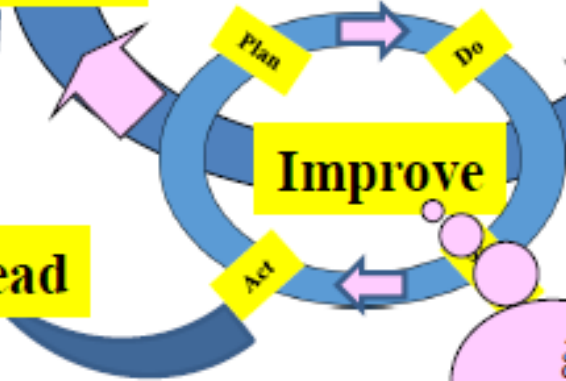
มีการออกแบบ  
หรือจัดระบบงาน  
ไว้เหมาะสม  
หรือไม่

Spread

Improve

มีการปรับปรุง  
ระบบงานอย่างไร  
ทำอะไรไปแล้ว  
จะทำอะไรต่อ

ส่งผลกระทบให้  
เห็น  
ขั้นตอนของการพัฒนา



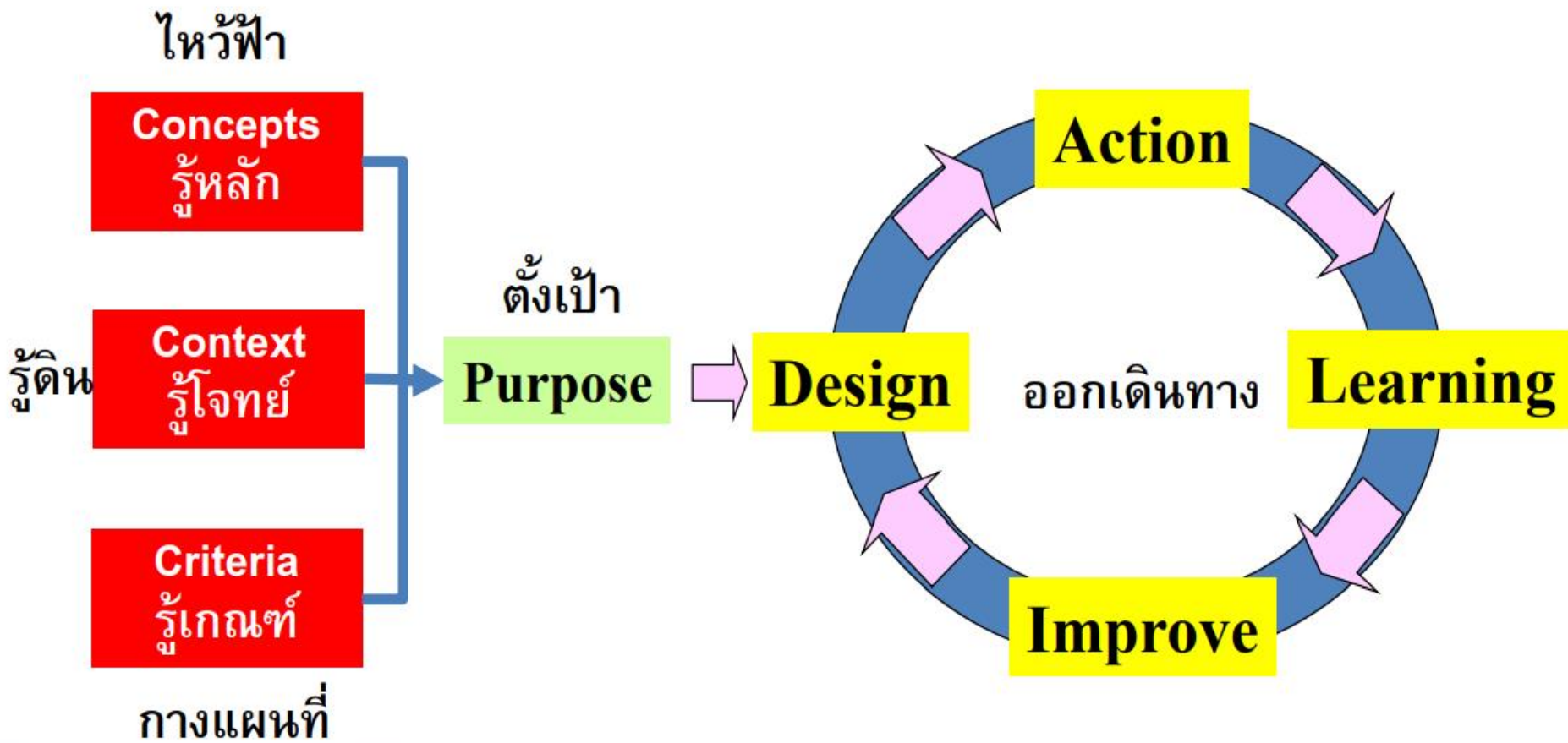


# 3C- PDSA/DALI

## หัวใจ 3C- PDSA/DALI คือ การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน



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



# ประยุกต์ใช้ 3C-PDSA ในชีวิตจริง



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

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 มีมาตรฐานคู่กับยึดหยุ่น
7. **สื่อสาร** ใช้ทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
8. **ปฏิบัติ** สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ
9. **ติดตาม** มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล
10. **ปรับปรุง** ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

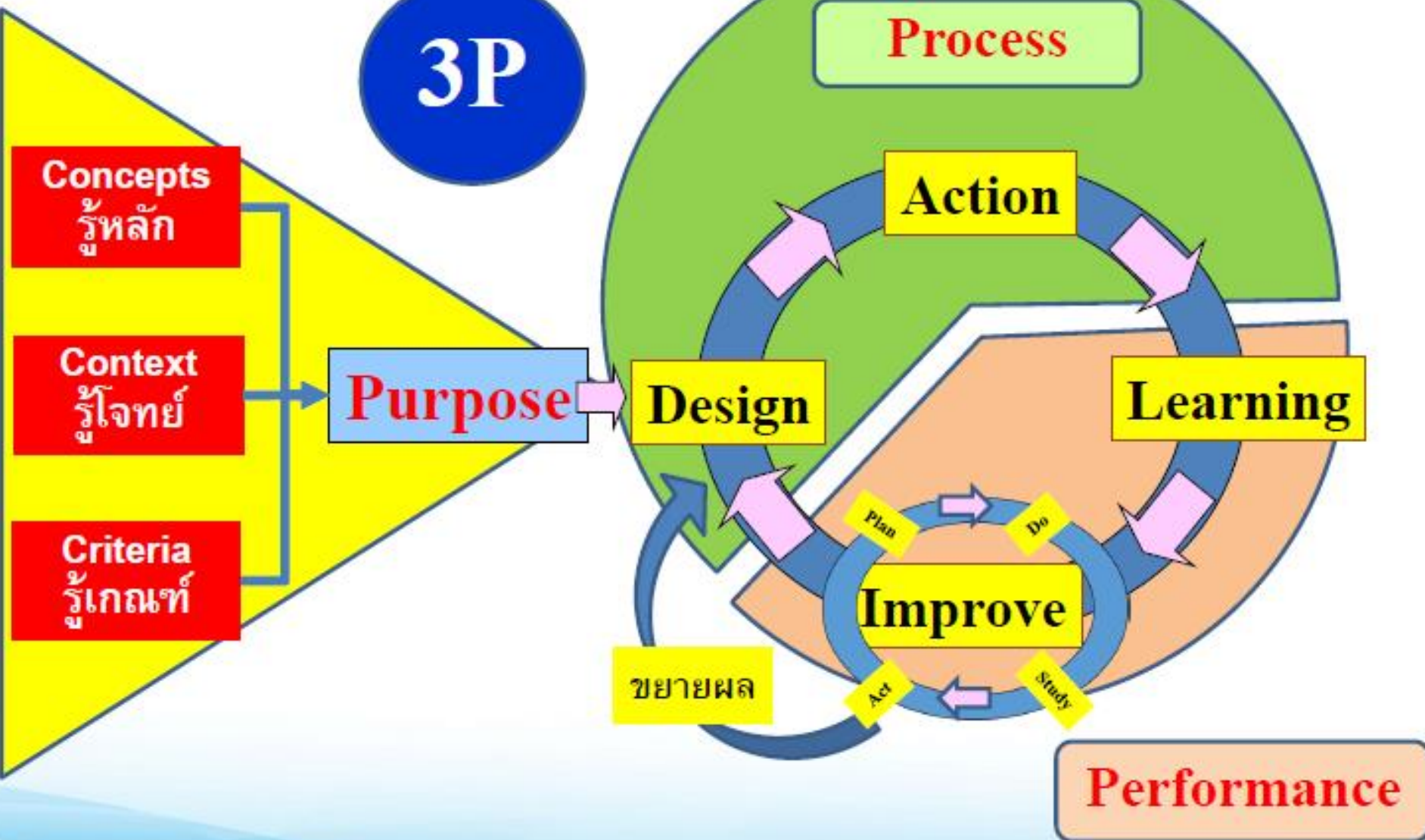


# 3C- PDSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ



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

**3P**





# PDSA / DALI กับ 3P



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

| PDSA  |                         | 3P          | DALI        |
|-------|-------------------------|-------------|-------------|
| Plan  | Purpose                 | Purpose     |             |
|       | Process design          | Process     | Design      |
| Do    | Process Deployment      |             | Action      |
| Study | Performance measurement | Performance | Learning    |
| Act   | Performance improvement |             | Improvement |

# มิติคุณภาพ (Quality Dimension)



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

ส่องกระจกให้  
เห็นหลายมิติ

ใช้กำหนด  
เป้าหมาย

Purpose

ใช้ตรวจสอบ  
กระบวนการ

Process

ใช้กำหนด  
ตัวชี้วัด

Performance

## 8 Quality Dimension

- Accessibility
- Appropriateness
- Continuity
- Effectiveness
- Efficiency
- People-centered
- Population focus & Health promotion
- Safety

## Framework for Quality: Six Key Areas of IOM Report

Six key areas of quality of healthcare are needed to be monitored. Healthcare should be:

(Acronym: **STEEP**)

- Safe
- Timely
- Effective
- Efficient
- Equitable
- Patient-centered





# คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

| มิติคุณภาพ             | นำมาพิจารณาในการวัด performance  | ตัวอย่างตัวชี้วัด  |
|------------------------|--|--|
| <b>Accessibility</b>   | ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงหรือไม่ได้รับบริการหรือไม่, การเข้าถึงบริการเป็นอย่างไร   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการคัดกรองกลุ่มโรคสำคัญ</li> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการกลุ่มโรคสำคัญ</li> </ul>               |
| <b>Appropriateness</b> | อะไรคือโอกาสที่จะเกิดการได้รับบริการที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านได้รับมากเกินไป หรือได้รับน้อยเกินไป จะเปรียบเทียบกับอะไร(เช่น <b>evidence</b> หรือ <b>CPG</b> ) จะใช้ข้อมูลอะไรบอก      | - อัตราการปฏิบัติตาม <b>CPG</b> ที่สำคัญ   |
| <b>Continuity</b>      | อะไรคือการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น ทั้งในสถานพยาบาล ระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน และระหว่างสถานพยาบาลกับบ้านและชุมชน จะวัดความสมบูรณ์และความเหมาะสมของการได้รับการดูแลดังกล่าวได้อย่างไร | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเหมาะสมในการส่งต่อทั้งในสถานพยาบาลและระหว่างสถานพยาบาล</li> <li>- อัตราการเยี่ยมบ้าน</li> </ul> |

# คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

| มิติคุณภาพ                                       | นำมาพิจารณาในการวัด performance  | ตัวอย่างตัวชี้วัด   |
|--|--|---|
| <b>Effectiveness</b><br>(ประสิทธิผล, สัมฤทธิ์ผล) | สำหรับการดูแลผู้ป่วย อะไรคือผลลัพธ์ที่คาดหวังทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทั้งในด้านกายภาพ (physical) และ การทำหน้าที่ (function) จะวัดผลอย่างไร , สำหรับระบบงาน จะวัดการบรรลุเป้าหมายของระบบได้อย่างไร                           | -อัตราการบรรลุเป้าหมายของการรักษาของกลุ่มโรคสำคัญ<br>-อัตราการบรรลุเป้าหมายของระบบงานที่สำคัญ |
| <b>Efficiency</b><br>(ประสิทธิภาพ)               | อะไรคือทรัพยากรหลักที่ต้องใช้ (คน สถานที่ เวลา การตรวจ ยา เทคโนโลยี) ส่วนใดบ้างที่มีโอกาสสูญเปล่ามากขึ้น หรือ มีโอกาสประหยัดมากขึ้น จะวัดการเปลี่ยนแปลงหรือเปรียบเทียบระดับการใช้ทรัพยากรดังกล่าวกับปริมาณผู้ป่วยที่ได้รับบริการได้อย่างไร | Unit cost<br>LOS<br>Turn around time<br>waste   |



# คำถามเพื่อการวัด Performance ตามมิติคุณภาพต่าง ๆ



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

| มิติคุณภาพ             | นำมาพิจารณาในการวัด performance   | ตัวอย่างตัวชี้วัด   |
|------------------------|---|---|
| <b>People centered</b> | จะประเมินความพึงพอใจและการตอบสนองความต้องการใหม่มุมมองของผู้ป่วยได้อย่างไร จะประเมินมุมมองของการดูแลด้านจิตวิญญาณ/การดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์/การเสริมพลัง/การสร้างเสริมสุขภาพอย่างไร | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ความพึงพอใจ</li> <li>-ความผูกพัน (บอกต่อใช้ซ้ำ)</li> <li>-Patient experience</li> </ul> |
| <b>Safety</b>          | อะไรคือโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย จะประเมินระดับความไม่ปลอดภัยอย่างไร ทั้งในด้านวิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-อัตราการเสียชีวิต</li> <li>-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน</li> </ul>                         |
| <b>Timeliness</b>      | ช่วงเวลาใดคือช่วงเวลาที่มีความสำคัญในการให้บริการ มีเวลาที่ต้องบรรลุตามที่กำหนดไว้หรือไม่ ระยะเวลาที่ต้องรอคอยในขั้นตอนที่สำคัญดังกล่าวเป็นอย่างไร  | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Door to treatment time</li> <li>-onset to treatment time</li> </ul>                     |

# Value-based Healthcare

**ส่งผลกระทบ  
ให้ถึงคุณค่า**

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

Needs & Experience of Patients



เปลี่ยนความสูญเปล่า  
เป็นคุณค่า  
Waste

Evidence & Professional Standard

ใช้หลักฐานวิชาการ  
และจริยธรรมวิชาชีพ

Safety

มีระบบและวัฒนธรรมความปลอดภัย

**Social Objectives**  
People-centeredness  
Accessibility  
Continuity



**Clinical Objectives**  
Appropriateness  
Effectiveness  
Safety

**Economic Objectives**  
Efficiency

**คุณค่า = ประโยชน์ต่อผู้อื่น x คุณภาพ x ประสิทธิภาพ**



# Scoring Guideline: For Continuous Improvement to Excellence



# Scoring Guideline

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



## ทำไมต้อง Service Profile

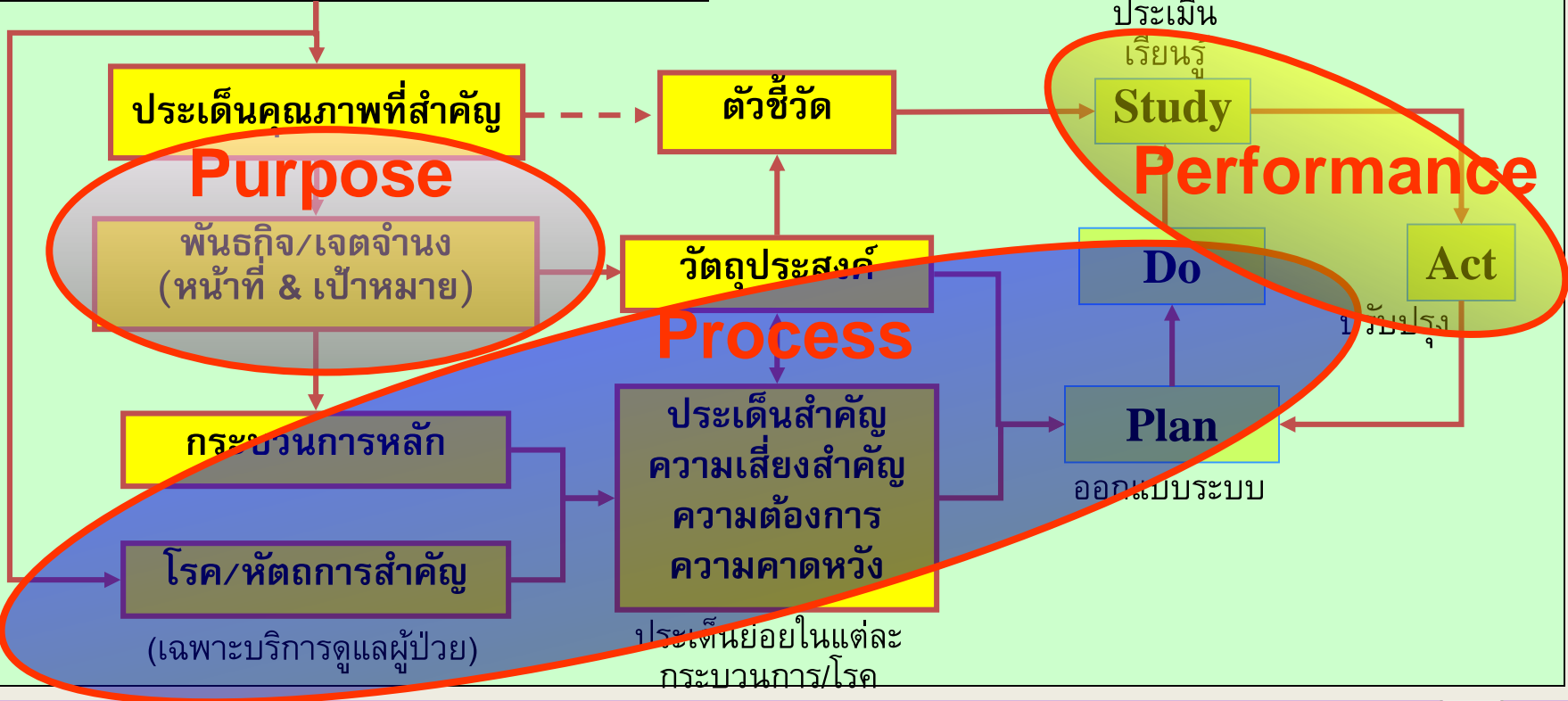
- เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ระบบงานของหน่วยงาน เพื่อหาโอกาสพัฒนา ใช้ติดตามกำกับการพัฒนา และบันทึกความก้าวหน้าของการพัฒนา
- เป็นโอกาสให้ทำความเข้าใจบริบทของตนเอง
- เป็นเครื่องมือสำหรับสื่อสารภายในหน่วยงาน



# Service Profile

กรอบที่ใช้กำกับการพัฒนาคุณภาพ  
ของแต่ละหน่วยในองค์กร

**หลักคิดสำคัญ**  
(Core Values & Concepts)  
ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้ดูด้วยกัน ชยันตบทวน  
เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด







# Service Profile

- เขียนให้กระชับ ตามกรอบที่ให้มา
- มีความเชื่อมโยงในการเขียน เปรียบเสมือน Tracer ของหน่วยงาน/ ทีม
  - เน้นการพัฒนาคุณภาพที่ดีและเกิดผลลัพธ์เป็นรูปธรรม
- CQI Story เขียนแบบ 3 P , 3C PDSA เชื่อมโยงกับประเด็นคุณภาพความท้าทายขององค์กร เชื่อมโยงกับกลยุทธ์หลักของโรงพยาบาล
  - เน้นผลลัพธ์จากการทบทวน 12 กิจกรรม
- เขียนสะท้อนให้เห็นกระบวนการสำคัญ (Key Processes) วิเคราะห์กระบวนการหลักโดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง, ความเสี่ยงจากกระบวนการหลัก, ต่อยอดงานประจำ CQI นวัตกรรม



## สรุปประเด็นสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา

- การกำหนดตัวชี้วัดไม่ตรงประเด็น **ไม่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน**
- ตัวชี้วัดไม่ครอบคลุมทั้งเชิงผลลัพธ์และเชิงกระบวนการ
- ไม่มีการติดตามผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดอย่างเป็นระบบ
- ไม่มีการปรับปรุง พัฒนาต่อยอด (QA/CQI)
- การทบทวนไม่ครอบคลุมความเสี่ยงสำคัญ
- **Service Profile ไม่ Update**
- บุคลากรบางคน **ไม่รู้จัก Service Profile**
- **ไม่ได้เขียนตามแบบฟอร์มที่ตกลงไว้**



# จุดเน้น คปช ปี 2565

## 1. 2P Safety Goals : SIMPLE

**\*\*ขอให้เน้นประเด็นตัวอักษรสีแดง\*\***

### Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

**S : Safe Surgery = Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist), SSI Prevention, Enhanced Recovery After Surgery, VTE Prevention) Safe Anesthesia, Safe Operating Room (Safe Environment, Safe Surgical Instrument and Device, Safe Surgical Care Process)**

**I : Infection Prevention and Control = Hand Hygiene, Prevention of Healthcare Associated Infection (CAUTI, VAP, CLABSI) Isolate Precaution, MDRO**

**M: Medication & Blood Safety = Safe from ADE (HAD, ADR, Fatal Drug Interaction), Safe from medication error (LASA, Using Medication), Medication Reconciliation, Rational Drug Use (RDU), Blood Transfusion Safety**

**P : Patient Care Processes = Patients Identification, Communication (ISBAR, handovers, critical test results, verbal order, abbreviation), Reduction of Diagnostic Errors, Preventing common complications (Pressure Ulcers, Falls), Pain Management (General, Acute Pain, Prescribing Opioids, Cancer Pain and Palliative Care), Refer and Transfer Safety**

**L : Line, Tube and Catheter & Laboratory = Catheter, Tubing Mis-connections and Infusion Pump, Right and Accurate Laboratory Results**

**E : Emergency Response = Response to the Deteriorating Patient, Medical Emergency (Sepsis, Acute Coronary Syndrome, Acute Ischemic Stroke, CPR), Maternal & Neonatal Morbidity (PPH, Birth Asphyxia), ER Safety (Triage, Diagnosis and Initial Management of High risk Presentation, Teamwork and Communication, Patient Flow, Hospital Preparedness for Emergencies)**

### Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

**S : Security and Privacy of Information and**

**Social Media = Security and Privacy of Information, Social Media and Communication Professionalism**

**I : Infection and Exposure = Fundamental of Infection Control and Prevent for Workforce, Specific Infection Control and Prevent for Workforce (Airborne, Droplet, Contact)**

**M: Mental Health and Mediation = Mental Health (Mindfulness at Work, Second Victim, Burnout and Mental Health Disorder), Mediation**

**P : Process of Work = Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder, Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder (Physical, Chemical, Radiation, Biomechanical Hazard), Fitness for Work or Duty Health Assessment (Pre-placement and Return to Work Health Examination, Medical Surveillance Program)**

**L : Lane (Ambulance) and Legal Issues = Ambulance and Referral Safety (In-Transit Ambulance Safety, On-Site Safety, Ambulance Driving Safety), Legal Issues (Informed Consent, Medical Record and Documentation)**

**E : Environment and Working Conditions = Safe Physical Environment, Working Condition, Workplace Violence**

**2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มศูนย์  
ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ และ  
กลุ่มโรคที่สำคัญ ครอบคลุม Pre-Hospital และ  
Post- Hospital**

มุ่งสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วย Clinical Tracer

| PCT               | ศูนย์ความเป็นเลิศ  | ศูนย์ความเชี่ยวชาญ   | กลุ่มโรคสำคัญ   |
|-------------------|--|--|---|
| อายุรกรรม         | Lung cancer  | Advanced endoscopy, DLBCL (Diffuse large B-cell lymphoma, Acute coronary syndrome, Heart failure | Ischemic stroke, Sepsis, Asthma                             |
| ศัลยกรรม          | Multiple trauma, Surgical Oncology (Breast cancer, Colorectal cancer, Prostate cancer) | MIS (laparoscopic cholecystectomy, colorectal prostate)  | Hepatic resection, Traumatic Brain Injury, Vascular surgery |
| กุมารเวชกรรม      | Newborn (Preterm, Birth asphyxia, Neonatal sepsis)                                     | Heart disease (Congenital heart disease)   | Severe pneumonia, Asthma, GDD                               |
| สูติ-เวชศาสตร์    | Ovarian cancer, Cervical cancer  | MIS (laparoscopic gynecological operation)   | Preterm labor, PH, PPH                                      |
| ศัลยกรรมกระดูก    | -  | TKA, Shoulder Arthroplasty, MIS (RC Repair, ACLR, Hand)  | Hip Arthroplasty, การรักษามารบาดเจ็บกระดูกหัก               |
| จักษุวิทยา        | Corneal transplant   | Diabetic retinopathy   | Glaucoma, Cataract, LASIK                                   |
| หู คอ จมูก        | -  | OSA  | UAO   |
| จิตเวช            | -  | -  | Depression, Schizophrenia, ADHD                             |
| เวชศาสตร์ฉุกเฉิน  | -  | -  | STEMI, Stroke fast track, Sepsis                            |
| เวชศาสตร์ครอบครัว | Geriatric comprehensive care<br>ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบวงรอบ                          | -  | Palliative care<br>Diabetes mellitus                        |

## 3. เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย (Unit cost analysis)

## 4. การติดตามและพัฒนาระบบงาน รวมถึงพัฒนาตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง



# จุดเน้น ปี 2565

## 1. 2P Safety Goals : SIMPLE

## 2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มศูนย์

ความเป็นเลิศ/ศูนย์ความเชี่ยวชาญ

และกลุ่มโรคที่สำคัญ ครอบคลุม

Pre-Hospital และ Post-Hospital

## 3. เพิ่มรายรับ – ลดรายจ่าย

## 4. การติดตามและพัฒนาระบบงาน

รวมถึงพัฒนาตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง

# **2P Safety Goals : SIMPLE**

## Patient Safety ผู้ป่วยปลอดภัย

**S:** Safe Surgery = *Safe Surgery and Invasive Procedure (Surgical Safety Checklist)*, SSI Prevention, Enhanced Recovery After Surgery, VTE Prevention) Safe Anesthesia, Safe Operating Room (Safe Environment, Safe Surgical Instrument and Device, Safe Surgical Care Process)

**I:** Infection Prevention and Control = *Hand Hygiene*, Prevention of Healthcare Associated Infection (CAUTI, VAP, CLABSI) *Isolate Precaution*, MDRO

**M:** Medication & Blood Safety = Safe from ADE (*HAD*, ADR, Fatal Drug Interaction), Safe from medication error (LASA, Using Medication), *Medication Reconciliation*, *Rational Drug Use (RDU)*, *Blood Transfusion Safety*

**P:** Patient Care Processes = *Patients Identification*, Communication (ISBAR, *handovers*, *critical test results*, verbal order, abbreviation), *Reduction of Diagnostic Errors*, Preventing common complications (Pressure Ulcers, *Falls*), Pain Management (General, Acute Pain, Prescribing Opioids, Cancer Pain and Palliative Care), Refer and Transfer Safety

**L:** Line, Tube and Catheter & Laboratory = Catheter, *Tubing Mis-connections* and Infusion Pump, Right and Accurate Laboratory Results

**E:** Emergency Response = *Response to the Deteriorating Patient*, Medical Emergency (Sepsis, Acute Coronary Syndrome, Acute Ischemic Stroke, CPR), Maternal & Neonatal Morbidity (PPH, Birth Asphyxia), ER Safety (*Triage*, Diagnosis and Initial Management of High risk Presentation, Teamwork and Communication, Patient Flow, Hospital Preparedness for Emergencies)



## Personnel Safety บุคลากรปลอดภัย

**S : Security and Privacy of Information and Social Media** = *Security and Privacy of Information, Social Media and Communication Professionalism*

**I : Infection and Exposure** = Fundamental of Infection Control and Prevent for Workforce, *Specific Infection Control and Prevent for Workforce (Airborne, Droplet, Contact)*

**M: Mental Health and Mediation** = Mental Health (Mindfulness at Work, *Second Victim*, Burnout and *Mental Health* Disorder), *Mediation*

**P : Process of Work** = Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder, *Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder (Physical, Chemical, Radiation, Biomechanical Hazard)*, Fitness for Work or Duty Health Assessment (Pre-placement and Return to Work Health Examination, Medical Surveillance Program)

**L : Lane (Ambulance) and Legal Issues** = Ambulance and Referral Safety (In-Transit Ambulance Safety, On-Site Safety, Ambulance Driving Safety), *Legal Issues (Informed Consent, Medical Record and Documentation)*

**E : Environment and Working Conditions** = *Safe Physical Environment*, Working Condition, Workplace Violence

**พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มศูนย์ความเป็นเลิศ/ศูนย์  
ความเชี่ยวชาญและกลุ่มโรคที่สำคัญ ครอบคลุม Pre-  
Hospital และ Post-Hospital**

| PCT               | ศูนย์ความเป็นเลิศ  | ศูนย์ความเชี่ยวชาญ                                      | กลุ่มโรคสำคัญ   |
|-------------------|--|---|---|
| อายุรกรรม         | Lung cancer  | Advanced endoscopy                                      | Ischemic stroke, Sepsis, Heart failure, Acute coronary syndrome, Asthma |
| ศัลยกรรม          | Multiple trauma, Surgical Oncology (Breast cancer, Colorectal cancer, Prostate cancer) | MIS (Laparoscopic cholecystectomy)                      | Hepatic resection, Traumatic Brain Injury                               |
| กุมารเวชกรรม      | Preterm, Birth asphyxia, Neonatal sepsis   | Heart disease (Congenital heart disease)                | Severe pneumonia, Asthma, GDD   |
| สูติ-นรีเวชกรรม   | Ovarian cancer, Cervical cancer  | MIS (Laparoscopic gynecological operation)              | Preterm labor, PIH, PPH   |
| ศัลยกรรมกระดูก    | -  | TKA, Shoulder Arthroplasty, MIS (RC Repair, ACLR, Hand) | Hip Arthroplasty, การรักษาการบาดเจ็บกระดูกหัก                           |
| จักษุวิทยา        | Corneal transplant   | Diabetic retinopathy                                    | Glaucoma, Cataract, LASIK   |
| หู คอ จมูก        | -  | OSA   | UAO   |
| จิตเวช            | -  | -   | Depression, Schizophrenia, ADHD   |
| เวชศาสตร์ฉุกเฉิน  | -  | -   | STEMI, Stroke fast track, Sepsis  |
| เวชศาสตร์ครอบครัว | Geriatric comprehensive care<br>ระบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร                           | -   | Palliative care<br>DM   |



# แบบรายงานการประเมินตนเอง (Service Profile)

1. บริบท (Context)

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

3. แผนพัฒนาคุณภาพของหน่วย ประจำปี

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

6. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

7. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

## 1. บริบท<sup>1</sup> (Context)

### ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)

(บรรยาย : หน่วยงานนี้ทำอะไร และทำเพื่ออะไร)

### ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

(บรรยาย : ควรครอบคลุมลักษณะงาน ขอบเขตเวลาการให้บริการ และพื้นที่ให้บริการ)

### ค. ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญทั้งภายนอก/ภายใน (ควรสอบถามจากผู้รับผลงานจริง)

| ผู้รับผลงานภายนอก | ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี | ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี |
|-------------------|----------------------------|----------------------------------|
|                   |                            |                                  |
|                   |                            |                                  |

| ผู้รับผลงานภายใน | ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี | ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี |
|------------------|----------------------------|----------------------------------|
|                  |                            |                                  |
|                  |                            |                                  |

ง. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน (หากเป็นหน่วยทางคลินิกควรระบุกลุ่มโรค/กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ)

| รายการ/ปีงบประมาณ | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
|                   |             |             |             |            |
|                   |             |             |             |            |
|                   |             |             |             |            |

ต้องมีข้อมูลอะไรบ้าง

- สถิติผู้รับบริการต่าง ๆ
- ปริมาณงานที่ทำตามงานสำคัญ



Key Clinical Population (สำหรับหน่วย/งานทางคลินิก)

จำนวนกลุ่มโรคสูงสุด 5 ลำดับแรก

| ลำดับ | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 1     |             |             |             |            |
| 2     |             |             |             |            |
| 3     |             |             |             |            |
| 4     |             |             |             |            |
| 5     |             |             |             |            |

จำนวนกลุ่มโรคเสียชีวิตสูงสุด 5 ลำดับแรก

| ลำดับ | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 1     |             |             |             |            |
| 2     |             |             |             |            |
| 3     |             |             |             |            |
| 4     |             |             |             |            |
| 5     |             |             |             |            |

จำนวนกลุ่มโรคความเสี่ยงสูงสุด 5 ลำดับแรก

| ลำดับ | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 1     |             |             |             |            |
| 2     |             |             |             |            |
| 3     |             |             |             |            |
| 4     |             |             |             |            |
| 5     |             |             |             |            |

จำนวนกลุ่มโรค Readmission สูงสุด 5 ลำดับแรก

| ลำดับ | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 1     |             |             |             |            |
| 2     |             |             |             |            |
| 3     |             |             |             |            |
| 4     |             |             |             |            |
| 5     |             |             |             |            |

จำนวนกลุ่มโรค Refer out สูงสุด 5 ลำดับแรก

| ลำดับ | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 1     |             |             |             |            |
| 2     |             |             |             |            |
| 3     |             |             |             |            |

จำนวนกลุ่มโรค Refer in สูงสุด 5 ลำดับแรก

| ลำดับ | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 1     |             |             |             |            |
| 2     |             |             |             |            |
| 3     |             |             |             |            |
| 4     |             |             |             |            |
| 5     |             |             |             |            |



## จ. ทรัพยากร

| ทรัพยากร                 | สิ่งที่เข้มแข็ง | สิ่งที่ต้องพัฒนา |
|--------------------------|-----------------|------------------|
| สถานที่                  |                 |                  |
| เทคโนโลยี                |                 |                  |
| เครื่องมือ               |                 |                  |
| เวชภัณฑ์                 |                 |                  |
| บุคลากร (ความรู้ สุขภาพ) |                 |                  |

## ฉ. นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ขององค์กร (ระบุเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องและได้ดำเนินการ)

| นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ | แนวทางตอบสนองที่มีอยู่ | สิ่งที่ต้องพัฒนา |
|---------------------------|------------------------|------------------|
|                           |                        |                  |
|                           |                        |                  |

ช. ประเด็นคุณภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ(Key Quality Issues & Key Performance Indicator)

| ประเด็นคุณภาพ | ตัวชี้วัดที่สำคัญ |
|---------------|-------------------|
|               |                   |
|               |                   |

**ประเด็นคุณภาพที่สำคัญนี้ ควรจะสัมพันธ์กับความมุ่งหมายของหน่วยงาน  
และตัวชี้วัดของหน่วยงานด้วย**

## ซ. ความเสี่ยงสำคัญและมาตรการป้องกัน (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ risk profile)

| ความเสี่ยง | มาตรการป้องกัน |
|------------|----------------|
|            |                |
|            |                |

### 1. ความเสี่ยงสำคัญที่มีผลกระทบสูง

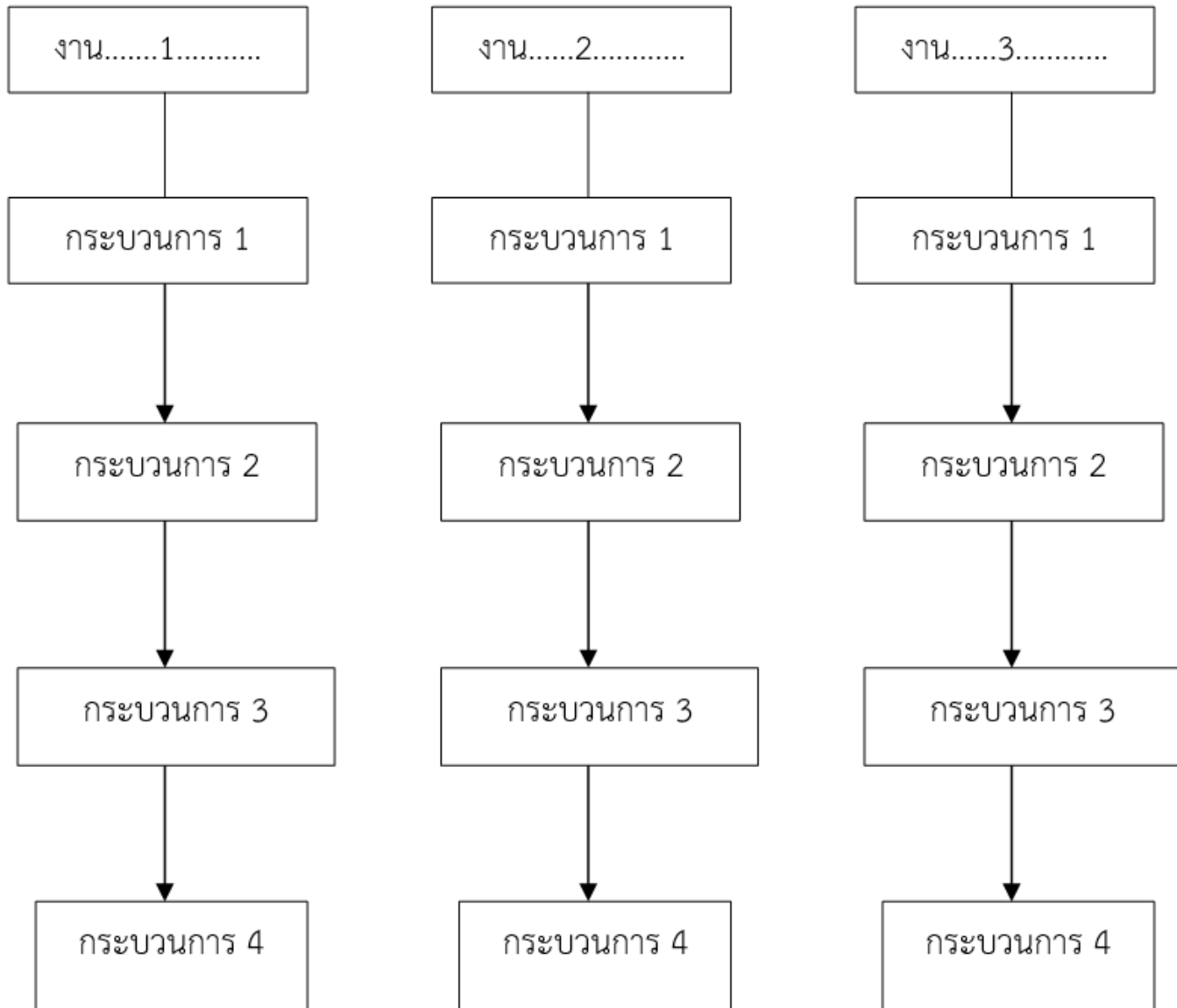
- เกิดผลกระทบกับผู้ป่วย
- เกิดผลกระทบกับบุคลากร

### 2. ความเสี่ยงสำคัญที่เกิดซ้ำ จาก Risk Profile ของหน่วยงาน

### 3. แผนความเสี่ยงของหน่วยงานที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

## 2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)<sup>2</sup>

แผนภูมิกระบวนการทำงาน (ตัวอย่าง)





| <p>กระบวนการสำคัญ<br/>(Key Process)</p>   | <p>สิ่งที่คาดหวัง<br/>(Process Requirement)</p>   | <p>ความเสี่ยงสำคัญ<br/>(Key Risk)</p>  | <p>ตัวชี้วัดกระบวนการที่<br/>สำคัญ<br/>(Key Process Indicator)</p>   |
|---|---|--|--|
| <p>เขียนตามกระบวนการ<br/>ให้บริการของ<br/>หน่วยงาน/ ทีม ตั้งแต่<br/>เริ่ม <b>(Entry)</b><br/>จนกระทั่ง สิ้นสุด<br/><b>(Discharge)</b></p> | <p>-เป็นการขยายความสิ่ง<br/>ที่คาดหวังจาก<br/>กระบวนการหลัก อาจ<br/>แยก ออกเป็น ข้อย่อย ๆ<br/>อีก 2-5 ข้อ</p> | <p>-ประเมินความเสี่ยง<br/>ตามกระบวนการ<br/>ให้บริการของ<br/>หน่วยงาน <b>(Entry -<br/>Discharge )</b><br/>- เชื่อมโยง : ความ<br/>เสี่ยงทั่วไป, ความเสี่ยง<br/>ทางคลินิก, ความเสี่ยง<br/>เฉพาะโรค (เชื่อมโยง<br/>กับ PCT</p> | <p>- อะไรคือตัวชี้วัดที่ตอบสนอง<br/>ที่คาดหวัง<br/>แสดงถึงความเชื่อมโยง<br/>กับคกก.ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง<br/>กับหน่วยงานตนเอง เช่น<br/>คกก. PCT, คกก. PTC<br/>&amp; risk ที่เกิดใน<br/>หน่วยงาน</p> |

การวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน (วิเคราะห์โดยใช้ DOWNTIME)

| ผลการวิเคราะห์ทบทวนกระบวนการที่ต้องการพัฒนา | การปรับปรุงกระบวนการ |
|---|----------------------|
|   |                      |
|   |                      |

ให้วิเคราะห์ DOWNTIME มาก่อน

ใส่ข้อมูลเฉพาะที่พบปัญหา เป็นกระบวนการที่ต้องการพัฒนา

| Wastes                              | ลักษณะการสูญเสีย                 | การแก้ไข   |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Defect lost</b>                  | มีของเสียมากเกินไป งานที่ต้องแก้ | เพิ่มคุณภาพการผลิต   |
| <b>Overproduction lost</b>          | การผลิตที่มากเกินไป              | ผลิตให้พอดีกับความต้องการของลูกค้า                           |
| <b>Waiting lost</b>                 | การรอคอยนาน                      | ปรับลดระยะเวลาที่ไม่สำคัญ                                    |
| <b>None use idea from team Lost</b> | ไม่มีการใช้ความคิดจากทีมงาน      | ไม่สามารถใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ได้เต็มประสิทธิภาพ |
| <b>Transportation lost</b>          | เคลื่อนย้ายโดยไม่จำเป็น          | การจัดหน่วยงานที่ทำงานเหมือนกัน อยู่ใกล้กัน                  |
| <b>Inventory lost</b>               | มีสินค้าคงคลังมากเกินไป          | ทบทวน/กำหนด stock คงคลังให้เหมาะสมกับการใช้งาน               |
| <b>Motion lost</b>                  | เคลื่อนไหวมากเกินไป              | ปรับผังพื้นที่การทำงาน                                       |
| <b>Extra Processing</b>             | กระบวนการมากเกินไป               | ปรับลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อน                              |

### 3. การดำเนินการพัฒนาคุณภาพในรอบปีปัจจุบัน

| ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ<br>/ความท้าทายที่สำคัญ | เป้าหมาย/<br>วัตถุประสงค์ | ตัวชี้วัด | กิจกรรมพัฒนา |
|--|---------------------------|-----------|--------------|
|  |                           |           |              |
|  |                           |           |              |
|  |                           |           |              |

นำปัญหา/โอกาสพัฒนา/ความเสี่ยงสำคัญมาดำเนินการพัฒนา



#### 4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน<sup>3</sup> (Performance Indicator)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | 3 ปีที่แล้ว | 2 ปีที่แล้ว | 1 ปีที่แล้ว | ปีปัจจุบัน |
|-----------|----------|-------------|-------------|-------------|------------|
|           |          |             |             |             |            |
|           |          |             |             |             |            |
|           |          |             |             |             |            |

Activat  
6-11-1-

ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายและประเด็นคุณภาพ  
ของหน่วยงาน  
และมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง

## 5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (สำหรับสายสนับสนุน: หากกิจกรรมใดไม่เกี่ยวข้อง ไม่ต้องทบทวน)

| กิจกรรมทบทวนคุณภาพ                                 | วิธีการ/ความถี่/ผู้เข้าร่วม | กรณีตัวอย่าง | การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น |
|--|-----------------------------|--------------|---------------------------|
| การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย/<br>ทำงาน                   |                             |              |                           |
| การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/<br>ปฏิเสธการรักษา        |                             |              |                           |
| การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง                       |                             |              |                           |
| การทบทวนความคิดเห็น/คำ<br>ร้องเรียนของผู้รับบริการ |                             |              |                           |
| การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า                            |                             |              |                           |
| การป้องกันและเฝ้าระวังการคิด<br>เชื้อในโรงพยาบาล   |                             |              |                           |
| การป้องกันและเฝ้าระวังความ<br>คลาดเคลื่อนทางยา     |                             |              |                           |
| การทบทวนความสมบูรณ์ของการ<br>บันทึกเวชระเบียน      |                             |              |                           |
| ทบทวนการใช้ทรัพยากร                                |                             |              |                           |
| การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ                        |                             |              |                           |
| การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ                        |                             |              |                           |
| การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจาก<br>เหตุการณ์สำคัญ        |                             |              |                           |

# กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

# หัวหน้าพาทำคุณภาพ

## Team Specific Activities

การทบทวนข้างเตียง (C3THER)

การทบทวนขณะทำงาน \*\*

การทบทวนเมื่อส่งต่อ / ขอย้าย  
/ ปฏิเสธการรักษา

การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า \*\*

การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา/ผลไม่พึงประสงค์จากยา

การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ \*\*

การทบทวนเวชระเบียน

การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ  
(Scientific Evidence Review) \*\*

การทบทวนการใช้ทรัพยากร (UR) \*\*

การทบทวนตัวชี้วัด (KPI Review) \*\*

## Combination

## Hospital-wide

การทบทวนคำร้องเรียน \*\*

## 5. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

- ทบทวนระบบ/กิจกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดไม่ให้เกิดซ้ำอีก จะปรับขั้นตอนการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นได้อย่างไร
- ทบทวนระบบ/กิจกรรม ในงานที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ ผลการทำงานเป็นอย่างไร ต้องพัฒนาขั้นตอนการทำงานอะไรเพิ่มเติม
- เขียนระบุมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น( เขียนเป็น 3 P หรือ PDCA ) สามารถบอกกิจกรรมที่ปฏิบัติใหม่ได้



## 6. ผลงานที่ภาคภูมิใจ

| ผลงาน | การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่ยังใช้ถึงปัจจุบัน | เริ่มเมื่อ | ผลลัพธ์ |
|-------|--|------------|---------|
|       |  |            |         |
|       |  |            |         |

เป็นการรวบรวมผลงานคุณภาพของ ทีม/หน่วยงานทั้งหมดที่ผ่านมา  
ว่าเป็นไปตามสิ่งที่คาดหวัง เช่น ระบบต่าง ๆ ที่หน่วยงานทำได้ดี  
มีความภาคภูมิใจ ซึ่งต้องแสดงให้เห็นแนวคิด และผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจริง ,  
CQI

## 7. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง<sup>4</sup>

| ประเด็นคุณภาพ<br>/ความท้าทาย | โครงการ/กิจกรรม | เป้าหมาย/<br>วัตถุประสงค์ | ตัวชี้วัด | กำหนด<br>ดำเนินการ |
|------------------------------|-----------------|---------------------------|-----------|--------------------|
|                              |                 |                           |           |                    |
|                              |                 |                           |           |                    |
|                              |                 |                           |           |                    |

เป็นการวางแผนการพัฒนาในอนาคต สำหรับประเด็นที่ยังไม่  
สามารถดำเนินการได้ในปัจจุบัน

# โครงการอบรมออนไลน์

## Service Profile & Risk Management

วันที่ 18 ตุลาคม 2564 อบรม Service Profile

สำหรับบุคลากรสายคลินิก เวลา 13.00 - 16.00 น.

วันที่ 20 ตุลาคม 2564 อบรม Service Profile

สำหรับบุคลากรสายสนับสนุน เวลา 13.00 - 16.00 น.

★ วันที่ 28 ตุลาคม 2564 อบรม Risk Management

สำหรับบุคลากรสายสนับสนุน เวลา 09.00 - 12.00 น.

★ วันที่ 29 ตุลาคม 2564 อบรม Risk Management

สำหรับบุคลากรสายคลินิก เวลา 13.00 - 16.00 น.

▶ **อบรมออนไลน์ ผ่านโปรแกรม zoom  
รับลิงค์เข้าอบรมในวันก่อนอบรม**



# Workshop การเขียน Service Profile

ส่ง Service Profile ฉบับปัจจุบัน  
ที่เนื้อหา update ครบถ้วน  
ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

ภายใน 30 พฤศจิกายน 2564