

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำร่อง การประเมินและรับรองเฉพาะระบบ “ระบบการดูแลรักษาใน คลินิกเบาหวานของสถานพยาบาล”

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ร่วมกับ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ
วันที่ 21 สิงหาคม 2563 ณ. อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี





วัตถุประสงค์การประชุม

1. เพื่อ**ชี้แจงทิศทางการพัฒนา**คุณภาพการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน ผ่านการประเมินและรับรองเฉพาะระบบ **“ระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวานของสถานพยาบาล”**
2. เพื่อ**ชี้แจงแนวทางการพัฒนา**มาตรฐานคลินิกเบาหวาน เพื่อ**เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ**การดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน
3. เพื่อ**แนะนำแนวทาง**การเตรียมตัวของสถานพยาบาลเพื่อการ**ขอรับรองเฉพาะระบบ**การดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน

Collaboration and Network for Change

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย
สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย
สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย
สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
สภาการพยาบาล
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
ชมรมพยาบาลเบาหวานแห่งประเทศไทย
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)





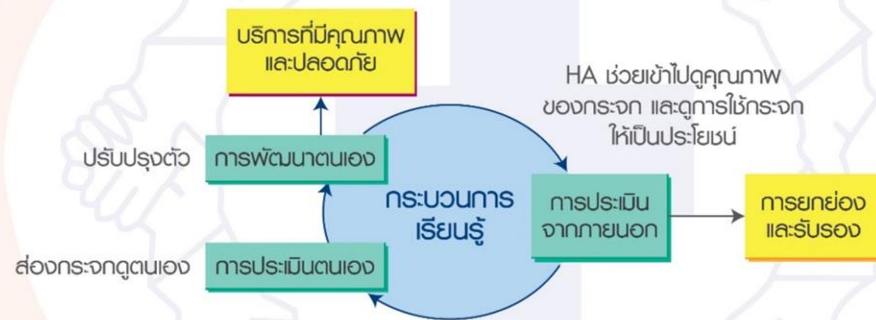
Program and Disease Specific Certification

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



HA คือกลไกการส่งกระจกดูตัวเอง

สสว. คือ ผู้ส่งเสริมการขับเคลื่อน
วัฒนธรรมคุณภาพ Change Catalyst



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

วิสัยทัศน์ (Vision)

"ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ดีมาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม โดย สสว. มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ" (change catalyst)

พันธกิจ (Mission)

"ส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การประเมินตนเอง การเชื่อมสายตรวจจากภายนอก การรับรองกระบวนการคุณภาพ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลไกกระตุ้น"



Accreditation is an Educational Process

บทบาทหน้าที่สรพ.



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



พระราชกฤษฎีกา

จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(องค์การมหาชน)

พ.ศ. ๒๕๕๒

หมวด ๑

การจัดตั้ง วัตถุประสงค์ และอำนาจหน้าที่

มาตรา ๕ ให้จัดตั้งองค์การมหาชนขึ้น เรียกว่า “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)” เรียกโดยย่อว่า “สรพ.” และให้ใช้ชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า “The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)” เรียกโดยย่อว่า “HAI”

มาตรา ๖ ให้สถาบันมีที่ตั้งของสำนักงานแห่งใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใกล้เคียง

มาตรา ๗ ให้สถาบันมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล



(๒) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

(๓) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ

(๔) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการ การเข้าถึง และใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(๕) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(๖) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

มาตรา ๘ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๗ ให้สถาบันมีอำนาจและหน้าที่กระทำการ

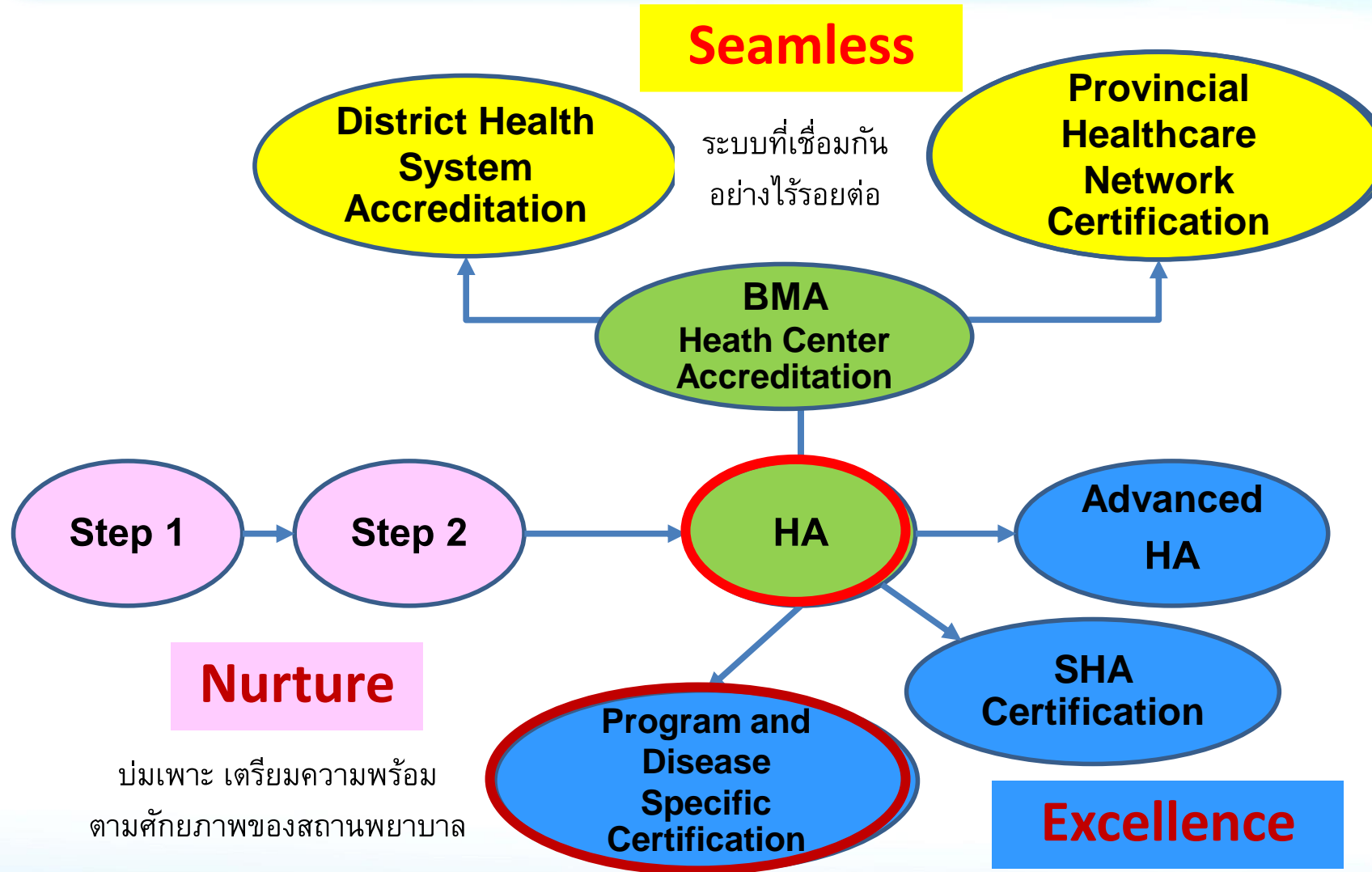
“การรับรองคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่า จะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย

Spectrum ของ HA เพื่อรองรับความก้าวหน้าเป็นลำดับขั้น



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
tation Institute (Public Organization)

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





มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ



ประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
เรื่อง มาตรฐานและหลักเกณฑ์พิจารณาสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรอง
คุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่าย และเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

เพื่อให้มีการพัฒนามาตรฐานสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
ที่พัฒนาระบบเครือข่าย และเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ให้เป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรอง
คุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพของ
สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๒ และสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทย
รองรับกับการพัฒนาของระบบบริการสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของสถานพยาบาลต่าง ๆ และ
สอดคล้องตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4

อาศัยอำนาจตามความมาตรา ๒๖ และมาตรา ๒๗ (๓) แห่งพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรอง
คุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติมตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบัน
รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบกับมติคณะกรรมการสถาบัน
รับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓ จึงออกประกาศ
ใช้มาตรฐานและหลักเกณฑ์พิจารณาสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบ
เครือข่าย และเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ดังนี้

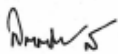
ข้อ ๑ มาตรฐานการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบเครือข่าย และ
เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ดังนี้

- ๑.๑ มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Healthcare Network System Standards)
- ๑.๒ มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Standards)
- ๑.๓ มาตรฐานเฉพาะระบบ/เฉพาะโรค (Program and Disease Specific Standards)

ข้อ ๒ หลักเกณฑ์พิจารณาสำหรับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่พัฒนาระบบ
ระบบเครือข่าย และเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ให้เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายของมาตรฐาน

ทั้งนี้ตั้งแต่วันที่นี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓


(นายกีตตินันท์ อนรรฆมณี)

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



มาตรฐานเฉพาะโรค / เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards)

ฉบับ มิถุนายน 2563

แนวคิดและหลักการ

- การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เป็นการส่งเสริมให้สถานพยาบาลพัฒนาความสามารถความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (DSC)
- ใช้มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards; PDSS) เป็นเครื่องมือช่วยยกระดับการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะ ให้มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง
- ใช้เป็นเครื่องมือกระตุ้นระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะ
- การรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ยังเป็นเสมือนเครื่องมือที่ช่วย
 1. ค้นหาเพื่อยกย่องชมเชย clinical excellence และสามารถเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นได้เรียนรู้
 2. ส่งเสริมการใช้แนวคิด continuous improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการรับรองกระบวนการคุณภาพเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

1. เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติที่ดี (good practice) เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เพื่อเป็นต้นแบบ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการพัฒนาต่อเนื่องและต่อยอดสำหรับสถานพยาบาลอื่นๆต่อไป
2. ขับเคลื่อนการพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจง ยกระดับระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ โดยการทบทวนการดูแลรักษาการตามรอยโรคและตัวชี้วัด (Tracer)
3. ขยายการพัฒนาสู่และการสร้างทีมพัฒนาคุณภาพส่วนอื่นๆ ขององค์กร เช่น ในปีนี้มีการรับรองในเรื่องของการเปลี่ยนข้อเข่า ปีถัดไปอาจทำการต่อยอดไปในโรคอื่นๆ ทำให้เกิดการขยายผลทีมพัฒนาเฉพาะโรค/เฉพาะระบบทั้งองค์กรและครอบคลุมมากขึ้น
4. การนำ HA Core Values & Concepts สู่การปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติ

หลักการในการพิจารณาเพื่อการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

- 1. Process Management** แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบกับกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม ตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream)
- 2. Result** แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ท้าทายอย่างเป็นรูปธรรม
- 3. Learning (Evaluation & Improvement, Integration, Innovation)** แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เฉพาะโรค/ระบบที่ขอรับการรับรอง โดยระบบงานมีการบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ หรือการสร้างองค์ความรู้ที่สำคัญ
- 4. Quality Concepts** แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักฐานทางวิชาการรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพและมิติด้านจิตวิญญาณ

ค่านิยม

- **Certification reviews** เป็นการทบทวนการจัดบริการเฉพาะโรค ทั้ง Care process และ outcomes เจาะลึกลงไปทีโรค นั้นๆ มองถึงความยั่งยืน ความต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่ Excellence center ของสถานพยาบาลนั้นๆ (product of service-specific evaluation of care and outcome)
- **ทีมสหสาขาวิชาชีพ** หมายถึง ทีมบุคลากรของสถานพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา หรือเกี่ยวข้องกับ เฉพาะโรค/เฉพาะระบบการบริหารจัดการที่สถานพยาบาลขอรับรอง โดยบุคลากรของทีมมาจากหลากหลายวิชาชีพ เช่น กรณี เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย พยาบาลศัลยกรรม ศัลยแพทย์ รังสีแพทย์ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลกำหนดตามบริบท
- **ทีมนำองค์กร/ผู้นำทีมสหสาขา** หมายถึง ผู้นำองค์กร/ ผู้นำทีม ที่ได้รับมอบหมายในการดูแลรับผิดชอบในการบริหารจัดการ ตั้งแต่ การกำหนด นโยบาย เป้าหมาย วางกลยุทธ์ การมอบหมายสู่การปฏิบัติ มีการกำกับติดตาม ร่วมวิเคราะห์และพัฒนา ปรับปรุง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลเป็นผู้กำหนดบทบาทและหน้าที่ เช่น ผู้นำทีมสหสาขา ได้แก่ หัวหน้าทีม PCT เป็นต้น
- **Organization profile** เป็น ข้อมูลของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องและสามารถสะท้อนให้เห็นภาพของการบริหารจัดการ กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรค หรือระบบที่ขอรับรองได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุมกับบริบท ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ใช่ ข้อมูลทั้งหมดของ Hospital profile ด้วยเป็นการประเมินบางส่วนของสถานพยาบาล

มาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค



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



ขอบเขตของมาตรฐาน

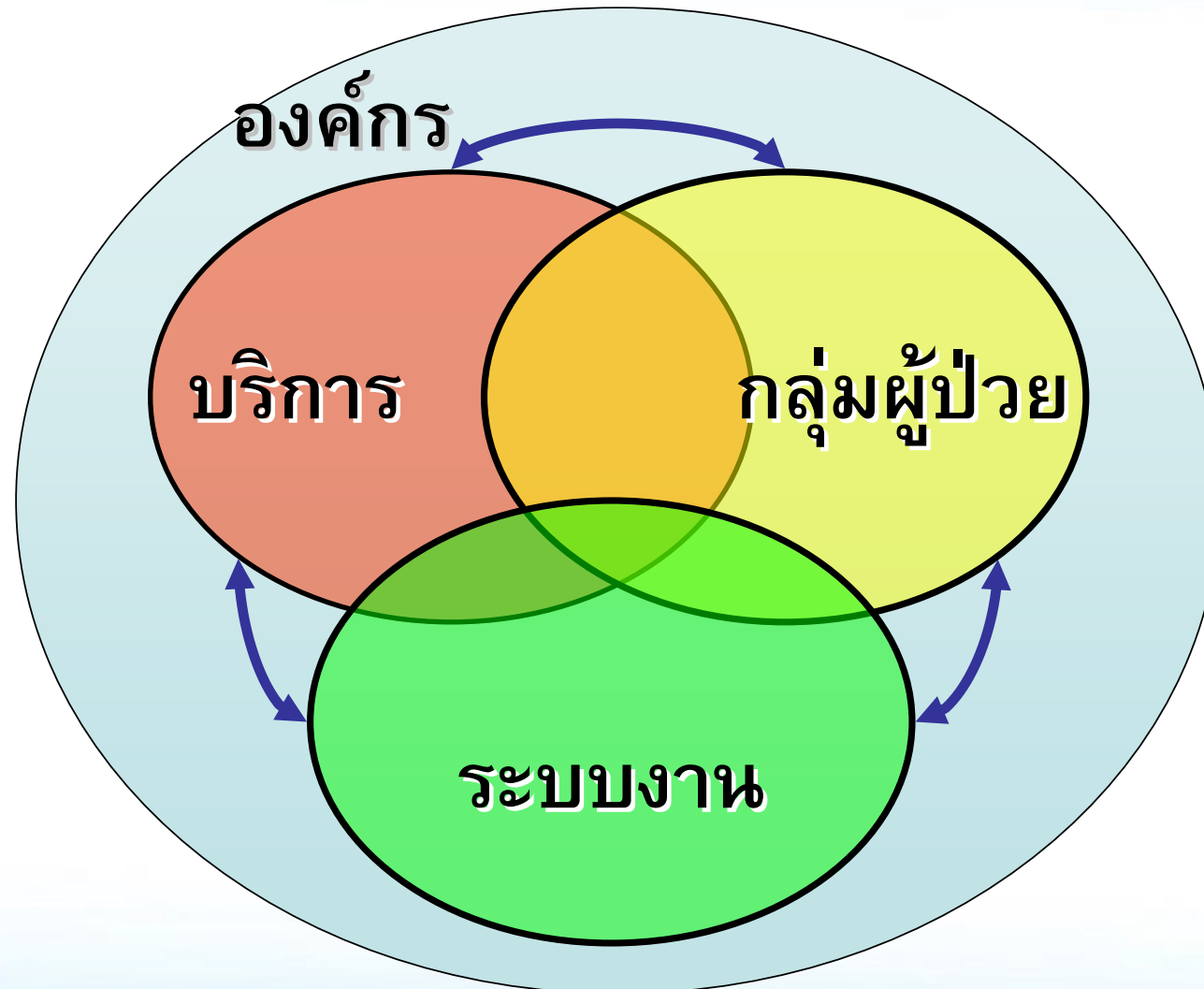
- **ตอนที่ I** การบริหารจัดการทั่วไป จะเป็นเฉพาะส่วนที่มีความสำคัญกับการดูแลเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ ที่มุ่งให้องค์กรสนับสนุนส่งเสริมการทำงานของทีมสหสาขา และให้ทีมสหสาขาเห็นความสำคัญของการเชื่อมโยงการดูแลเฉพาะโรค/เฉพาะระบบกับการบริหารจัดการทั่วไปขององค์กร
- **ตอนที่ II** ระบบงานสำคัญ ให้ความสำคัญกับระบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับระบบขององค์กร 5 ระบบคือ II-1 การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง II-2 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย II-3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ II-4 ระบบเวชระเบียน และ II-5 ระบบการจัดการด้านยาเชิงระบบ



ขอบเขตของมาตรฐาน

- **ตอนที่ III** กระบวนการดูแลผู้ป่วย ให้ความสำคัญและสอดคล้องกับ “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4” ที่มีมาตรฐาน III-1 ถึง III-6 แต่เพิ่มความสำคัญของกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ
- **ตอนที่ IV** ผลลัพธ์ 5 ด้าน คือ IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย IV-2 ผลด้านความพึงพอใจและคุณค่าจากผู้รับบริการ IV-3 ผลด้านบริหารทรัพยากรบุคคล IV-4 ผลด้านการดำเนินงานระบบสนับสนุน IV-5 ผลด้านการปฏิบัติตามแผนและมาตรฐาน โดยให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ที่กำหนดให้ต้องมีคู่เทียบที่เหมาะสม และส่งเสริมให้มีคู่เทียบระดับสากล (International) ซึ่งจะยกระดับให้คุณภาพบริการเป็นลักษณะเป็นเลิศ (excellence) ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่นๆ หากมีคู่เทียบสามารถนำเสนอได้

พื้นที่การพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม



คุณสมบัติพื้นฐานของสถานพยาบาลที่จะขอรับรอง



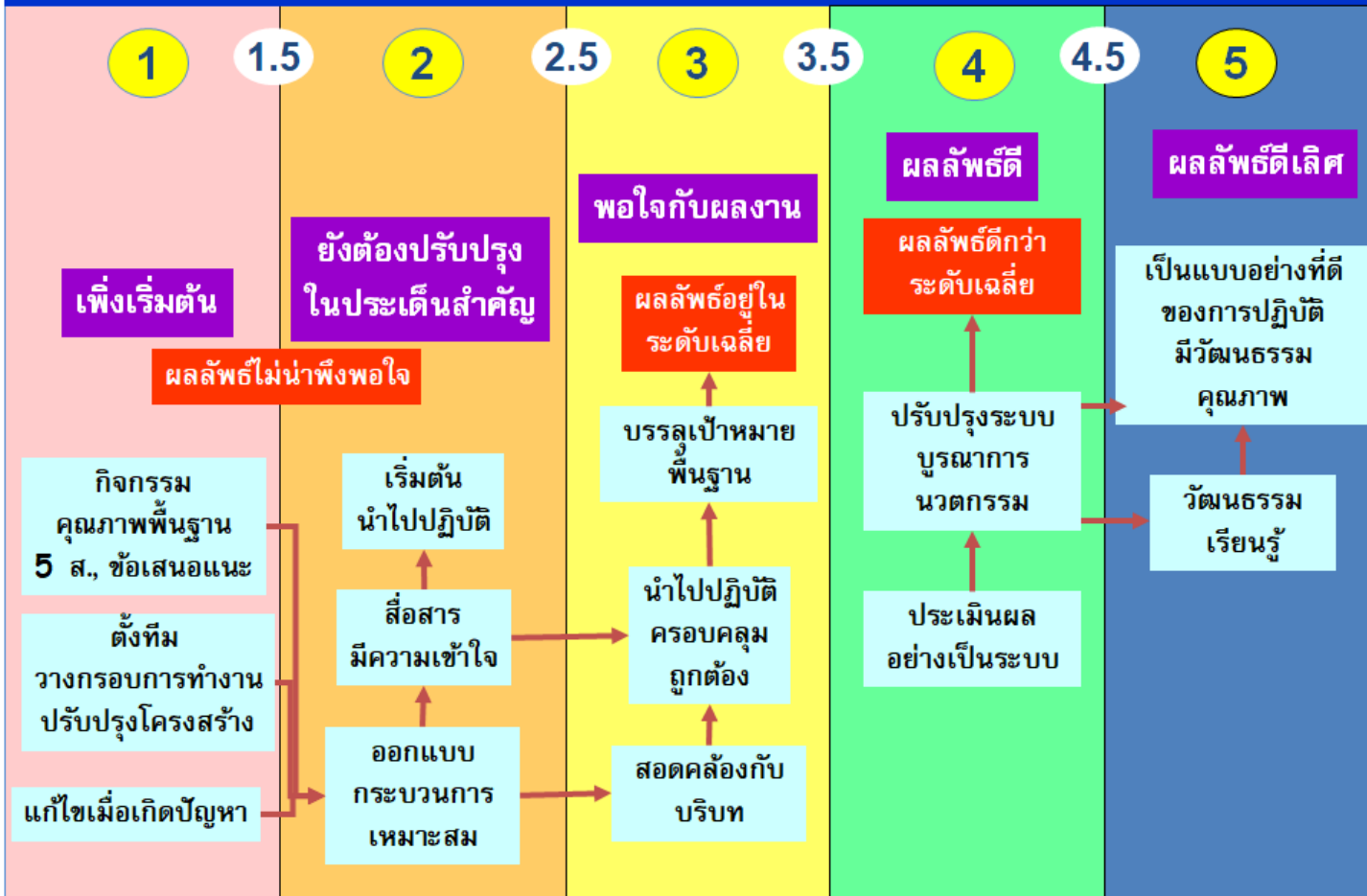
- สถานพยาบาลต้องผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 2 ขึ้นไปหรือเทียบเท่า และยังมีธำรงสถานภาพการรับรอง
- สถานพยาบาลต้องสามารถแสดงให้เห็นกระบวนการการดูแล การออกแบบการบริการและผลลัพธ์ระดับแนวหน้าของประเทศ หรือนานาชาติ
- มีการนำแนวคิดคุณภาพและกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง



เกณฑ์การพิจารณา

- **Process Management** แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์กระบวนการสำคัญที่ครอบคลุมทั้งสายธารแห่งคุณค่า (value stream) ข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง การออกแบบกระบวนการตามข้อกำหนด การนำสู่การปฏิบัติ การควบคุมให้เป็นไปตามข้อกำหนดและการติดตามผลลัพธ์ ตลอดจนการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง
- **ผลลัพธ์** แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการเทียบเคียงสู่ความเป็นเลิศ
- **Learning (Evaluation & Improvement, Integration, Innovation)** แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ระบบงานที่บูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ และองค์ความรู้ที่สำคัญ
- **Quality Concepts** แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัดความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยง ใช้หลักฐานทางวิชาการ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ และมิติด้านจิตวิญญาณ

Scoring Guideline: Expectation for PDSC-HA



เกณฑ์ผ่านเพื่อได้การรับรอง PDSS

ใช้การประเมินโดยรวมทุกหัวข้อตาม
มาตรฐานกลาง โดยควรได้คะแนนอย่างน้อย
2.5 ขึ้นไป ยกเว้นในข้อการจัดการ

กระบวนการ (I-6), ตอนที่ III

กระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ IV-
1 ตัววัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่
ควรได้คะแนน 3.0

เอกสารประกอบการขอการรับรอง

- Organization/Unit profile
- **Self-Assessment Report: SAR** โดยแสดงให้เห็น บริบท ความท้าทาย/ประเด็นสำคัญ เป้าหมายโรคที่ต้องการขอรับรอง
- แผนภูมิสายธารแห่งคุณค่า (value stream map) หรือ **Processes Flow chart** (zoom in/ zoom out) ในระดับที่เหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจ ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- **การวิเคราะห์ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ** (รวมทั้งความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา) ในแต่ละขั้นตอน คุณลักษณะที่พึงประสงค์ (requirement) ในแต่ละขั้นตอน และแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุคุณลักษณะดังกล่าว
- **CQI หรือ Good practice** /ผลงานเด่น ผลงานวิจัย ที่แสดงถึงผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย จำนวน 3-5 เรื่อง
- **ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เป็นเลิศในโรค/ ระบบที่ขอรับรอง** และแสดงความเชื่อมโยง CQI ที่นำเสนอ สะท้อนมิติคุณภาพ



Workshop: เรียนรู้เข้าใจมาตรฐานและการประเมินตนเอง

เกณฑ์การประเมินตนเองตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะระบบ
(Program and Disease Specific Certification)
สำหรับ ระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวานของสถานพยาบาล
พ.ศ. 2563

โดย

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
- สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย
- สมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย
- สมาคมหักก้าหนดอาหารแห่งประเทศไทย
- สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
- สภาการพยาบาล
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
- สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
- ชมรมพยาบาลเบาหวานแห่งประเทศไทย
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



เครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลในการประเมินตนเองเพื่อวัดความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบงานการดูแลรักษาผู้เป็นเบาหวานของสถานพยาบาลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้เป็นเบาหวานอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ อันจะนำไปสู่การพัฒนาสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานระดับต่าง ๆ ในทิศทางเดียวกัน และมีมาตรฐานที่เหมาะสมตามบริบทของประเทศและลดความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการและบุคลากร



เพื่อให้สถานพยาบาลใช้**เป็นแนวทาง**และเครื่องมือในการพัฒนา
คุณภาพและมาตรฐานสำหรับระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน
ของสถานพยาบาล**นำไปสู่การรับรองตามมาตรฐานการรับรอง**
เฉพาะระบบสำหรับระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวาน โดย
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



องค์ประกอบของการรับรองเฉพาะระบบ “การดูแลรักษาในคลินิกเบาหวานของสถานพยาบาล”

1. มีระบบการบริการและให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานต่อเนื่อง
2. ให้การดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team)
3. บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Personal and Clinical Expertise) อย่างน้อยประกอบด้วย
 - a. แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - b. พยาบาลผู้ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดย ระดับคลินิกเบาหวานครบวงจรขึ้นไป
ต้องมี พยาบาลผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม/ หลักสูตรที่แสดงถึงมีความเชี่ยวชาญในการดูแลกลุ่มผู้เป็นเบาหวาน
 - c. มี case manager ที่รับผิดชอบการประสานงานและบริหารจัดการในคลินิกเบาหวาน
 - d. ผู้ให้ความรู้เพื่อการดูแลตัวเองแก่ผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetes Self-Management Education and Support, DSMES)



โครงสร้างมาตรฐาน

| ตอน I | ตอน II ระบบงานสำคัญ | ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | ตอนที่ IV ผลลัพธ์ |
|---|--|--|--|
| I-1 การนำ I-2 การวางแผนและการ บริหารแผน I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย I-4. การวัด วิเคราะห์ และ จัดการความรู้ I-5. การมุ่งเน้นทรัพยากร บุคคล I-6.1 การจัดการ กระบวนการ | II-1 การพัฒนาคุณภาพและ บริหารความเสี่ยง II-2 สิ่งแวดล้อมในการดูแล ผู้ป่วย II-3 ระบบการป้องกันและ ควบคุมการติดเชื้อ II-4 ระบบเวชระเบียน II-5 ระบบการจัดการด้านยา | III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ III-2 การประเมินผู้ป่วย III-3 การวางแผนดูแลผู้ป่วย III- 4 การดูแลผู้ป่วย III-5 การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย III-6 การดูแลต่อเนื่อง | IV-1. นำเสนอแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญดูแล ผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์และกระบวนการมีคู่เทียบ ที่เหมาะสม IV-2. นำเสนอแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับ ความพึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของ ผู้รับบริการ และคู่เทียบที่เหมาะสม IV-3. นำเสนอแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญด้าน ความผูกพัน ความพึงสมรรถนะบุคลากร และคู่เทียบที่เหมาะสม IV-4. นำเสนอแนวโน้มตัวชี้วัดสำคัญด้านผล การดำเนินงานของระบบงานสำคัญที่ เกี่ยวข้อง และคู่เทียบที่เหมาะสม |



องค์ประกอบเอกสาร

I-1 การนำ

1.1 ทีมนำองค์กร/ผู้นำทีมสหสาขาชี้นำและทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นการปฏิบัติของทีมสหสาขา

แนวทางการพัฒนาคลินิกเบาหวาน (Guidance for DM Clinic Quality Development)

1. ทีมนำองค์กร (ผู้นำสูงสุด, ผู้อำนวยการรพ. ผู้บริหาร ฯลฯ) /ทีมนำโรคเบาหวาน ร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ค่านิยมของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการโรคเบาหวาน และแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์ ของคลินิกเบาหวาน เป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมของโรงพยาบาล และถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร

หลักฐานที่แนะนำ (Suggested evidence)

- บันทึกการประชุม
- แนวทาง ประกาศที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- ผลการวัด/ประเมินการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ หรือการรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยมของทีม



แนวทางการตอบ

- ทำอะไร ทำอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- ก่อนได้คำตอบ ถามตัวเอง เรื่องนี้ควรทำหรือไม่ ทำแล้วได้ประโยชน์อะไร เราจะทำอย่างไร วัตถุประสงค์อย่างไร

Workshop

- ให้แต่ละกลุ่มศึกษามาตรฐานที่ได้รับมอบหมาย และ ให้แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มว่า
- มาตรฐานข้อนี้มีความสำคัญกับการพัฒนา “ระบบการดูแลรักษาในคลินิกเบาหวานของสถานพยาบาล” หรือไม่อย่างไร
- ควรทำมาตรฐานข้อดังกล่าวหรือไม่ หากควรทำควรทำอย่างไร หากไม่ควรทำด้วยเหตุผลเพราะอะไร
- หากควรทำทดลองตอบข้อความแบบแบบประเมินตัวเองว่า จะทำอะไร จะทำอย่างไร จะวัดผลหรือมีผลอย่างไร



แบ่งกลุ่ม

- รอบที่ 1 มาตรฐานตอนที่ 1
- รอบที่ 2 มาตรฐานตอนที่ 2
- รอบที่ 3 มาตรฐานตอนที่ 3

Workshop



- ให้ทุกกลุ่มศึกษาตัวชี้วัดที่ได้รับช่วยกันพิจารณาว่า
 1. ตัวชี้วัดไหนสำคัญจำเป็นต้องมี ตัวไหน อาจไม่จำเป็นต้องมีก็ได้ด้วยเหตุผลอะไร
 2. คิดว่าควรมีการปรับเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดใดอย่างไร