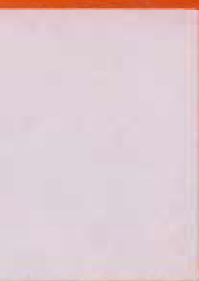


แบบประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน HA

(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเชื่อมต่อ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลระดับโรงพยาบาล



เลขหมู่.....
เลขทะเบียน...0000 ๒๐39
วันที่.....

แบบประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน HA

(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

WX 150 ส181บ 2545



BK0000002358

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บัน...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA

(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ)

ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

โดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ 0-2589-0023-4 โทรสาร 0-2951-0238

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มกราคม 2545

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ) ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล.--นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545.

53 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การประเมิน. I. ชื่อเรื่อง.

362.110684

ISBN 974-294-414-8

ออกแบบ, ภาพประกอบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซร์ จำกัด



มาตรฐาน HA เป็นเครื่องชี้นำทิศทางการพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) จะใช้ร่วมกัน กล่าวคือ โรงพยาบาลใช้เพื่อการวางแผนพัฒนา เพื่อการประเมินและบันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา สถาบันฯ ใช้ในการประเมินเพื่อให้การรับรองโรงพยาบาล

เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างกว้างขวาง ตอบสนองต่อนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางสถาบันฯ ได้กำหนดบันไดสามขั้นสู่ HA ไว้ดังนี้ บันไดขั้นที่ 1 การทบทวน แก้ไข ป้องกันปัญหา บันไดขั้นที่ 2 การประกันคุณภาพและพัฒนาต่อเนื่อง บันไดขั้นที่ 3 ปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA ครบถ้วน และได้รับ Hospital Accreditation (HA) โรงพยาบาลที่ได้พัฒนามาจนมีความพร้อมแล้ว สามารถขอการรับรอง HA ได้โดยไม่ต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นจากบันไดขั้นที่ 1

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ) ชุดนี้ออกแบบสำหรับโรงพยาบาลที่กำลังมุ่งปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน เพื่อใช้บันทึกความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพในลักษณะของเพิ่มสะสมงาน รวมทั้งเพื่อใช้สื่อสารกับสถาบันฯ และผู้แทนของสถาบันฯ ในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล เนื้อหาและความมุ่งหมายของคู่มือนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ข้อ ข. ค. ง. แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการตั้งคำถามเป็นหมวดหมู่ให้ทีมงานได้บอกเล่าในสิ่งที่ทำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทีมงานจะได้ประโยชน์มากจากการใช้คำถามเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นในการรวบรวมแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็น อีกทั้งทบทวนความสมบูรณ์ของการพัฒนาที่ผ่านมา เป็นโอกาสที่จะเรียบเรียงข้อมูลที่ต้องการสื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจทราบอย่างเป็นระบบ

(4) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

แบบประเมินชุดนี้มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล ส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก และ ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน สำหรับส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาลนั้นต้องการมองในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของทีมนำ การติดตามประเมินผล การประสานงานในระดับต่างๆ

สถาบันฯ ได้แนะนำทีมงานที่ควรรับผิดชอบแบบประเมินนี้ไว้ ซึ่งทีมงานดังกล่าวควรทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมให้ข้อมูลและข้อคิดเห็น เพื่อให้ได้ภาพรวมของโรงพยาบาล

เพื่อความสะดวกในการใช้งาน สถาบันฯ ขอแนะนำให้โรงพยาบาลที่ต้องการใช้แบบประเมินนี้ download เพิ่มข้อมูลจาก <http://www.ha.or.th>

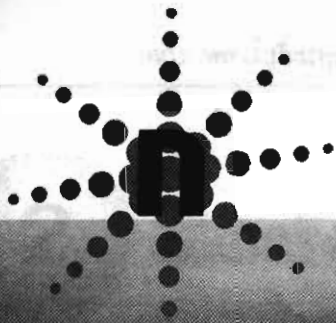
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545



สารบัญ

ก. สรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล	1
1. ทิศทางขององค์กร	2
2. สถิติเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล	3
ข. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA	7
บทที่ 1 การนำองค์กร	8
บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย	10
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ	13
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	16
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	20
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ	25
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	27
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป	31
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ	35
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	37
บทที่ 11 องค์กรแพทย์	42
บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล	45
บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย	49
บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร	52



สรุปข้อมูลสำคัญของโรงพยาบาล

1. ทิศทางขององค์กร
2. สถิติเครื่องซีวิตของโรงพยาบาล



ทิศทางขององค์กร

ชื่อโรงพยาบาล

พันธกิจ (mission)¹

ขอบเขตบริการ (scope of service)²

เป้าประสงค์ (goals)³

แผนยุทธศาสตร์และเป้าหมาย

จุดเน้นในการพัฒนา/เข็มมุ่ง⁴

เครื่องชี้วัด⁵

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของโรงพยาบาล

- 1 ให้ระบุข้อความพันธกิจของโรงพยาบาล หรือข้อความอื่นที่มีความหมายเกี่ยวกับหน้าที่และเหตุผลที่ต้องมีโรงพยาบาลนี้
- 2 ให้ระบุขอบเขตบริการที่โรงพยาบาลสามารถให้ได้ เช่น กลุ่มเป้าหมาย ระดับความสามารถ
- 3 ให้ระบุเป้าประสงค์หลักทั้งในด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และด้านองค์กร ที่จะนำไปสู่การประเมินการบรรลุพันธกิจของโรงพยาบาล
- 4 องค์กรประกอบสำคัญของการพัฒนาที่โรงพยาบาลกำลังให้ความสำคัญอยู่ในปัจจุบัน (ตรงกับคำว่าเข็มมุ่ง หรือ Hoshin)
- 5 ให้ระบุเครื่องชี้วัดระดับโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับเป้าประสงค์หลักและเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ (key performance indicator-KPI)ให้นำเสนอตัวเลขเครื่องชี้วัดในรูปของ control chart ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมาเป็นภาคผนวก (ถ้าเป็นไปได้)

2

สถิติเครื่องชีวิตของโรงพยาบาล

	พ.ศ. 25.... (2 ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีปัจจุบัน)
จำนวนและอัตราการเสียชีวิต			
จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด			
จำนวนทารกตายคลอด			
จำนวนทารกแรกเกิดเสียชีวิตใน 7 วัน			
อัตราตายปริกำเนิดต่อ 1,000			
จำนวนมารดาเสียชีวิตจากการคลอด			
จำนวนการผ่าตัดทั้งหมด			
จำนวนการเสียชีวิตเนื่องจากการผ่าตัด			
อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัด			
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด			
จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยในผู้อื่นๆ (ยกเว้นการคลอด ทารกแรกเกิด การผ่าตัด)			
จำนวนการเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน			

	พ.ศ. 25.... (2 ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีปัจจุบัน)
การส่งตรวจทางพยาธิวิทยากายวิภาค			
จำนวนการผ่าตัดไส้ติ่ง			
จำนวนการส่งชิ้นเนื้อตรวจ			
อัตราการส่งตรวจ (%)			
จำนวนการผ่าตัดมดลูก			
จำนวนการส่งชิ้นเนื้อตรวจ			
อัตราการส่งตรวจ (%)			
การติดเชื้อในโรงพยาบาล			
จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล			
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (%)			
อัตราการติดเชื้อใน ICU (%)			
อัตราการติดเชื้อใน NS (%)			
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (%)			
อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ป่วย ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (% ต่อ 1,000 วันที่ใช้เครื่อง)			
อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย ที่ใส่สายสวนคา (% ต่อ 1,000 วันที่ใส่สายสวนคา)			

	พ.ศ. 25.... (2 ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีปัจจุบัน)
การคลอด			
จำนวนมารดาคลอด			
จำนวนทารกแรกเกิด			
จำนวนการผ่าตัดคลอด			
อัตราการผ่าตัดคลอด (%)			
จำนวนมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน (รวม)			
• Eclampsia			
• Embolism			
• การตกเลือดระหว่าง/หลังคลอด			
• การฉีกขาด แรก ทะลุ			
• การติดเชื้อ			
• รกค้าง			
• อื่นๆ			
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)			
การใช้เลือด			
จำนวนเลือดที่ใช้ทั้งหมด			
• FWB (จำนวน/%)			
• PRC/LPB (จำนวน/%)			
• FFP/CRP (จำนวน/%)			
• Platelet conc. (จำนวน/%)			
Transfusion reaction (จำนวน/%)			

	พ.ศ. 25.... (2 ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีที่แล้ว)	พ.ศ. 25.... (ปีปัจจุบัน)
การใช้ยา			
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก			
ความคลาดเคลื่อนด้านยาผู้ป่วยนอก			
● จำนวน prescribing error (สั่งยาผิด)			
● จำนวน processing error (จัดยาผิด)			
● จำนวน dispensing error (จ่ายยาผิด)			
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน			
ความคลาดเคลื่อนด้านยาผู้ป่วยใน			
● จำนวน prescribing error (สั่งยาผิด)			
● จำนวน processing error (ลอกคำสั่งผิด, จัดยาผิด)			
● จำนวน dispensing error (จ่ายยาผิด)			
ผลของความคลาดเคลื่อนทางยา			
● เกิดผลเสียชั่วคราว ต้องรักษาหรือแก้ไข			
● เกิดผลเสียถาวร			
● เกือบเสียชีวิต/เสียชีวิต			
อัตราการเกิด ADR ช้ำ			





รายละเอียดของ การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA⁶

- | | |
|----------|---|
| บทที่ 1 | การนำองค์กร |
| บทที่ 2 | ทิศทางนโยบาย |
| บทที่ 3 | การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ |
| บทที่ 4 | การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล |
| บทที่ 5 | การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย |
| บทที่ 6 | เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ |
| บทที่ 7 | ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล |
| บทที่ 8 | กระบวนการคุณภาพทั่วไป |
| บทที่ 9 | กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ |
| บทที่ 10 | การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล |
| บทที่ 11 | องค์กรแพทย์ |
| บทที่ 12 | การบริหารการพยาบาล |
| บทที่ 13 | สิทธิผู้ป่วย |
| บทที่ 14 | จริยธรรมองค์กร |

⁶ การประเมินส่วนนี้เทียบเท่ากับการประเมินตอนที่หนึ่ง (เดิม) ขอให้ทีมตอบอย่างกระชับแต่ครอบคลุมคำถามและกิจกรรมที่ทีมได้ทำอย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะกิจกรรมเหล่านั้นจะทำภายใต้ชื่อหรือโครงการใดก็ตาม



การนำองค์กร⁷

GOV.1 องค์กรบริการสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์กรบริการสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

(1), (2), (3) บทบาททั่วไป ใครคือบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล ในระดับสูงสุด (ที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาล)? ในรอบปีที่ผ่านมา บุคคล/กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีการประชุมกันบ่อยเพียงใด ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพบริการอะไรบ้าง? มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อรับผิดชอบงานเฉพาะเรื่องอะไรบ้าง? มีการติดตามผลงานของคณะกรรมการดังกล่าวอย่างไร?

(4) บทบาทในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล ที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไร ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล? มีการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามทิศทางที่กำหนดไว้ได้อย่างไร?

(5) บทบาทในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ปัจจัยสำคัญที่จะมีผลกระทบต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลคืออะไร? ที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทอย่างไรในการสร้างหลักประกันว่าโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ และมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง?

(6) บทบาทในการจัดการทรัพยากร ที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาลมีบทบาทต่อการจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นให้เพียงพอ ต่อการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อความโปร่งใสในการบริหารทรัพยากรอย่างไร?

⁷ ประเมินโดยที่มำนำสูงสุดของโรงพยาบาล

LED.1 วัฒนธรรมองค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

ขอให้ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการพัฒนาระบบงานซึ่งมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า อะไรคือความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้าที่อยู่ในแผนว่าจะตอบสนองให้ดีขึ้น? อะไรคือตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและการตอบสนองความต้องการดังกล่าว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำในชีวิตประจำวัน?

LED.4 บทบาทของผู้บำในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

(1), (3), (4) การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ขอให้อธิบายว่าที่มำสูงสุดของโรงพยาบาล สนับสนุน ผลักดัน ให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างไร มีการสร้างแรงจูงใจอย่างไร ผลการประเมินและติดตามความก้าวหน้าเป็นอย่างไร? สามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้เพียงใด? มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้นและที่มำสูงสุดของโรงพยาบาลได้ช่วยขจัดอุปสรรคดังกล่าวอย่างไร? ประสิทธิภาพของกลไกการสื่อสาร/ประสานงานแก้ปัญหาเป็นอย่างไร?

(2) การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล มีการประสานเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ อย่างไร?

วิเคราะห์ตนเอง



- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการนำองค์กร?
- ◆ อะไรคือสิ่งที่ท้าทายในเรื่องการนำองค์กร?



ทิศทางนโยบาย⁸

GOV.2 กรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีพันธกิจ วิสัยทัศน์ และปรัชญา ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

LED.2 การวางแผนของโรงพยาบาล

มีการนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มากำหนดแผนงานและนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วย

GEN.1 ความโปร่งกาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของหน่วยงาน

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

(1), (2) เป้าหมายร่วมและวิธีการกำหนด ใครเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล (พันธกิจ ปรัชญา/ค่านิยม/อุดมการณ์ร่วม)? มีการนำความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องมาพิจารณาอย่างไร? มีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

(3), (5) หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หน่วยงานต่างๆ นำเป้าหมายร่วมและแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ไปจัดทำเป้าหมายของหน่วยงาน แผนปฏิบัติการ และวัตถุประสงค์ในการพัฒนาได้ดีเพียงใด? หน่วยงานใดที่สามารถจัดทำได้ดี? มีแผนที่จะทำอย่างไรกับหน่วยงานที่ยังทำไม่ได้ดี?

⁸ ประเมินโดยทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล

(4) แผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไรที่จะมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายร่วมที่กำหนดไว้? ยุทธศาสตร์สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมมีอะไรบ้าง? ยุทธศาสตร์หรือแผนงานใดมีความสำคัญในระดับสูง? มีการประสานระหว่างยุทธศาสตร์ต่างๆ อย่างไร?

มีการประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์อย่างไร เรื่องใดที่บรรลุตามเป้าหมาย? เรื่องใดที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย? มีการตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนอย่างไร?

(6) การถ่ายทอด สื่อความหมาย สร้างความเข้าใจ เรื่องเป้าหมาย/แผน มีการประเมินการรับรู้เรื่องเป้าหมายร่วม และความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่แต่ละคนต่อการบรรลุเป้าหมายร่วมหรือไม่? ถ้ามี ผลการประเมินเป็นอย่างไร? มีแผนที่จะดำเนินการอย่างไรต่อผลการประเมินนั้น?

GOV.3 ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

โรงพยาบาลมีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย⁹ เป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน

มีกลไกเพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย ในเรื่องสิทธิผู้ป่วย การรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล การบันทึกข้อมูล การรักษาความลับของข้อมูล สุขภาพและความปลอดภัย การป้องกันและจัดการกับความเสี่ยง ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร?

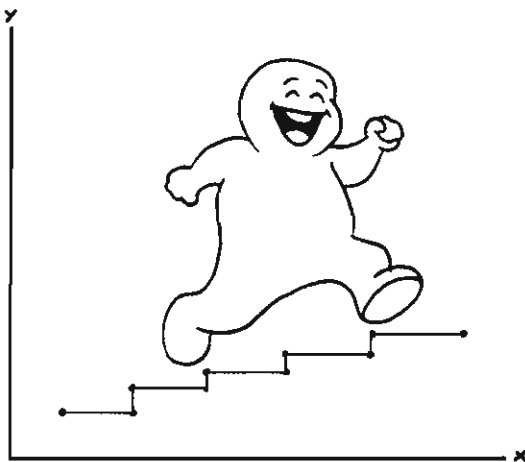
มีกลไกในการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก การรับทราบปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติ และการทบทวนกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย ในเรื่องดังกล่าวอย่างไร? กฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบายในเรื่องใดที่มักจะเป็นปัญหาในการนำไปปฏิบัติ?

⁹ คำว่า กฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย ในที่นี้ ให้ถือว่าเป็นคำที่ใช้ทดแทนกันได้

วิเคราะห์ตนเอง



- ♦ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการนำทิศทางนโยบายไปสู่การปฏิบัติ?
- ♦ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องการนำทิศทางนโยบายไปสู่การปฏิบัติ?





การบริหารทรัพยากร และ:ประสานบริการ¹⁰

LED.5 การบริหารทรัพยากร

มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) การวางแผน โปรตรระบุแผนการลงทุนระยะยาวของโรงพยาบาล (ในด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือ กำลังคน) ได้มีการนำข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผนและจัดลำดับความสำคัญอย่างไร?

(2) การจัดสรรทรัพยากร มีแนวทางในการจัดสรรทรัพยากรให้หน่วยงานต่างๆ อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพอย่างไร ในรอบปีที่ผ่านมาได้ตัดสินใจเรื่องการจัดสรรทรัพยากรที่สำคัญอะไรบ้าง? ผลการประเมินเรื่องความพอเพียงของทรัพยากรและประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรเป็นอย่างไร?

(3) การพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ มีนโยบายและแนวทางในการพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรด้านกายภาพและกำลังคนอย่างไร?

(4) ระบบบริหารการเงิน มีแนวทางในการจัดระบบบริหารการเงินให้รัดกุมและมีประสิทธิภาพอย่างไร? โรงพยาบาลติดตามเครื่องชี้วัดทางการเงินอะไรบ้าง? โปรดยกตัวอย่างการตัดสินใจอันเป็นผลมาจากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว?

LED.3 การประสานบริการ

มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย

(1) การกำหนดบทบาท เป้าหมาย และความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆ ไว้ในแผนของโรงพยาบาล

(2) การวางแผนเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็น

¹⁰ ประเมินโดยทีมนำสูงสุดของโรงพยาบาล

ของผู้ป่วยในพื้นที่ โปรดอธิบายว่ามีการนำข้อมูลการรับบริการ การส่งต่อผู้ป่วย ปัญหาของประชาชนในพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย มาใช้ในการวางแผนจัดบริการอย่างไร?

(3) มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างหน่วยงานอย่างไร? ช่องทางการสื่อสารระหว่างหน่วยงานที่ได้ผลมีอะไรบ้าง? ประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างไร? มีการส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ รับฟังข้อเสนอแนะและนำไปปฏิบัติอย่างไร? มีการส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำคู่มือปฏิบัติงานให้สอดคล้องกันอย่างไร?

(4) มีกลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีกลไกในการตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาสำคัญอย่างไร? มีระบบที่จะส่งปัญหาที่ค้นพบไปให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างไร? มีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาอย่างไร? มีกลไกที่จะติดตามผลการแก้ปัญหาของหน่วยงานผู้รับผิดชอบอย่างไร? การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นมุ่งไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุเพื่อป้องกันปัญหาเพียงใด? ขอให้ยกตัวอย่างกรณีที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือวิเคราะห์สาเหตุอย่างลึกซึ้ง และนำไปสู่การป้องกันปัญหาในระยะยาว

(5) การร่วมจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติให้สอดคล้องกัน (ตอบในบทที่ 8)

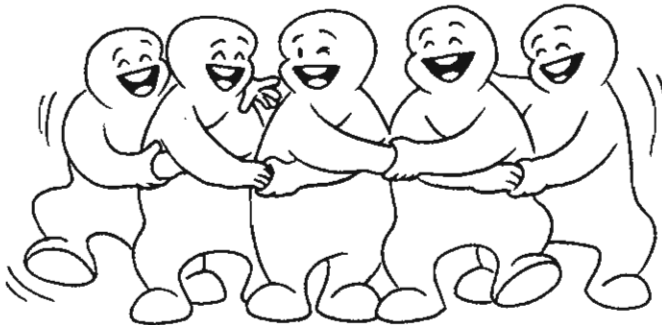
(6) หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเข้าใจและร่วมพัฒนาคุณภาพงานบริการระหว่างหน่วยงาน มีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาร่วมกันอย่างไร? ผู้นำของหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงานของตนเพียงใด? ขอให้ยกตัวอย่างกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความร่วมมือดังกล่าว

มีการร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างไร?



วิเคราะห์ตนเอง

- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการบริหารทรัพยากรและ
 ประสานบริการ?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องการบริหารทรัพยากรและประสานบริการ?





การบริหารและพัฒนา ทรัพยากรบุคคล¹¹

HUM.1 การวางแผนทรัพยากรบุคคล

มีการวางแผนทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล

(1) นโยบายด้านทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลมีนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลในเรื่องวิธีการกำหนดกำลังคนที่ต้องการการได้มาซึ่งกำลังคนที่ต้องการ แนวทางการทดแทนกำลังคนที่ขาดแคลน และแนวทางการพัฒนาศักยภาพของกำลังคนที่มีอยู่อย่างไร? โปรแกรมปัญหาเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ และแนวทางในการแก้ไขในระยะสั้นและระยะยาว

(2) ผู้รับผิดชอบ ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล การบริหารทรัพยากรบุคคล? ผลการประเมินเป็นอย่างไร?

(3) การจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษร เนื้อหาของแผนทรัพยากรบุคคลในเรื่องกำลังคนที่ต้องการในปัจจุบันและในอนาคต การพัฒนาความรู้และทักษะ การปรับระบบแรงจูงใจ การปรับระบบงานเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นและประสิทธิภาพในการทำงาน เป็นอย่างไร?

(4) การกำหนดคุณสมบัติ และความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง มีการใช้ประโยชน์จากคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเพื่อการทำงานที่มีคุณภาพอย่างไร?

HUM.2 การสรรหา คัดเลือก บรรจุ

มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

ในกรณีที่โรงพยาบาลสามารถสรรหาและคัดเลือกเจ้าหน้าที่ได้เอง โปรดอธิบายแนวทางเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ

¹¹ ประเมินโดยทีมซึ่งมีผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ข้อมูลที่เกิดขึ้นไว้ในทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่มีอะไรบ้าง? มีระบบในการรักษาความลับข้อมูลอย่างไร? มีการใช้ประโยชน์ของข้อมูลเพื่อประโยชน์ของเจ้าหน้าที่และองค์กรอย่างไร?

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) การจัดการกำลังคน มีแนวทางในการประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่อย่างไร? ผลการประเมินเป็นอย่างไร? มีการตอบสนองต่อผลการประเมินอย่างไร? โปรตรระบุนิติการจัดการกำลังคนทดแทนในสาขาที่ขาดแคลน และการกำกับดูแลให้ทำงานอย่างมีคุณภาพ

(2) การประเมินผลการปฏิบัติงาน ขอให้อธิบายนโยบายการประเมินผลการปฏิบัติงาน และวิธีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาตนเอง

(3) การกำกับดูแล มีการตรวจสอบ/ควบคุม/กำกับดูแลเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ หรือนักเรียนฝึกงาน หรือผู้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลอย่างไร?

HUM.3/GEN.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

(1) การกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีแนวทางในการกำหนดเนื้อหาอย่างไรเพื่อให้การพัฒนาทรัพยากรบุคคลตอบสนองต่อหน้าที่หลักของหน่วยงานในการให้บริการที่มีคุณภาพ? มีการนำข้อมูลจากการติดตามเครื่องชี้วัด การพัฒนาคุณภาพ และการนิเทศงานมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรมอย่างไร? อะไรคือปัญหาคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ซึ่งพบได้บ่อยๆ?

(2) การจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล ขอให้สรุปว่าแผนที่จัดทำไว้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรด้วยวิธีการใด? (เช่น การอบรม

ภายในกับการส่งมอบภายนอก การอบรมระยะสั้นกับการอบรมระยะยาว) ให้ความสำคัญกับเนื้อหาเรื่องอะไร? มีการประสานเชื่อมโยงความต้องการของหน่วยงานต่างๆ เข้าเป็นแผนของโรงพยาบาลอย่างไร?

(3) การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ ขอให้อธิบายว่ามีแนวทางในการทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบบทบาทหน้าที่ ความคาดหวังของโรงพยาบาล ทำให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในการทำงานอย่างไร? มีระบบที่เสี่ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่อย่างไร?

(4) กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการ ขอให้ระบุการเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางวิชาการ ที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้จัดให้แก่เจ้าหน้าที่ในรอบปีที่ผ่านมา อะไรคือที่มาของการกำหนดเนื้อหาดังกล่าว? มีการนำศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่อย่างไร? กลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรมเพียงใด?

(5) การประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล ผลการประเมินการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นอย่างไร? มีการประเมินผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ ได้ผลเป็นอย่างไร? ได้มีการนำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างไร?

HUM.5 การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

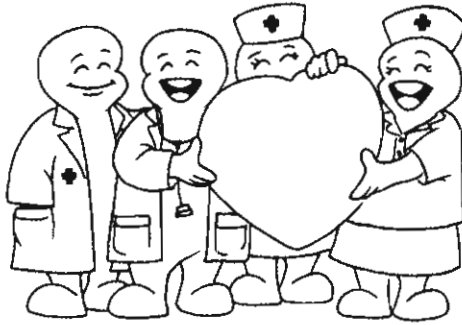
มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล

มีการศึกษาความต้องการของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลในประเด็นใดบ้าง? ผลการประเมินเป็นอย่างไร? มีการตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวอย่างไร? ในรอบปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนระบบแรงจูงใจอะไรบ้าง? ระบบงานของโรงพยาบาลสร้างโอกาสสำหรับการริเริ่มสิ่งใหม่ๆ และการทำงานที่มีประสิทธิภาพอย่างไร?



วิเคราะห์ตนเอง

- ◆ ขอให้สรุปการประสานเชื่อมโยงระหว่างระบบงาน/ทีมงาน/หน่วยงาน ในเรื่องการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล?





การบริหารสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย¹²

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ

(1) โครงสร้างกายภาพ ได้มีการตรวจสอบว่าสิ่งก่อสร้างต่างๆ เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? ที่ตั้งของหน่วยบริการที่สำคัญ (ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยวิกฤต) อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงและส่งต่อเพียงใด? มีการประเมินการถ่ายเทอากาศ แสงสว่าง และอุณหภูมิในบริเวณต่างๆ หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? ห้องตรวจโรคและห้องให้คำปรึกษา ตรงไหนที่มีปัญหาเรื่องความเป็นสัดส่วน?

(2) สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย ได้มีการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง? พื้นที่ใดเสี่ยงต่อการแพร่ของเชื้อโรคที่ใช้อากาศเป็นสื่อ? มีการแก้ไขป้องกันในพื้นที่เหล่านั้นอย่างไร? จุดใดที่เสี่ยงต่ออากาศเสียหรือก๊าซที่เป็นอันตราย? มีการแก้ไขป้องกันในพื้นที่เหล่านั้นอย่างไร?

(3) มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น ขอให้อธิบายศักยภาพและความพอเพียงของระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็นต่อไปนี้: เครื่องกำเนิดไฟฟ้า ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน กิจซทางการแพทย์ ตู้เย็นเก็บโลหิต ถังเก็บน้ำสำรอง

(4) ระบบการสื่อสารและขนส่ง ขอให้อธิบายว่าโรงพยาบาลมีระบบต่อไปนี้หรือไม่? ระบบเตือนภัย ระบบตามตัวเจ้าหน้าที่ ระบบเรียกพยาบาล การขนส่งระหว่างชั้น

¹² ประเมินโดยทีมซึ่งมีผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

(5) ระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม มีระบบการจัดการอย่างไรเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และมีการบำรุงรักษาเพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพก่อนเวลาอันควร? ใครเป็นผู้รับผิดชอบ? มีการฝึกอบรมในเรื่องนี้อย่างไรบ้าง?

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในเรื่องการรายงานข้อขัดข้องเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพ การระบายสิ่งต่างๆ สู่อ่างล้างมือ การกำจัดของเสีย การประหยัดพลังงาน การจัดหาวัสดุโดยคำนึงถึงการลดปริมาณขยะ/ของเหลือใช้อย่างไร?

มีแนวทางในการดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า ถังแก๊ส ใต้น้ำ สารเคมี วัตถุไวไฟ อย่างไร? ในรอบปีที่ผ่านมาอุบัติเหตุเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวบ่อยเพียงใด?

ENV.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

(1) ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบบำบัดน้ำเสียที่มีอยู่สามารถรองรับน้ำเสียได้มากเพียงใด? ปริมาณน้ำทิ้งสูงสุดเป็นเท่าไร ในช่วงเวลาไหน? ผู้ดูแลระบบได้รับการฝึกอบรมอย่างไรบ้าง? มีการบำรุงรักษาระบบอย่างไร? อะไรคือความขัดข้องหรือปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในระบบบำบัดน้ำเสียในรอบปีที่ผ่านมา? ได้มีการแก้ไขปรับปรุงอย่างไร? มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดบ่อยเพียงใด? ผลการตรวจสามครั้งสุดท้ายเป็นอย่างไร? หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลมีส่วนร่วมให้ความร่วมมือเพื่อลดภาระของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลอย่างไร?

(2) ระบบและวิธีการกำจัดขยะ มีแนวทางในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างไร? มีระบบในการแยกเก็บ/ขนย้าย/จัดที่พักขยะอย่างไร? มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างไร? ถ้ามีการส่งมอบให้หน่วยงานอื่นกำจัดขยะติดเชื้อ ได้มีการศึกษาหรือตรวจสอบการทำงานของผู้รับช่วงหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? สำหรับโรงพยาบาลที่มีเตาเผาขยะเอง มีมาตรการในการป้องกันการก่อความรำคาญแก่ชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงอย่างไร?

มีมาตรการในการลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างไร? มีการส่งเสริมกระบวนการ recycle อย่างไร?

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

(1) โครงสร้างกายภาพ ได้มีการทบทวนการปฏิบัติตามข้อกำหนดของ พ.ร.บ. ควบคุมอาคารด้านการป้องกันอัคคีภัยหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? มีการตรวจสอบและป้องกันการใช้พื้นที่ทางหนีไฟที่ไม่เหมาะสมอย่างไร?

(2) นโยบายและผู้รับผิดชอบ มีนโยบายด้านการป้องกันอัคคีภัยอย่างไร? ใครเป็นผู้รับผิดชอบดูแลให้เป็นไปตามนโยบายนี้?

(3) การตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัย มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยโดยผู้บริหารของโรงพยาบาลบ่อยเพียงใด? อะไรคือภาวะเสี่ยงหรือจุดที่มีความเสี่ยงที่พบเห็น? ได้มีการแก้ไขป้องกันอย่างไร? มีการกำหนดปริมาณวัสดุไวไฟที่จะเก็บและสถานที่เก็บไว้อย่างไร? มีการตรวจสอบความปลอดภัยของสายไฟฟ้าและเครื่องใช้ไฟฟ้าที่นำมาใช้ในโรงพยาบาลอย่างไร?

มีการเชิญหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่เข้ามาตรวจสอบความปลอดภัยด้านอัคคีภัยหรือไม่? การตรวจสอบครั้งสุดท้ายมีขึ้นเมื่อใด? ผลการตรวจสอบเป็นอย่างไร? มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะอย่างไร?

(4) เครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย บริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย หรือมีความยากลำบากในการจัดการเมื่อเกิดอัคคีภัย มีอะไรบ้าง? มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบป้องกันอัคคีภัยในบริเวณดังกล่าวอย่างไร? มีการประเมินความเหมาะสมและความเพียงพอของเครื่องมือดับเพลิงในแต่ละพื้นที่หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? มีการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างไร? ใครเป็นผู้รับผิดชอบ?

(5) การฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย มีการฝึกซ้อมบ่อยเพียงใด? ในรอบปีที่ผ่านมาได้ฝึกซ้อมครอบคลุมเจ้าหน้าที่ร้อยละเท่าไร? บริเวณที่จะ

มีปัญหาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยคือที่ได้ มีวิธีการ/เส้นทางในการเคลื่อนย้ายอย่างไร? มีการฝึกซ้อมการติดต่อ/ประสานงานกับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบอัคคีภัยในพื้นที่อย่างไร? พบปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างจากการฝึกซ้อม? มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร?

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

(1) **การจัดการทั่วไปด้านความปลอดภัย** มีนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยในโรงพยาบาลอย่างไร? ผู้บริหารระดับสูงที่รับผิดชอบนโยบายด้านความปลอดภัยคือใคร? มีการสร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างไร? มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร?

(2) **การวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัย** มีการค้นหาและประเมินภาวะเสี่ยงอันตรายต่างๆ บ่อยเพียงใด? อะไรคือภาวะเสี่ยงสำคัญที่พบ? หน่วยงานใดที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายสูง? มีมาตรการในการป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยงเหล่านั้นอย่างไร?

ระบบรายงานและการสอบสวนเมื่อเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้องต่างๆ เป็นอย่างไร? ในรอบปีที่ผ่านมาเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้องที่สำคัญอะไรบ้าง? ข้อมูลที่ได้รับรายงานมีความสมบูรณ์เพียงใด? มีการกระจายข่าวกิจกรรมความปลอดภัยและคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายต่างๆ อย่างไร?

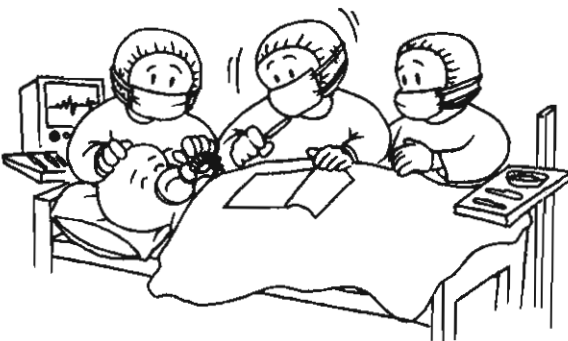
(3) **บริการอาชีวอนามัย** มีนโยบายในการตรวจสุขภาพก่อนบรรจุทำงาน การคัดกรองสุขภาพและเฝ้าระวังโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค อย่างไร? มีนโยบายและมาตรการในการป้องกันการเจ็บป่วยหรืออันตรายจากการทำงาน เช่น สารเคมี จุลชีพ กลไก ท่าทางในการทำงาน อย่างไร?

มีระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของเจ้าหน้าที่ อย่างไร? แนวโน้มของปัญหาที่สำคัญมีอะไรบ้าง? มีแนวทางป้องกันอย่างไร?



วิเคราะห์ตนเอง

- ◆ ขอให้สรุปการประสานเชื่อมโยงระหว่างระบบงาน/ทีมงาน/หน่วยงาน ใน เรื่องการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย?





เครื่องมือและการจัดการ เกี่ยวกับเครื่องมือ¹³

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) **หลักเกณฑ์ และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์** มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกอย่างไร? ได้คำนึงถึงการยอมรับของผู้ใช้ ความคุ้มค่า บริการหลังจำหน่ายอย่างไร? มีกลไกและกระบวนการในการคัดเลือกอย่างไร? โปรดยกตัวอย่างเครื่องมือแพทย์ที่มีการจัดหาในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาพร้อมทั้งข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ขาย

(2) **ความเพียงพอของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์** มีการกำหนดระดับเครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ที่ควรมี และการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์อย่างไร? ผลการประเมินเป็นอย่างไร?

เครื่องมือแพทย์ที่อยู่ในแผนการจัดหาของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง? มีความจำเป็นหรือมีเหตุผลอย่างไร?

(3) **ความรู้ของผู้ใช้เครื่องมือพิเศษ** โปรดระบุเครื่องมือแพทย์ที่มีความละเอียดอ่อนและต้องการผู้ใช้ซึ่งมีความรู้เป็นพิเศษ ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาที่เกิดจากการใช้เครื่องมือเหล่านี้โดยผู้ที่มีความรู้ไม่เพียงพอ โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ใช้เครื่องมือเหล่านี้ได้อย่างไร?

(4) **ระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์** เครื่องมือแพทย์และวัสดุอุปกรณ์ประเภทใดที่มีโอกาสเกิดปัญหาไม่พอใช้ เมื่อปริมาณผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าปกติ? ถ้ามีปัญหาคงปฏิบัติอย่างไร? มีเครื่องมือประเภทใดบ้างที่สำรองหรือรวมศูนย์ไว้ที่ส่วนกลาง?

¹³ ประเมินโดยทีมซึ่งมีมาตรฐานสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องเครื่องมือ



(5) ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมหรือแก้ไขความเสื่อมชำรุดของเครื่องมือทั้งหมดในรอบปีที่ผ่านมามีมูลค่าเท่าไร? สาเหตุของการเสื่อมชำรุดส่วนใหญ่เกิดจากอะไรบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันความเสื่อมชำรุดดังกล่าวอย่างไร? แนวทางดังกล่าวได้รับการปฏิบัติโดยหน่วยงานต่างๆ ได้เพียงใด? ประสิทธิภาพในการซ่อมเครื่องมือเป็นอย่างไร?

เครื่องมือใดบ้างที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน หรือใช้เทคโนโลยีสูง จำเป็นต้องมีระบบในการดูแลเป็นการเฉพาะ? มีระบบที่จะดูแลเครื่องมือดังกล่าวอย่างไร? ใครเป็นผู้ดูแล?

เครื่องมือใดบ้างที่มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (การตรวจสอบและเปลี่ยนชิ้นส่วนตามกำหนดเวลาก่อนที่จะมีการชำรุดเสียหาย)? ขอให้อธิบายแนวทางการบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีทำอยู่

โรงพยาบาลมีทะเบียนและบันทึกประวัติเครื่องมือทั้งหมดหรือไม่? มีระบบบันทึกปัญหาและการแก้ไขเกี่ยวกับเครื่องมือแต่ละชิ้นอย่างไร? มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวในการวางแผนบริหารจัดการเครื่องมืออย่างไร?

(6) ระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมพร้อมใช้งาน เครื่องมือและอุปกรณ์ใดบ้างที่ต้องมีการตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำ? มีวิธีการในการตรวจสอบอย่างไร?

เครื่องมือใดบ้างที่กำหนดให้ต้องมีการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration)?

วิเคราะห์ตนเอง



- ◆ ขอให้สรุปการประสานเชื่อมโยงระหว่างระบบงาน/ทีมงาน/หน่วยงาน ในเรื่องเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ
- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องเครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ?

บทที่
7

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล¹⁴

IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบ

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

(1) **การวางแผนระบบสารสนเทศ** มีการวางแผนระบบสารสนเทศอย่างไร? อะไรคือเป้าหมายของการใช้สารสนเทศ? ระบบสารสนเทศจะช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร? จะช่วยในการติดตามระดับคุณภาพหรือระดับปัญหาคุณภาพอย่างไร?

(2) **การออกแบบระบบสารสนเทศ** มีการสำรวจความต้องการใช้สารสนเทศของผู้ปฏิบัติงาน หัวหน้าหน่วยงาน และผู้บริหารโรงพยาบาลหรือไม่? ถ้ามี ผลการสำรวจเป็นอย่างไร? ได้นำความต้องการดังกล่าวมาใช้ออกแบบระบบสารสนเทศ (การกำหนดข้อมูลนำเข้า การประมวลผลข้อมูล การรายงานข้อมูล) อย่างไร? โครงสร้างของระบบสารสนเทศประกอบด้วยระบบหลักอะไรบ้าง? การประมวลผลข้อมูลสำคัญในแต่ละระบบมีอะไรบ้าง? มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบต่างๆ กันอย่างไร? มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมมาใช้ได้อย่างไร?

(3) **การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง** มีการนำผู้เกี่ยวข้องมาร่วมออกแบบระบบสารสนเทศและคัดเลือกเทคโนโลยีที่จะใช้อย่างไร? คณะกรรมการเวชระเบียนมีบทบาทอย่างไรในการออกแบบระบบสารสนเทศโรงพยาบาล?

(4) **มาตรฐานระบบสารสนเทศ** ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ (minimal data set) สำหรับผู้ป่วยในมีอะไรบ้าง? มีการกำหนดมาตรฐานข้อมูล (คำจำกัดความ การใช้รหัส การจัดกลุ่ม คำศัพท์ รูปแบบการจัดเก็บ) - ใช้อ้างอิงกับมาตรฐานอะไร? มาตรฐานข้อมูลที่มีปัญหาในการกำหนดได้แก่อะไรบ้าง?

¹⁴ ประเมินโดยทีมซึ่งมีผู้นำสูงสุดของโรงพยาบาลมอบหมายให้ดูแลเรื่องระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

มีการกำหนดมาตรฐานเทคโนโลยีสารสนเทศไว้อย่างไร?

มีเกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล การกำหนดระยะเวลาในการคงเก็บข้อมูล และวิธีการในการคงเก็บข้อมูลอย่างไร?

มีแนวทางในการป้องกันการสูญหายของข้อมูลอย่างไร? มีแนวทางป้องกันความเสียหายทางกายภาพของข้อมูลอย่างไร? มีแนวทางป้องกันการแก้ไขตัดแปลงข้อมูลโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่อย่างไร?

มีแนวทางในการรักษาความลับของข้อมูลและกำหนดสิทธิการใช้ข้อมูลอย่างไร? ข้อมูลใดบ้างที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์และมีความเสี่ยงต่อการถูกเปิดเผยความลับ? มีแนวทางในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์อย่างไร? มีแนวทางในการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลอย่างไร? มีแนวทางให้ผู้ป่วยดูแลใช้เวชระเบียนของตนเองอย่างไร? ประสิทธิภาพในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลเป็นอย่างไร?

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหารการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพ

(1) การเชื่อมโยงข้อมูล มีฐานข้อมูลอะไรที่ใช้ร่วมกันในระบบสารสนเทศ? มีการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อประสิทธิภาพของการกระจายข้อมูลอย่างไร?

(2) การสังเคราะห์ข้อมูล มีการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพและการบริหารอย่างไรบ้าง? ใครมีหน้าที่รับผิดชอบ? มีการนำเสนอข้อมูลเหล่านั้นให้แก่ใคร? มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลเหล่านั้นอย่างไร?

อะไรคือสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรงพยาบาล? อัตราการเสียชีวิตรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ ในมารดาที่มาคลอดบุตร ผู้ป่วยผ่าตัด และกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญอื่นๆ เป็นอย่างไร?

ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ เป็นอย่างไร?

อัตราการกลับมารับบริการซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ การเข้ารับการผ่าตัดซ้ำภายใน 2 วัน เป็นอย่างไร?

ระบบสารสนเทศสามารถให้ข้อมูลค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนรายโรค/หัตถ-

การได้หรือไม่? มีการจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้ง่ายในการวิเคราะห์อย่างไร? มีการรายงานข้อมูลนี้บ่อยเพียงใด? มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงผิดปกติมาวิเคราะห์ปัญหาหรือแบบแผนในการดูแลรักษาหรือไม่ อย่างไร?

ระบบสารสนเทศสามารถให้ข้อมูลวันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการได้หรือไม่? มีการรายงานข้อมูลนี้บ่อยเพียงใด? มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลสูงผิดปกติมาวิเคราะห์ปัญหาหรือแบบแผนในการดูแลรักษาหรือไม่ อย่างไร?

(3) การกระจายข้อมูลและสารสนเทศ มีการรายงานข้อมูลสำคัญที่สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ให้แก่ใครบ่อยเพียงใด? ความถูกต้องรวดเร็วของการกระจายข้อมูลและสารสนเทศเป็นอย่างไร? มีวิธีการนำเสนอที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจและการใช้ประโยชน์อย่างไร? มีการนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์อย่างไร?

(4) การสนับสนุนทางเทคนิค มีระบบให้คำปรึกษา และ/หรือให้ความรู้/ฝึกอบรมแก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสมอย่างไร?

IM.4 บันทึกระยะเบี่ยง

มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ตรงระหว่างทีมงานผู้ให้บริการเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และประเมินคุณภาพการดูแลรักษาได้

IM.4.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ

IM.4.2 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน

มีระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่ากระดาษบันทึกข้อมูลเวชระเบียนทุกแผ่นจะมีเลขที่ประจำตัวและชื่อผู้ป่วยซึ่งอ่านได้ง่าย อย่างไร?

การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยมีอะไรบ้าง? มีแนวทางปฏิบัติในเรื่องนี้อย่างไร?

มีแนวทางในการระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพทย์ และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ/แพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร?

มีระบบในการสรุปข้อมูลสำหรับผู้ป่วยที่มาติดตามรักษาต่อเนื่องเพื่อให้ทราบการวินิจฉัยโรคที่สำคัญ หัตถการที่เคยได้รับ การแพทย์ ยาที่ได้รับอย่างไร?

มีแนวทางในการสั่งการรักษาด้วยยาจอย่างไร? ใครมีหน้าที่บันทึกคำสั่ง? คำสั่งการรักษาประเภทใดที่อาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและแพทย์ผู้สั่งต้องมาลงนามกำกับ? จะต้องมาลงนามกำกับภายในเวลาเท่าไร? มีแนวทางในการป้องกันอันตรายอันเกิดจากการรักษาด้วยยาจอย่างไร?

มีแนวทางในการลงนามผู้บันทึกเวชระเบียน และวันเวลา อย่างไร?

มีการแยกเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกออกจากบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในหรือไม่? ถ้ามีการแยกเก็บ จะมีระบบค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยอย่างไรมีประสิทธิภาพอย่างไร?

โรงพยาบาลมีนโยบายกำหนดเวลาในการบันทึกข้อมูลต่อไปนี้ให้เสร็จสิ้นอย่างไร การบันทึกเมื่อแรกรับ การทำหัตถการ การบันทึกเมื่อจำหน่าย? มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวอย่างไร? ผลลัพธ์การติดตามและการตอบสนองต่อผลดังกล่าวเป็นอย่างไร?

มีแนวทางปฏิบัติในการเก็บบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจทางรังสีวิทยาเข้าในเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างไร ภายในเวลาเท่าไร? ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายหรือย้ายสถานที่ก่อนที่จะได้รับผลการตรวจ จะมีหลักประกันอย่างไรว่าผลการตรวจได้ถูกจัดเก็บไว้ในเวชระเบียนอย่างถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม?

มีแนวทางในการให้ข้อมูลประกอบการส่งต่ออย่างไร? มีการเก็บสำเนาใบส่งตัวไว้ที่ไหน? มีการนำข้อมูลการส่งต่อมาวิเคราะห์อย่างไร?

วิเคราะห์ตนเอง



- ◆ ขอให้สรุปการประสานเชื่อมโยงระหว่างระบบงาน/ทีมงาน/หน่วยงาน ในเรื่องระบบสารสนเทศและเวชระเบียน
- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องระบบสารสนเทศและเวชระเบียน?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องระบบสารสนเทศและเวชระเบียน?



กระบวนการคุณภาพทั่วไป¹⁵

GEN.9 มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนากิจกรรมของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวางระบบงาน

(1) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างสาขาวิชาชีพและระหว่างหน่วยงานอย่างไร การดูแลผู้ป่วยสาขาใดหรือระบบบริการใดที่มีความร่วมมือเป็นอย่างดี? มีการนำประสบการณ์หรือความสำเร็จจากทีมงานเหล่านี้ไปขยายผลอย่างไร?

(2) การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบที่จะรับรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงานอย่างไร ทั้งในภาพรวมและในหน่วยย่อย? วิธีการที่ได้ผลในการรับรู้ความต้องการและความคาดหวังดังกล่าวคืออะไร? มีแนวทางอย่างไรที่จะตอบสนองข้อเสนอแนะ/คำร้องเรียนของผู้ป่วยและผู้รับผลงานได้อย่างรวดเร็ว?

อะไรคือความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีความสำคัญสูง 5 อันดับแรก? ได้มีการตอบสนองไปแล้วอย่างไร? มีแผนที่จะดำเนินการต่อไปอย่างไร?

(3) คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงาน มีวิธีการอย่างไรที่จะให้มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานที่จำเป็น เหมาะสมกับสภาพของโรงพยาบาล โดยไม่เป็นภาระแก่เจ้าหน้าที่ มีการประสานระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สามารถเข้าถึงได้ง่าย?

มีวิธีการอย่างไรให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานของตนเอง? มีแนวทางในการประเมินว่ามีการปฏิบัติตามคู่มือ

¹⁵ ประเมินโดยคณะกรรมการหรือทีมงานที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

/แนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดไว้อย่างไร? มีแนวทางปฏิบัติอะไรบ้างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ครบถ้วน? มีแผนที่จะดำเนินการต่อไปอย่างไร?

ในรอบปีที่ผ่านมา มีการประเมินคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานในด้านความสมบูรณ์ ครบถ้วน สอดคล้องกับสภาวะการทำงานอย่างไรบ้าง? ผลการประเมินเป็นอย่างไร? มีการตอบสนองต่อผลการประเมินอย่างไร?

การวัดผลและการวิเคราะห์

มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ กำหนดเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (key performance indicator) อย่างไร? มีแนวทางอย่างไรที่จะทำให้เครื่องชี้วัดของแต่ละหน่วยงานสามารถวัดเป้าหมายสำคัญที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละหน่วยงานได้? มีแนวทางอย่างไรที่จะนำเครื่องชี้วัดทางคลินิกซึ่งวัดผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยมาใช้ประโยชน์ในการประเมินผลงานของทีมผู้ให้บริการร่วมกัน?

ระบบสารสนเทศหรือหน่วยงานอื่นๆ มีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเครื่องชี้วัดอย่างไร?

หน่วยงานที่มีหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบแนวโน้มของปัญหาและระดับคุณภาพที่เปลี่ยนแปลงไปคือหน่วยงานใด? ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมาพบแนวโน้มที่สำคัญอะไรบ้าง? มีการเผยแพร่ข้อมูลเหล่านั้นอย่างไร? มีการส่งเสริมให้นำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์อย่างไร?

การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง

(1) **การค้นหาและเลือกปัญหา** การค้นหาและเลือกปัญหา/โอกาสพัฒนาที่ทีมงานและหน่วยงานต่างๆ ทำอยู่นั้นอยู่บนพื้นฐานอะไร (ใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ)? มีการประเมินความครอบคลุมในการค้นหาและปัญหา/โอกาสพัฒนาหรือไม่ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร? หน่วยงานต่างๆ สามารถนำปัญหา/โอกาสพัฒนามาปรับปรุงแก้ไขได้มากเพียงใด? ใครเป็นผู้ดูแลความครอบคลุม และความเหมาะสมในการเลือกปัญหา/โอกาสพัฒนาขึ้นมาปรับปรุงในภาพรวม? โปรดอธิบายวิธีการในการทำให้หน่วยงานต่างๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

(2) **การแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ** มีการส่งเสริมให้ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ การค้นหาสาเหตุต้นตอ การใช้ข้อมูล การใช้ความคิดสร้างสรรค์ ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพอย่างไร? มีการประเมินว่าได้มีการใช้สิ่งเหล่านี้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? โปรดอธิบายวิธีการในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่นำ COI ไปใช้ในการแก้ปัญหาประจำวัน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โปรดอธิบายรูปธรรมของการขยายผลการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน รูปธรรมของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความสำเร็จระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล

(3) **การประเมินผล** มีการประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? มีการเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบอย่างไร?

(4) **การติดตามเพื่อรักษาระดับคุณภาพและพัฒนาต่อเนื่อง** มีแนวทางเพื่อรักษาระดับคุณภาพที่พัฒนาได้และส่งเสริมให้มีการพัฒนาต่อเนืองอย่างไร?

โปรดอธิบายการสร้างสมดุลระหว่างการรักษาความสม่ำเสมอของระดับคุณภาพ (รักษาของเดิม) กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา)

การบริหารความเสี่ยง

(1) **การประสานโปรแกรม** โรงพยาบาลมีโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงอะไรบ้าง? มีแนวทางในการประสานโปรแกรมที่เกี่ยวข้องเหล่านั้นเข้าเป็นระบบบริหารความเสี่ยงอย่างไร? ใครเป็นผู้รับผิดชอบ?

(2) **ระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง (Risk MIS)** มีการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงอย่างไร? ระบบข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นแนวโน้มและความสำคัญของปัญหาอะไรบ้าง? มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลดังกล่าวอย่างไร?

(3) **การจัดการกับความสูญเสีย/ความเสียหาย** มีแนวทางในการจัดการเมื่อเกิดความสูญเสีย/ความเสียหายอย่างไร ทั้งปัญหาทั่วไปและปัญหาด้านคลินิกบริการ? ประสิทธิภาพในการจัดการกับความสูญเสีย/ความเสียหายเป็นอย่างไร?

(4) การวิเคราะห์ความเสี่ยงของหน่วยงาน มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองอย่างไร? มีแนวทางอย่างไรให้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ?

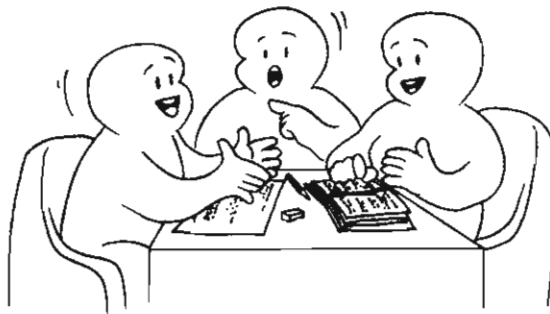
(5) มาตรการป้องกัน หน่วยงานต่างๆ สามารถวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงทั้งหมดได้ดีเพียงใด? อะไรคือความเสี่ยงร่วมสำคัญที่หลายหน่วยงานมีโอกาสประสบ? มีแนวทางในการวางมาตรการป้องกันสำหรับความเสี่ยงร่วมเหล่านั้นอย่างไร?

(6) การเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์ มีระบบรายงานอุบัติการณ์อย่างไร? รายละเอียดของการเกิดอุบัติการณ์ถูกเก็บไว้ที่ใดบ้าง? มีการรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์อย่างไร? การรายงานที่ได้รับครอบคลุมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นประมาณร้อยละเท่าใด? มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มีการรายงานที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น?

วิเคราะห์ตนเอง



- อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องกระบวนการคุณภาพทั่วไป?
- อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องกระบวนการคุณภาพทั่วไป?



บทที่
9

กระบวนการคุณภาพ
ด้านคลินิกบริการ¹⁶

GEN.9.3 เป็นการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

ขอให้อธิบายว่ามีวิธีการส่งเสริมและสนับสนุนให้นำความรู้ที่ทันสมัย และนำเชื่อถือมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพอย่างไร? ทีมใดบ้างที่ทำได้ดีและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพดีขึ้น? โปรดยกตัวอย่าง ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อมีการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) มาใช้ (โรคอะไร เกิดประโยชน์อะไร?)

โปรดยกตัวอย่างการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างแผนกหรือระหว่างวิชาชีพ และที่มาของความร่วมมือดังกล่าว

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ทีมต่างๆ ทำได้ดีแล้วคืออะไร? กิจกรรมทบทวนใดที่อยู่ในแผนที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือจัดให้มีเพิ่มขึ้น? การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาทำให้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง? โปรดยกตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงระบบงานหรือกระบวนการทำงานซึ่งเป็นผลมาจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review)

อะไรคือความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญในแต่ละแผนก มีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างไร?

การตรวจวินิจฉัย การใช้ยา และการทำหัตถการ ที่อาจจะมีการทำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือมีข้อบ่งชี้ที่ไม่เหมาะสม มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันหรือลดความไม่เหมาะสมดังกล่าวอย่างไร?

¹⁶ ประเมินโดยคณะกรรมการหรือทีมงานที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล



วิเคราะห์ตนเอง

- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องกระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องกระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ?



บทที่
10

การป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล¹⁷

IC.1 นโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์

มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

โรงพยาบาลกำหนดนโยบาย และเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลไว้อย่างไร? อะไรคือวัตถุประสงค์ที่ต้องการบรรลุในหนึ่งปีข้างหน้า?

ประเด็นสำคัญเรื่องการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้แก่อะไร? โรงพยาบาลมีกลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และป้องกันการติดเชื้ออย่างไร? มีวิธีในการประเมินประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร?

มีการประเมินความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับบทบาทในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือไม่? ผลการประเมินเป็นอย่างไร? มีการตอบสนองต่อผลการประเมินอย่างไร?

IC.2 การจัดองค์กรและการบริการ

มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงสร้างการบริหารงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง (กรรมการ หน่วยงาน)? คณะกรรมการซึ่งรับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลประกอบด้วยใครบ้าง? ฝ่ายบริหาร ฝ่ายชั้นสูตร และฝ่ายเภสัชกรรม มีบทบาทในเรื่องนี้อย่างไร? คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่อะไรในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน

¹⁷ ประเมินโดยคณะกรรมการหรือทีมงานที่รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลอย่างไร? คณะกรรมการมีการประชุมกันบ่อยเพียงใด? ประเด็นสำคัญที่นำมาพิจารณาในที่ประชุมคืออะไร?

IC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) จำนวนกี่คน? ICN มีหน้าที่รับผิดชอบอะไร ปฏิบัติงานอย่างไร? ICN ที่ปฏิบัติงานได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร? มีการประเมินความรู้ความสามารถของ ICN หรือ ICWN อย่างไร?

IC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเกี่ยวกับการป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อ

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร?

ในรอบปีที่ผ่านมา มีการจัดอบรมเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้แก่เจ้าหน้าที่อะไรบ้าง? กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการอบรมเพียงใด? มีการประเมินความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร? มีวิธีการทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักในแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างไร?

IC.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการที่ทันสมัย ให้เจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

มีกระบวนการจัดทำและทบทวนคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างไร? ใครมีส่วนร่วมบ้าง? ใช้แหล่งข้อมูลจากที่ไหน? มีการปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างไร?

มาตรการในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเรื่องใดที่มักจะถูก
ละเมิด? หากมีการละเมิดมาตรการดังกล่าวจะมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร?
ใครเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการ?

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

(1) การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล โปรดอธิบายวิธีการเฝ้า
ระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในรอบปีที่ผ่านมา มีอัตราการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลเท่าไร? ข้อมูลที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือเพียงใด?

โรงพยาบาลได้นำการเฝ้าระวังในลักษณะของ targeted surveillance
มาใช้หรือไม่? ถ้าใช่ อะไรคือการติดเชื้อที่เป็นเป้าหมายของการเฝ้าระวัง? มี
การเฝ้าระวังครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่จะเฝ้าระวัง
ทั้งหมดหรือไม่? การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดมีการจำแนกตามราย
หัตถการและศัลยแพทย์หรือไม่? มีการ feed back ให้แพทย์เจ้าของไข้ได้
รับทราบอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดที่ตนเป็นผู้ผ่าตัดหรือไม่? การเฝ้าระวังการ
ติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการสอดใส่ device (เช่น เครื่องช่วยหายใจ สายสวน
ปัสสาวะ) มีการคำนวณเปรียบเทียบกับจำนวนวันที่ใส่ device นั้นๆ หรือไม่?

(2) การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ มีแนวทางในการตรวจสอบสุขภาพของ
เจ้าหน้าที่อย่างไร? มีนโยบายในการให้วัคซีนแก่เจ้าหน้าที่อย่างไร? มีแนวทาง
ปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังเกิดอุบัติเหตุ และ
แนวทางแก้ไขอย่างไร? มีการติดตามสภาวะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ซึ่ง
เจ็บป่วยอย่างไร?

(3) การเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม
อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาฆ่าเชื้อ ขอให้อธิบายแนวทางการเฝ้าระวังและ
ผลที่ได้รับ มีมาตรการอย่างไรเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะไม่มีการปนเปื้อนใน
สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาฆ่าเชื้อ?

(4) Universal Precautions และ Isolation Precautions มี
แนวทางในการป้องกันการแพร่เชื้อที่ดื้อยาต้านจุลชีพอย่างไร?

มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่อง hand hygiene และการป้องกัน sharp injury อย่างไร? มีการปรับปรุงอย่างไรเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้ดีขึ้น? มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เกี่ยวกับเรื่อง hand hygiene และการป้องกัน sharp injury อย่างไร? ผลเป็นอย่างไร?

ถ้าไม่มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยวัณโรคจะมีวิธีการลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่อย่างไร?

(5) การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ มีการกำหนดมาตรฐานการใช้ antiseptic และ disinfectant ของโรงพยาบาลอย่างไร? ICN มีบทบาทอย่างไรในการเลือกใช้ high level disinfectant?

มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อและเครื่องอบแก๊สอย่างไร? เคยพบว่า spore test ได้ผลบวกหรือไม่? จะดำเนินการอย่างไรหาก spore test ได้ผลบวก?

(6) การสอบสวนโรค ในรอบปีที่ผ่านมามีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือไม่? ถ้ามี มีการตรวจพบอย่างไร มีการควบคุมอย่างไร?

IC.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอะไรบ้าง?

มีการนำความรู้ทางวิชาการที่ได้รับการพิสูจน์แล้วมาปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้ออะไรบ้าง เช่น การเตรียมบริเวณผ่าตัด, การใช้ antibiotic prophylaxis, การลดการสวนปัสสาวะที่ไม่จำเป็น



วิเคราะห์ตนเอง

- ◆ ขอให้สรุปการประสานเชื่อมโยงระหว่างระบบงาน/ทีมงาน/หน่วยงาน ในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล?





องค์กรแพทย์¹⁸

MED.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

องค์กรแพทย์มีเป้าหมายร่วมอะไร

MED.2 การจัดองค์กรและการบริการ

MED.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

MED.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

MED.5 ธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติ

MED.6 การดูแลผู้ป่วย

มีการจัดองค์กรเพื่อให้บริการทางการแพทย์ตามลักษณะและปริมาณงานอย่างไร (การจัดแบ่งเป็นภาควิชา/กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก/หน่วย)

ขอให้สรุปแนวทางและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมในการปฏิบัติงานของแพทย์ในประเด็นต่อไปนี้

1. ข้อตกลงที่จำเป็นเพื่อความราบรื่นและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์
2. แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาจริยธรรมในการทำงานของแพทย์
3. แนวทางการอนุญาตให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยหรือทำหัตถการที่ซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงซึ่งแพทย์ผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะที่เพียงพอ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
4. แนวทางการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อหาโอกาส

¹⁸ ประเมินโดยคณะกรรมการองค์กรแพทย์หรือตัวแทนของคณะแพทย์ในชื่อเรียกอื่นๆ

พัฒนาและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ

5. แนวทางการทบทวนความเหมาะสมและประสิทธิภาพในการตรวจรักษา
6. แนวทางการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงทางการแพทย์
7. แนวทางการรักษาระหว่างแพทย์
8. แนวทางการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
9. แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ของแพทย์ ตลอดจนการจัดกิจกรรมวิชาการภายในกลุ่มแพทย์และร่วมกับวิชาชีพอื่น
10. บทบาทของแพทย์ต่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหา
11. บทบาทของแพทย์ต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
12. บทบาทของแพทย์ต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา
13. บทบาทของแพทย์ต่อความสมบูรณ์และมีคุณค่าของการบันทึกเวชระเบียน

โรงพยาบาลมีโครงสร้างองค์กรและการจัดการอย่างไรเพื่อดูแลให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้?

อะไรคือปัญหาของโรงพยาบาลที่สมาชิกขององค์กรแพทย์ให้ความสำคัญ? องค์กรแพทย์มีข้อเสนอแนะอย่างไรต่อปัญหาดังกล่าว? ข้อเสนอแนะดังกล่าวได้รับการตอบสนองอย่างไร?

ในรอบปีที่ผ่านมา องค์กรแพทย์ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง?

องค์กรแพทย์มีส่วนแบ่งเบาระของฝ่ายบริหารอย่างไร? มีความสับสนเรื่องบทบาทของแต่ละฝ่ายหรือไม่ อย่างไร?

โปรดยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมว่าองค์กรแพทย์มีส่วนช่วยให้การทำงานของวิชาชีพอื่นๆ ง่ายขึ้นอย่างไร?

MED.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีการกำหนดบทบาทในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย (patient care review) ระหว่างกลุ่มงาน/แผนก กับองค์กรแพทย์อย่างไร?

วิเคราะห์ตนเอง

- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม?





การบริหารการพยาบาล¹⁹

NUR.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

อะไรคือหน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการบริหารการพยาบาล?

NUR.2 การจัดองค์กรและการบริการ

มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการพยาบาลซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

โครงสร้างการบริหารการพยาบาลเป็นอย่างไร? มีการส่งเสริมให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วมอย่างไร?

กลุ่มงานฝ่ายการพยาบาลมีกลยุทธ์ในการดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ให้อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย ความรู้ อย่างไร? มีความเสี่ยงสำคัญอะไรในประเด็นดังกล่าวที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย?

มีแนวทางในการคัดเลือกผู้นำทีมการพยาบาล (หัวหน้าหน่วยบริการพยาบาล) อย่างไร? มีการประเมินความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ของผู้นำทีมการพยาบาลอย่างไร? มีการนำผลการประเมินไปดำเนินการอย่างไร?

กลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผลระหว่างพยาบาลคืออะไร? กลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผลระหว่างพยาบาลกับวิชาชีพหรือหน่วยงานอื่นคืออะไร? พยาบาลมีบทบาทอย่างไรในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการเวชระเบียน คณะกรรมการป้องกัน

¹⁹ ประเมินโดยกลุ่มงานฝ่ายการพยาบาล

และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการเกี่ยวกับคุณภาพและ
ความเสี่ยงของโรงพยาบาล

NUR.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมี
คุณภาพและประสิทธิภาพ

NUR.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่
บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

มีการประเมินความพอใจเพียงของกำลังคนด้านการพยาบาลในแต่ละ
หน่วยอย่างไร? ใช้เกณฑ์อะไร? ผลการประเมินเป็นอย่างไร? หน่วยงานที่มี
ปัญหาความไม่เพียงพอกำลังคนมากกว่าหน่วยอื่นๆ ได้แก่อะไรบ้าง? มีการ
จัดกำลังคนทดแทนอย่างไร? มีการถ่ายโอนหน้าที่ให้เจ้าหน้าที่ระดับรองลงไป
อย่างไร? มีการเตรียมความพร้อมของกำลังคนที่จะนำมาทดแทนอย่างไร? มีการ
กำกับดูแลคุณภาพการปฏิบัติงานของกำลังคนที่จะนำมาทดแทนอย่างไร?

มีวิธีการอย่างไรเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลปฏิบัติในสิ่งต่อ
ไปนี้?

1. ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
2. ให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/
ผู้ใช้บริการ และครอบครัว แต่ละราย
3. ให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมงานในการวางแผนการพยาบาลและแก้ไข
ปัญหาของผู้ป่วย
4. ปรับปรุงวิธีการหรือการบำบัดทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับ
ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
5. คาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้
บริการ และรายงานอาการได้ทันเวลา
6. แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

สมกับเหตุการณ์

7. ตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการได้เป็นอย่างดี มีเหตุมีผล
8. มีทักษะในการให้ความรู้และให้การปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการและครอบครัว
9. มีทักษะในการให้การพยาบาล สามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าในกรณีที่ต้องการให้การพยาบาลที่ซับซ้อน
10. ประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีเหตุผล

ใน 10 ข้อข้างต้นนั้น ข้อใดที่ทำได้ดีแล้ว ข้อใดเป็นจุดอ่อนที่ต้องพัฒนา? มีแผนการที่จะพัฒนาอย่างไร?

NUR.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ (คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน)

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบริการพยาบาลรวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

มีแนวทางในการจัดทำคู่มือทางการพยาบาลอย่างไร? มีความร่วมมือเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจัดทำคู่มือทางการพยาบาลอย่างไร?

NUR.6 ระบบงาน/การบริการการพยาบาล

มีการบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

กลุ่มงานฝ่ายการพยาบาล ใช้อะไรเป็นเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในภาพรวม? มีการส่งเสริมให้แต่ละหน่วยจัดทำเกณฑ์ชี้วัดที่เฉพาะสำหรับหน่วยงานของตนเองอย่างไร? มีการส่งเสริมให้แต่ละหน่วยนำข้อมูลนั้นไปใช้ประโยชน์อย่างไร?

กลุ่มงานฝ่ายการพยาบาล มีระบบการนิเทศ สอนงาน ติดตาม และ ประเมินผลการปฏิบัติงาน อย่างไร? อะไรคือประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นในการนิเทศและติดตามงาน?

กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพและเฝ้าระวังการปฏิบัติกรพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการพยาบาลอย่างไร? อะไรเป็นประเด็นสำคัญในการตรวจสอบคุณภาพ? อะไรเป็นปัญหาที่พบบ่อยระหว่างการเฝ้าระวัง?

NUR.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

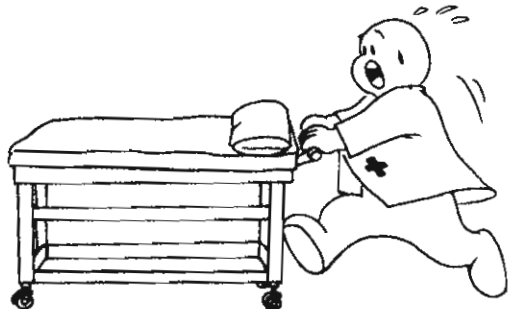
มีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มีกิจกรรมพัฒนาหรือการใช้แนวคิดใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงการบริหารการพยาบาลอย่างไรบ้าง?

วิเคราะห์ตนเอง



- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล?





สิทธิผู้ป่วย²⁰

ETH.1 ความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคนโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

(1) การสร้างความตระหนัก มีแนวทางอย่างไรให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้วยความเต็มใจโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยเรียกร้อง? มีการเตรียมความพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิอย่างไร เช่น การขอความเห็นจากแพทย์อื่น การขอดูแลระเบียบ การส่งต่อไปยังแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย? ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่สมควรค้นหาและให้การคุ้มครองในเชิงรุก ไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยมาเรียกร้องหรือร้องเรียน? มีแนวทางในการค้นพบผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอย่างไร?

(2) การรับรู้สิทธิโดยผู้ป่วย สิทธิสำคัญที่โรงพยาบาลพยายามให้ผู้ป่วยรับทราบได้แก่อะไรบ้าง? มีวิธีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบอย่างไร? มีแนวทางอย่างไรเพื่อปรับความคาดหวังของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความสามารถในการตอบสนองของโรงพยาบาล?

(3) การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับทราบคืออะไร? มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน? มีการประเมินการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? มีแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการอย่างไร?

(4) การยินยอมรับการรักษา มีแนวทางอย่างไรในการลงนามยินยอมรับการรักษาของผู้ป่วย? มีแนวทางอย่างไรเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลที่จำเป็นก่อนการลงนามยินยอม? มีระบบบันทึกข้อมูลอย่างไร

²⁰ ประเมินโดยตัวแทนของทีมนำทางคลินิกหรือทีมงานที่ได้รับมอบหมาย

เพื่อสื่อสารให้ทีมงานทราบและเพื่อเป็นหลักฐานเมื่อมีปัญหา?

(5) ผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิตเวช มีแนวทางอย่างไรเมื่อต้องมีผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ตัดสินใจนั้นมีอำนาจที่จะเป็นตัวแทนได้?

(6) การดูแลอย่างเท่าเทียม มีแนวทางอย่างไรเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลที่จำเป็นในลักษณะเดียวกัน?

ETH.2 การดูแลผู้ป่วยก็มีความต้องการเฉพาะ:

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

(1) เด็ก

มีการจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็กอย่างไร? มีการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กอย่างไร?

หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็กอะไรบ้าง? เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็กอย่างไร? ปัญหาการใช้ยาในเด็กคืออะไร? มีแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าวอย่างไร?

เด็กที่ป่วยหนัก มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติเฝ้าดูแล จะได้รับการดูแลอย่างไร?

พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับโอกาสให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาลอย่างไร?

(2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว

มีการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างไร? นำผลการประเมินดังกล่าวไปตอบสนองอย่างไร? ปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยกลุ่มนี้คืออะไร? มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร? มีการช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไร?

(3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุนเงิน

มีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่ได้รับการแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุนเงินนั้น มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่สมควร ไม่ก่อให้เกิดความ ไม่สุขสบายหรืออันตรายแก่ผู้ป่วย?

วิเคราะห์ตนเอง

- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องสิทธิผู้ป่วย?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องสิทธิผู้ป่วย?





จริยธรรมองค์การ²¹

ETH.3 จริยธรรมองค์การ

มีนโยบายและวิธปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย
ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

(1) การยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย อะไรคือข้อบ่งชี้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ? มีแนวทางอย่างไรในการที่แพทย์จะใช้คำสั่ง Do-Not-Resuscitate? ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ให้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ จะมีข้อบ่งชี้ในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างไร? แพทย์ พยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วย จะมีบทบาทในการตัดสินใจเรื่องเหล่านี้ได้อย่างไร? ผู้ป่วย จะมีบทบาทในการตัดสินใจให้แพทย์ใช้คำสั่ง Do-Not-Resuscitate หรือ การกำหนดพินัยกรรมชีวิต (advanced directives) อย่างไร? มีแนวทางในการแก้ปัญหาความขัดแย้งในการตัดสินใจอย่างไร? มีแนวทางในการเขียนคำสั่งและบันทึกในเวชระเบียนอย่างไร?

ผู้ป่วยกลุ่มใดที่โรงพยาบาลให้การรักษาเพื่อชะลอความตายบ่อยๆ? มีแนวทางในการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตายอย่างไร? แพทย์ พยาบาล และครอบครัวของผู้ป่วย จะมีบทบาทในการตัดสินใจเรื่องเหล่านี้ได้อย่างไร? มีแนวทางในการแก้ปัญหาความขัดแย้งในการตัดสินใจอย่างไร? มีแนวทางในการเขียนคำสั่งและบันทึกในเวชระเบียนอย่างไร?

(2) จริยธรรมในเรื่องค่าบริการ มีแนวทางอย่างไรในการกำหนดค่าบริการอย่างเป็นธรรมและมีจริยธรรม? มีแนวทางอย่างไรให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะมีการเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้ เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการเท่านั้น?

(3) จริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลมีนโยบายในด้าน

²¹ ประเมินโดยตัวแทนของทีมนำทางคลินิกหรือทีมงานที่ได้รับมอบหมาย

การประชาสัมพันธ์อย่างไร? การประชาสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมายหรือจรรยาบรรณวิชาชีพมีอะไรบ้าง? โรงพยาบาลมีแนวทางในการป้องกันปัญหาดังกล่าวอย่างไร?

(4) **จริยธรรมในการรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย** ผู้ป่วยกลุ่มใดที่มีโอกาสเกิดปัญหาด้านจริยธรรมในการรับไว้รักษา เช่น รับไว้นอนโรงพยาบาลโดยไม่มีข้อบ่งชี้? ผู้ป่วยกลุ่มใดที่มีโอกาสเกิดปัญหาด้านจริยธรรมในการส่งต่อผู้ป่วย เช่น ส่งต่อโดยไม่ให้การดูแลเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ส่งต่อด้วยมีผลประโยชน์? ผู้ป่วยกลุ่มใดที่มีโอกาสในการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น จำหน่ายในขณะที่สภาวะของผู้ป่วยยังไม่ดีพอ หรือไม่จำหน่ายในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีปัญหาแล้ว? โรงพยาบาลมีแนวทางในการป้องกันปัญหาดังกล่าวอย่างไร? มาตรการต่างๆ ที่วางไว้ได้ผลดีเพียงใด?

(5) **จริยธรรมในการจัดหาวิยะและเนื้อเยื่อทดแทน** โรงพยาบาลมีการจัดหาวิยะและเนื้อเยื่อทดแทนหรือไม่? ถ้ามี มีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคอย่างไร? มีแนวทางในการแจ้งให้ผู้บริจาค และ/หรือ ครอบครัวตัดสินใจอย่างไร? มีหลักประกันอย่างไรว่าการบริจาค่นั้นเป็นไปด้วยความสมัครใจ?

(6) **กลไกช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม** ปัญหาจริยธรรมที่เจ้าหน้าที่มีโอกาสประสบมีอะไรบ้าง? โรงพยาบาลมีแนวทางในการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่เหล่านั้นอย่างไร?

วิเคราะห์ตนเอง



- ◆ อะไรคือจุดเด่นหรือความภาคภูมิใจในเรื่องจริยธรรมองค์กร?
- ◆ อะไรคือสิ่งท้าทายในเรื่องจริยธรรมองค์กร?

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ) ชุดนี้ออกแบบสำหรับโรงพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน เพื่อใช้บันทึกความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพในลักษณะของแฟ้มสะสมงาน และเพื่อใช้สื่อสารกับสถาบันฯ และผู้แทนของสถาบันฯ ในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล เนื้อหาและความมุ่งหมายของคู่มือนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ข้อ ข. ค. ง. แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการตั้งคำถามเป็นหมวดหมู่ให้ทีมงานได้บอกเล่าในสิ่งที่ทำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทีมงานจะได้ประโยชน์มากจากการใช้คำถามเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นในการรวบรวมแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็น อีกทั้งทบทวนความสมบูรณ์ของการพัฒนาที่ผ่านมา เป็นโอกาสที่จะเรียบเรียงข้อมูลที่ต้องการสื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจทราบอย่างเป็นระบบ

แบบประเมินชุดนี้มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล ส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก และ ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน

สำหรับส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาลนั้นต้องการมองในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของทีมนำ การติดตามประเมินผล การประสานงานในระดับต่าง ๆ

หลังชุด ๑๐๐ ปี สม พึ่งพวงแก้ว



00002039

ISBN 974-294-414-8



9 789742 944148

ราคา 55 บาท