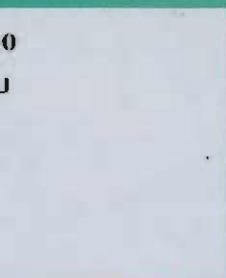


แบบประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน HA

บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ)

ส่วนที่ II ข้อมูลระดับที่มำนำทางคลินิก



เลขหมู่.....
เลขทะเบียน ๐๐๐๐๒๐๔๓.....
.....

แบบประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน HA

(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมชมสำรวจ)

ส่วนที่ II ข้อมูลระดับที่มำทางคลินิก

WX 150 ศ181๒ 2545



BK0000002359

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บัน...

สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA
(บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ)
ส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก
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 II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก.--นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545.

32 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การประเมิน. I. ชื่อเรื่อง.

362.110684

ISBN 974-294-412-1

ออกแบบ, ภาพประกอบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซร์ จำกัด



คำนำ

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 เพื่อใช้บันทึกความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพในลักษณะของแฟ้มสะสมงาน รวมทั้งเพื่อใช้สื่อสารกับสถาบันฯ และผู้แทนของสถาบันฯ ในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล เนื้อหาและความมุ่งหมายของคู่มือนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (พ.ศ. 2542) ข้อ ข. ค. ง. แต่ทำให้ง่ายขึ้นด้วยการตั้งคำถามเป็นหมวดหมู่ให้ทีมงานได้บอกเล่าในสิ่งที่ทำและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทีมงานจะได้ประโยชน์มากจากการใช้คำถามเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นในการรวบรวมแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็น อีกทั้งทบทวนความสมบูรณ์ของการพัฒนาที่ผ่านมา เป็นโอกาสที่จะเรียบเรียงข้อมูลที่ต้องการสื่อให้ผู้เยี่ยมสำรวจทราบอย่างเป็นระบบ

(4) แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก

แบบประเมินชุดนี้มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ I ข้อมูลระดับโรงพยาบาล ส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิก และ ส่วนที่ III ข้อมูลระดับหน่วยงาน สำหรับส่วนที่ II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิกนั้นต้องการมองในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขา ว่าสามารถสะท้อนแนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีมสหสาขาได้ดีเพียงใด ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลส่วนนี้คือทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team) แต่ละสาขา ข้อมูลที่นำเสนอในระดับนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทีมนำทางคลินิกแต่ละทีมจะมีลักษณะงานคล้ายคลึงกันมาก จึงควรลดความซ้ำซ้อนในการนำเสนอข้อมูลของแต่ละหน่วยงานด้วยการนำเสนอข้อมูลเฉพาะในส่วนที่แตกต่างไปจากข้อมูลรวมเท่านั้น

ทีมนำทางคลินิกหมายถึงทีมในระดับสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยสาขาที่ประเมิน ประกอบด้วยตัวแทนของวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บางโรงพยาบาลอาจจะเรียกว่า Patient Care Team หรือชื่ออื่นๆ ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ควรแยกทีมตามสาขาผู้ป่วยหลักๆ ในโรงพยาบาลขนาดเล็กให้พิจารณาตามความเหมาะสม

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

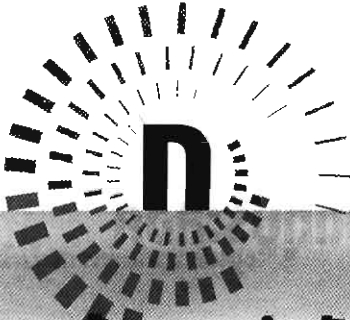
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม 2545



สารบัญ

ก. สรุปข้อมูลสำคัญของการดูแลผู้ป่วย (Profile of Patient Service Program)	1
1. หน้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์	2
2. กระบวนการทำงานและโอกาสพัฒนา	4
3. กิจกรรมการทบทวนทางคลินิก	6
4. การบรรลุเป้าหมายและการพัฒนาต่อเนื่อง	7
ข. รายละเอียดของการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA	9
บทที่ 1 การนำ	10
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ	12
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	13
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	14
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ	16
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	17
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป	18
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ	19
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	20
บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย	21
บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร	22
บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย	23
บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว	24
บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา	26
บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย	28
บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	30
บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	32



สรุปข้อมูลสำคัญของการดูแลผู้ป่วย (Profile of Patient Service Program)¹

1. ท้าที่ เป้าหมาย วัตถุประสงค์
2. กระบวนการทำงานและโอกาสพัฒนา
3. กิจกรรมการทบทวนทางคลินิก
4. การบรรลุเป้าหมายและการพัฒนาต่อเนื่อง

¹ ข้อมูลนี้เทียบเท่ากับข้อมูลในแบบประเมินตนเองระดับหน่วยงาน (เดิม) โดยเป็นการมองภาพรวมทั้งหมด หากหน่วยงานใดที่มีลักษณะงานเฉพาะ ควรจัดข้อมูลสำคัญนี้เฉพาะของหน่วยงานเพิ่มเติมในภาคผนวก



หน้าทึ เป้าหมาย วัตถุประสงค์

ชื่อสาขาการดูแลผู้ป่วย²

เจตจำนง/ความมุ่งหมาย³

ขอบเขตบริการ⁴

ความต้องการของผู้รับบริการ⁵

ความต้องการของผู้ร่วมงานในโรงพยาบาล⁶

เป้าหมาย (goal)⁷

เครื่องชี้วัดในภาพรวม⁸

-
- ² ให้ระบุชื่อสาขาของผู้ป่วยหรือชื่อทีม และระบุรายชื่อสมาชิกของทีมและหน่วยงานวิชาชีพ ในภาคผนวก
- ³ ความมุ่งหมายหรือเหตุผลของการจัดบริการในสาขานี้ เช่น "ให้บริการผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมอย่างมีคุณภาพ"
- ⁴ บริการนี้จัดขึ้นเพื่อให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายใด มีระดับความสามารถมากน้อยเพียงใด
- ⁵ ระบุความต้องการที่สำคัญของ external customer
- ⁶ ระบุความต้องการที่สำคัญของ internal customer โดยแยกแยะตามหน่วยงานหากความต้องการนั้นมีความเฉพาะเจาะจง
- ⁷ ผลลัพธ์ของบริการซึ่งระบุกว้างๆ โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญของคุณภาพทั้งหมด เช่น "ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย", "องค์กรรวม รวดเร็ว ปลอดภัย ประหยัด พึงพอใจ"
- ⁸ ให้ระบุเครื่องชี้วัดในภาพรวมของทีมซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายอย่างครบถ้วน ให้นำเสนอตัวเลขเครื่องชี้วัดในรูปของ control chart ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาเป็นภาคผนวก (ถ้าเป็นไปได้)

เครื่องชี้วัดทางคลินิกเฉพาะโรค⁹

จุดเน้นในการพัฒนา/เชื่อมโยง¹⁰

วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการ¹¹

วัตถุประสงค์/กลยุทธ์	เครื่องชี้วัด ¹²	เป้า (target)	ระดับที่ปฏิบัติได้

⁹ ให้ระบุเครื่องชี้วัดในกลุ่มโรคหรือเหตุการณ์ที่มีความสำคัญจำนวนหนึ่ง นำเสนอตัวเลขในภาคผนวก

¹⁰ องค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาที่โรงพยาบาลและทีมงานกำลังให้ความสำคัญอยู่ในปัจจุบัน (ตรงกับคำว่าเชื่อมโยงหรือ Hoshin)

¹¹ ให้ระบุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาในปัจจุบัน ซึ่งควรเป็นสิ่งที่วัดได้ เป็นไปได้ และมีเงื่อนไขชัดเจน

¹² ระบุข้อมูลที่ใช้วัดการบรรลุวัตถุประสงค์หรือกลยุทธ์



กระบวนการทำงานและโอกาสพัฒนา

2.1 กระบวนการของหน่วยงาน (Top-Down Flow Chart)

รูปที่ ๒



2.2 วิเคราะห์โอกาสพัฒนา

กระบวนการ ¹³	จุดมุ่งหมาย/คุณค่า/เป้าหมาย ¹⁴	ความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนา ¹⁵
การเตรียมความพร้อม		
การรับข้อมูล		
การประเมินวินิจฉัย		
การวางแผนดูแลรักษา		
การดูแลรักษา		
การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ		
การประเมินซ้ำ		
การบันทึกข้อมูล		
การเตรียมจำหน่าย		

2.3 แนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน/หลีกเลี่ยง

¹³ ทีมงานสามารถเพิ่มเติมกระบวนการที่เห็นว่าสำคัญเข้าไปในตารางได้

¹⁴ ให้ระบุจุดมุ่งหมายของกระบวนการ โดยตอบคำถามว่า “ทำไปทำไม” หรือ “จะเกิดประโยชน์อะไร” มิใช่ตอบว่า “ทำอย่างไร” หรือ “ทำมากเท่าไร”

¹⁵ ให้ระบุความเสี่ยง/ปัญหา/โอกาสพัฒนาที่ได้เคยวิเคราะห์ไว้ให้มากที่สุด



กิจกรรมการทบทวนทางคลินิก

การทบทวน	วิธีการทบทวน/ผู้เข้าร่วม/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
การเสียชีวิต	
การติดเชื้อ	
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	
คำร้องเรียน	
อุบัติการณ์สำคัญอื่นๆ	
การใช้ยา ¹⁶	
การใช้เลือด ¹⁷	
การใช้ทรัพยากร ¹⁸	
เวชระเบียน ¹⁹	
การปฏิบัติตาม evidence ²⁰	
การส่งต่อผู้ป่วย	

¹⁶ หมายถึง Drug Use Evaluation เป็นการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาว่าเป็นไปตามข้อบ่งชี้ และเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

¹⁷ หมายถึงการทบทวนความเหมาะสมในการใช้เลือดและองค์ประกอบของเลือด ตามแนวทางที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติกำหนดไว้

¹⁸ หมายถึงความเหมาะสมในการใช้เตียง การใช้ห้องผ่าตัด การตรวจรักษา

¹⁹ หมายถึงการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

²⁰ หมายถึงการทบทวนการดูแลผู้ป่วยแบบอิงเกณฑ์ซึ่งมี explicit criteria ชัดเจน



การบรรลุเป้าหมาย และการพัฒนาต่อเนื่อง

4.1 ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจของหน่วยงานที่สามารถเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างให้ผู้อื่น²¹

-
-
-
-

4.2 สรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไปแล้ว การปรับเปลี่ยนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น²²

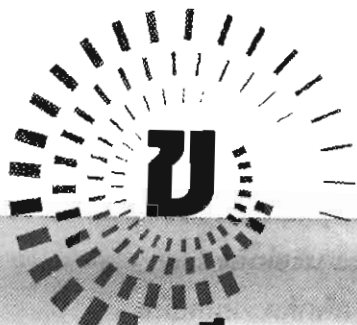
-
-
-
-

4.3 การพัฒนาระบบงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งกำลังดำเนินการ หรือนี้แผนจะดำเนินการต่อไป

-
-
-
-

²¹ ให้ระบุบริการหรือผลงานที่เป็นความภาคภูมิใจซึ่งยังคงมีการให้บริการหรือปฏิบัติอยู่โดยบรรยายสรุปแนวคิด กิจกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

²² ส่วนที่เพิ่มจากข้อ 4.1 ขอให้บรรยายสรุปการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น และข้อมูลแสดงการบรรลุเป้าหมายในเรื่องนั้น



รายละเอียดของ

การปฏิบัติตามมาตรฐาน HA²³

บทที่ 1	การนำ
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 13	สิทธิผู้ป่วย
บทที่ 14	จริยธรรมองค์กร
บทที่ 15	การกำจัดของเสียในการดูแลผู้ป่วย
บทที่ 16	การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
บทที่ 17	การประเมินและวางแผนดูแลรักษา
บทที่ 18	กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย
บทที่ 19	การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
บทที่ 20	การเตรียมจ่ายยาและการดูแลต่อเนื่อง

²³ การประเมินส่วนนี้เทียบเท่ากับการประเมินตอนที่หนึ่ง (เดิม) ขอให้ทีมตอบอย่างกระชับแต่ครอบคลุม คำถามและกิจกรรมที่ทีมได้ทำอย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะกิจกรรมเหล่านั้นจะทำภายใต้ชื่อหรือโครงการใดก็ตาม



การนำ

GEN.2 การจัดองค์กรและการบริการ

มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ขอให้อธิบายกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน ระหว่างหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในสาขานี้เป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร/ประสานงานที่ได้ผลดีคืออะไร?

ข้อกำหนด (Term of Reference) เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ วัตถุประสงค์ และระบบรายงานของการจัดตั้งทีมนำทางคลินิกคืออะไร? ทีมมีแผนปฏิบัติงานอย่างไร? ผลงาน/มติสำคัญของทีมนำทางคลินิกในรอบปีที่ผ่านมาคืออะไรบ้าง?

มีวิธีการในการตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างไร? มีระบบในการส่งต่อปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการอย่างไร? ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาและการแก้ไขที่ทีมเห็นว่าการแก้ปัญหาร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

LED.1 วัฒนธรรมขององค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

ขอให้ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการพัฒนาระบบงานซึ่งมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า อะไรคือความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้าที่อยู่ในแผนว่าจะตอบสนองให้ดีขึ้น? อะไรคือตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาและการตอบสนองความต้องการดังกล่าวเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติประจำในชีวิตประจำวัน?

LED.4 บทบาทของผู้บำไในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ขอให้อธิบายว่าหัวหน้าหน่วยงานและสมาชิกของทีมนำทางคลินิกชั้นนำสนับสนุน ผลักดัน ให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในสาขานี้อย่างไร? มีการประสานเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆอย่างไร? ผลการประเมินและติดตามความก้าวหน้าเป็นอย่างไร? มีปัญหาอุปสรรคอะไรเกิดขึ้น และทีมนำทางคลินิกได้ช่วยขจัดอุปสรรคดังกล่าวอย่างไร?

บทที่ 2 กศทวงนโยบาย

ข้อมูลอยู่ใน ก. สรุปข้อมูลสำคัญของการดูแลผู้ป่วย (Profile of Patient Service Program) แล้ว



บทที่
3

การบริหารทรัพยากร และประสานบริการ

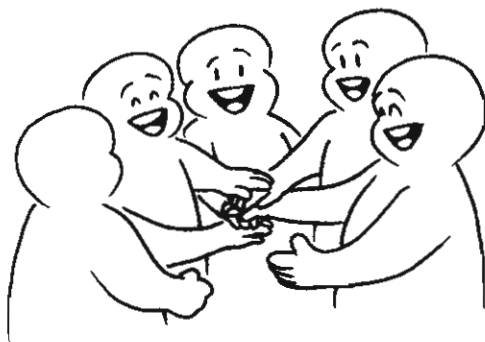
LED.3 การประสานบริการ

มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย

อะไรคือปัญหาและความจำเป็นของผู้รับบริการในสาขานี้? ได้มีการนำข้อมูลการรับบริการ และข้อมูลปัญหา/บริการที่จำเป็นสำหรับกลุ่มเป้าหมาย มาใช้ในการวางแผนปรับปรุง/ขยาย/ลดบริการอย่างไร?

ขอให้ยกตัวอย่างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา และการให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงาน

มีความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เพื่อทำกิจกรรมในหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานอย่างไร?



บทที่ 4

การบริหารและพัฒนา ทรัพยากรบุคคล

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ขอให้อธิบายวิธีการจัดเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีความเสี่ยงในเรื่องความพอเพียงอย่างไร? มีมาตรการอย่างไรในกรณีกำลังคนไม่เพียงพอ? มีการตรวจสอบ/ควบคุม/กำกับดูแลเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ หรือนักเรียนฝึกงาน หรือผู้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลอย่างไร?

ขอให้อธิบายเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และวิธีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาตนเอง

HUM.3/GEN.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ

ขอให้ระบุการเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางวิชาการ ที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้จัดให้แก่เจ้าหน้าที่ในรอบปีที่ผ่านมา อะไรคือที่มาของการกำหนดเนื้อหาดังกล่าว? มีการนำข้อมูลจากการติดตามเครื่องชี้วัด การพัฒนาคุณภาพ และการนิเทศงานมาใช้ในการกำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรมอย่างไร? อะไรคือปัญหาคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ซึ่งพบได้บ่อยๆ?

มีการประเมินผลการพัฒนาทรัพยากรบุคคลหรือไม่? ผลเป็นอย่างไร?



การบริหารสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ

ได้มีการปรับปรุงในส่วน of โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมอะไรบ้างในรอบปีที่ผ่านมา? มีแผนที่จะปรับปรุงอะไรอีก?

ENV.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มีการแยกขยะประเภทต่างๆ อย่างถูกต้อง? ขยะอันตรายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในสาขานี้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการจัดการกับขยะเหล่านี้ได้อย่างไร?

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยหรือไม่? อะไรคือภาวะเสี่ยงหรือจุดที่มีความเสี่ยงที่พบเห็น? ได้มีการแก้ไขป้องกันอย่างไร?

มีการประเมินความเหมาะสมและความเพียงพอของเครื่องมือดับเพลิงในแต่ละพื้นที่หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? มีการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างไร?

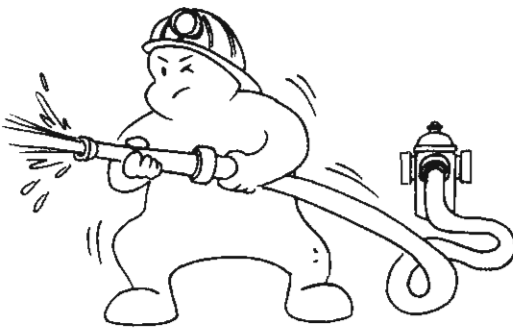
มีการฝึกซ้อมวิปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยภายในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสาขานี้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร? มีเจ้าหน้าที่เข้าร่วมฝึกซ้อมจำนวนเท่าไร? ปัญหาที่พบระหว่างการฝึกซ้อมมีอะไรบ้าง? มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไร?

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

อะไรคือความเสี่ยงทางกายภาพที่สำคัญในหน่วยดูแลผู้ป่วยสาขานี้? ได้มีการสำรวจภาวะเสี่ยงต่ออันตรายครั้งสุดท้ายเมื่อไร? ผลการสำรวจเป็นอย่างไร? ในรอบปีที่ผ่านมา มีอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้อง ที่สำคัญอะไรเกิดขึ้นบ้าง? ได้มีการแก้ไขอย่างไร?

อะไรคือความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยของเจ้าหน้าที่ในหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยสาขานี้? ได้มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันอย่างไร? มีสถิติการเจ็บป่วยจากการทำงานเกิดขึ้นเท่าไร?





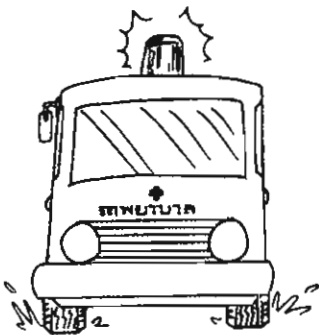
เครื่องมือและการจัดการ เกี่ยวกับเครื่องมือ

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่มีความสำคัญต่อคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสาขานี้ได้แก่อะไรบ้าง? มีการจัดการให้มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอสำหรับใช้งานอย่างไร?

อะไรคือปัญหาข้อขัดข้องเกี่ยวกับเครื่องมือที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมา? ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซมหรือแก้ไขความชำรุดของเครื่องมือในรอบปีที่ผ่านมา มีมูลค่าเท่าไร? ขอให้อธิบายวิธีการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (การตรวจสอบและเปลี่ยนชิ้นส่วนตามกำหนดเวลาก่อนที่จะมีการชำรุดเสียหาย) ที่มีทำอยู่





ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

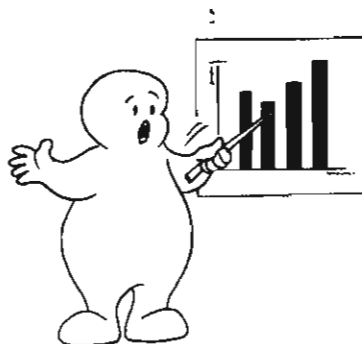
มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

กลุ่มโรคและเหตุการณ์ที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกในสาขานี้คืออะไร? อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่? มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร?

กลุ่มโรคและเหตุการณ์ที่มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรกในสาขานี้คืออะไร? อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่? มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร?

นอกเหนือจากข้อมูลข้างต้นแล้ว อะไรคือข้อมูลและสารสนเทศที่ทีมต้องการจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในสาขานี้? ทีมได้นำข้อมูลและสารสนเทศดังกล่าวมาใช้ประโยชน์อย่างไร?

ได้มีการนำระบบสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริการผู้ป่วยอย่างไร?





กระบวนการคุณภาพทั่วไป

GEN.9 มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ในรอบปีที่ผ่านมา มีการทำกิจกรรมคุณภาพร่วมกับหน่วยงานอื่นอะไรบ้าง? กิจกรรมเหล่านั้นส่งผลต่อการปรับปรุงระบบการทำงานให้ดีขึ้นอย่างไร และผู้รับผลงานได้รับประโยชน์อะไร?

ขอให้ระบุการพัฒนาคุณภาพซึ่งมีวิชาชีพอื่นนอกเหนือจากแพทย์และพยาบาลเข้าร่วม มีเรื่องอะไร? วิชาชีพใดเข้าร่วม? ผลลัพธ์เป็นอย่างไร?

ในรอบปีที่ผ่านมา ได้มีการตอบสนองข้อเสนอแนะหรือคำร้องเรียนของผู้รับผลงานที่สำคัญอะไรบ้าง? มีแผนที่จะดำเนินการต่อไปอย่างไร?

แนวทางปฏิบัติงานที่เป็นปัญหาไม่สามารถปฏิบัติตามที่กำหนดไว้ได้ครบถ้วนได้แก่เรื่องอะไร? มีแผนการที่จะดำเนินการต่อไปอย่างไร?

มีการนำเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (key performance indicator) มาใช้ประโยชน์อย่างไร? มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและการเปลี่ยนแปลงอะไรที่เป็นผลจากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว?

ทีมงานสามารถนำปัญหา/โอกาสพัฒนาที่วิเคราะห์ไว้มาปรับปรุงแก้ไขได้มากเพียงใด? มีแผนที่จะดำเนินการอย่างไรกับปัญหา/โอกาสพัฒนาที่ยังเหลืออยู่?

ขอให้ยกตัวอย่างการใช้ข้อมูล การใช้ความคิดสร้างสรรค์ ในการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาคุณภาพของทีมงานที่ได้ทำไป?

ในรอบปีที่ผ่านมา ได้มีการปรับปรุงระบบงานอะไรบ้างที่เป็นผลมาจากการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือจากระบบรายงานอุบัติการณ์? ความเสี่ยงอะไรที่ยังเป็นเรื่องท้าทายในการหามาตรการป้องกันให้ดีขึ้น? หน่วยงานมีส่วนในการรวบรวมและประมวลผลข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างไร?



กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

GEN.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาเป็นเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

ขอให้อธิบายว่ามีวิธีการในการนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพอย่างไร? อะไรคือการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมา?

ในรอบปีที่ผ่านมา มีการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติกับองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปในเรื่องใดบ้าง? ผลการวิเคราะห์ให้นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงอะไร?

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่จัดทำไว้มีเรื่องอะไรบ้าง? มีการนำไปปฏิบัติเพียงใด? ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อะไรจากการมีแนวทางดังกล่าว? (เช่น ลดเวลานอน รพ. ได้เท่าไร ลดค่าใช้จ่ายได้เท่าไร โดยประมาณ)

โรคหรือเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยคืออะไร? ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคืออะไร? ความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญได้แก่อะไร? การ investigate และยาที่อยู่ในข่ายการเฝ้าระวังความเหมาะสมของการสั่งใช้ มีอะไรบ้าง?

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ทำเป็นประจำคืออะไร? การทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาทำให้เห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง? และได้ดำเนินการปรับปรุงไปแล้วอย่างไร?



การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection - NI) อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

มีการเฝ้าระวัง NI อย่างไร? อะไรคือ NI ที่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยสาขานี้? สถิติ NI ของผู้ป่วยสาขานี้เป็นอย่างไร? ข้อมูลที่รวบรวมได้มีความน่าเชื่อถือเพียงใด? จุดที่เป็นปัญหาและควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษอยู่ที่ไหน? ในรอบปีที่ผ่านมามีการระบาดของ NI หรือไม่? มีการปรับปรุงระบบงานหรือทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อลดปัญหา NI อย่างไร?

โปรดอธิบายวิธีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามหลัก Universal Precaution/Isolation Precaution อย่างถูกต้องเทคนิค โรงพยาบาลมีข้อจำกัดอะไรบ้าง? มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร?

มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เกี่ยวกับเรื่อง hand hygiene และการป้องกัน sharp injury อย่างไร? ผลเป็นอย่างไร?

บทที่ 11 องค์การแพทย์

บทที่ 12 การบริการการพยาบาล

ข้อมูลอยู่ใน แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ส่วนที่ I ข้อมูลระดับ
โรงพยาบาล

บทที่
13

สิทธิผู้ป่วย

ETH.1 ความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคนโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

อะไรคือปัญหาสิทธิผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้ยาก หรือถูกละเลย หรือมี คำร้องเรียนบ่อยๆ? ทางทีมมีแนวทางในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ตระหนักใน ปัญหาดังกล่าวอย่างไร? ผู้ป่วยประเภทใดบ้างในสาขานี้ ที่มีความเสี่ยงต่อ การถูกร้องเรียนว่ามีการเลือกปฏิบัติ

ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย (เช่น มีอุปสรรคด้านภาษา การรับรู้) โรงพยาบาลมีแนวทางในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างไร?

มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น เด็ก ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ อย่างไร?





จริยธรรมองค์กร

ETH.3 จริยธรรมองค์กร

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย
ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

มีแนวทางในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างไร? มีแนวทางในการยุติ
การรักษาเพื่อชะลอความตายอย่างไร? มีแนวทางในการแก้ปัญหาความขัด
แย้งในการตัดสินใจในเรื่องเหล่านี้หรือไม่?

มีแนวทางอย่างไรที่จะป้องกันคำร้องเรียนเรื่องคำรักษาพยาบาลแพง
หรือการตรวจรักษาที่ไม่จำเป็น หรือการรับไว้นอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น?

ผู้ป่วยประเภทใดที่จะต้องมีการส่งต่อไปรักษายังสถานพยาบาลอื่น? มี
แนวทางอย่างไรเพื่อเป็นหลักประกันว่าการส่งต่อนั้นมีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม? มี
แนวทางอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยที่ส่งต่อนั้นได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและ
ปลอดภัย ทั้งในช่วงก่อนการส่งต่อ และระหว่างการส่งต่อ?





การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

GEN.8.1 มีการทำงานร่วมกับเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

(1) **การประเมินผู้ป่วย** มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันหรือการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในกรณีใดบ้าง?

(2) **การวางแผนดูแลรักษา** โปรดระบุตัวอย่างโรคหรือสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องมีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและแนวทางการวางแผนดังกล่าว

(3) **การปรึกษา** ภาวะที่จะต้องมีการขอคำปรึกษาจากแพทย์สาขาอื่นบ่อยๆ คืออะไร? ภาวะที่แพทย์สาขาอื่นต้องปรึกษาแพทย์สาขานี้บ่อยๆ คืออะไร? มีแนวทางอย่างไรเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยที่ควรขอปรึกษาจะได้รับบริการขอปรึกษา และมีการมาดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม?

(4) **การให้ข้อมูล** มีการกำหนดบทบาทเพื่อให้เกิดความร่วมมือและช่วยเหลือกันในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว อย่างไร?

(5) **การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา** ขั้นตอนหรือกระบวนการใดในการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพสูงเป็นพิเศษ? มีแนวทางการสื่อสารและทำงานร่วมกันอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ?

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานที่เกิดขึ้นเป็นประจำคือการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานใด? มีการประสานงานกันอย่างไรเพื่อให้เกิดความราบรื่น?

มีการสื่อสารปัญหาในการทำงาน ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย หรือข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงวิธีการทำงานจากวิชาชีพหนึ่งไปยังวิชาชีพอื่นอย่างไร? ขอให้ยกตัวอย่างเรื่องที่มีการสื่อสารและการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(6) **การทบทวนตนเอง** อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อน ของการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป?



การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

GEN.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

GEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ

(1) การจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่เร่งด่วนได้ทันเหตุการณ์ ผู้ป่วยนอกที่อยู่ในข่ายได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน มีอะไรบ้าง? ผู้ป่วยในที่อยู่ในข่ายต้องจัดอยู่ในตำแหน่งที่ดูแลได้อย่างใกล้ชิด มีอะไรบ้าง? มีความพยายามในการปรับปรุงอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ให้มากที่สุด?

(2) การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้ข้อมูลทั่วไปที่จุดใดบ้าง โดยใคร เพื่อจุดประสงค์อะไร? มีการจัดทำสื่อที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำความเข้าใจแก่ผู้รับข้อมูลอย่างไร? ผู้รับข้อมูลกลุ่มใดบ้างที่มีปัญหาในการรับรู้ข้อมูล? มีการปรับเนื้อหาและวิธีการให้ข้อมูลอย่างไรสำหรับกลุ่มผู้รับข้อมูลที่มีปัญหาดังกล่าว?

(3) การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว ข้อมูลที่ผู้ให้บริการอยากได้แต่มีไม่ได้ มีอะไรบ้าง? ข้อมูลที่ผู้รับบริการอยากบอกแต่มีไม่มีโอกาสบอก มีอะไรบ้าง? มีแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาก็ได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์อย่างไร? มีการจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการขอข้อมูลจากผู้ป่วยอย่างไร?

(4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โปรดอธิบายแนวทางการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วย/ญาติ แนวทางการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยโรคของตน และแนวทางที่ครอบครัวจะได้รับข้อมูลจากแพทย์โดยตรง

โปรดอธิบายแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆ มีส่วนในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างไร?

โปรดอธิบายแนวทางการอธิบายการพยากรณ์โรคสำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรือไม่มีทางเลือก และผู้รับผิดชอบ มีข้อมูลประเภทใดอีกที่อาจจะเป็นปัญหาในการแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ? และมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร?

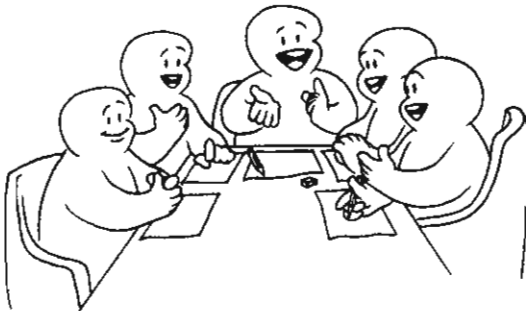
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ทีมงานให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม?

ได้มีการประเมินผลการให้ข้อมูลเหล่านี้หรือไม่? ผลเป็นอย่างไร?

(5) การลงนามยินยอมรับการรักษา โปรดอธิบายแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนลงนามยินยอมรับการรักษา และแนวทางการบันทึกข้อมูลที่ได้ให้แก่ผู้ป่วยในใบยินยอมรับการรักษา ได้มีการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? แนวทางการบันทึกข้อมูลที่ได้แก่ผู้ป่วย

(6) การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification) โปรดอธิบายแนวทางในการป้องกันการตรวจรักษาผู้ป่วยผิดคน

(7) การทบทวนตนเอง อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อน ในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป?





การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

GEN.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วยมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์เพียงใด? ขอให้ยกตัวอย่างว่าผู้ป่วยโรคใดหรือประเภทใดที่การประเมินทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมมีความสำคัญสูง ทีมงานมีวิธีการในการค้นหาผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าวอย่างไร?

(2) การส่งตรวจ investigate การส่งตรวจที่มักจะมีปัญหาในการเตรียมตัวผู้ป่วยและการเก็บสิ่งส่งตรวจได้แก่อะไรบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันอย่างไร? ข้อมูล feed back จากห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับคุณภาพ ความถูกต้อง ของสิ่งส่งตรวจและข้อมูลประกอบการส่งตรวจเป็นอย่างไร?

ความน่าเชื่อถือของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นอย่างไร? มีความร่วมมือในการอธิบายความผิดปกติของผลการตรวจจากทางห้องปฏิบัติการอย่างไร?

ผลการตรวจ investigate ได้รับการเก็บไว้ในเวชระเบียนอย่างไร? มีมาตรการในการป้องกันการสูญหายอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายหรือจำหน่าย? ในกรณีใดบ้างที่ผู้ป่วยจะได้รับทราบผลการตรวจ investigate ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ต้องอธิบายการแปลผลให้ทราบเป็นพิเศษ?

(3) การวินิจฉัย มีการประสานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของแพทย์กับการวินิจฉัยทางการพยาบาลอย่างไร? ทีมงานได้ทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยโรคอย่างไร? ผลจากการทบทวนเป็นอย่างไร? ความไม่ชัดเจนในการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยคืออะไร? โรคที่มีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาดได้บ่อยมีอะไรบ้าง? โรคที่มักจะวินิจฉัยโดยขาดหลักฐานสนับสนุนที่เพียงพอมีอะไรบ้าง? ได้ดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้นอย่างไร?

(4) การวางแผนดูแลรักษา แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยครอบคลุมอะไรบ้าง? ใครเป็นผู้จัดทำ? มีการประสานระหว่างวิชาชีพต่างๆ อย่างไร?

โรคที่มีการรักษาหลายแนวทางซึ่งทีมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาได้แก่อะไรบ้าง? มีทางเลือกใดบ้าง? ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเลือกทางเลือกใด? เพราะเหตุใด? โรคอะไรที่เป็นความลำบากใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจ?

(5) การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด มีแนวทางในการประเมิน วางแผน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยอย่างไร ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย ด้านการระงับความรู้สึก และด้านการผ่าตัด?

(6) มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ ผู้ป่วยอาการหนักซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหรือปัญหาเฉียบพลันที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง? มีแนวทางการเฝ้าระวังอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่าจะสามารถตรวจสอบภาวะวิกฤตได้ทัน่วงที่หรือตรวจพบปัญหาแต่เริ่มแรก? แพทย์และพยาบาลมีความร่วมมือกันอย่างไรในการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำ? ผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร?

(7) การทบทวนตนเอง อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อน ในการประเมินและวางแผนการดูแลรักษา? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป?



บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย

GEN.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

(1) การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยสาขานี้มีอะไรบ้าง? มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะดังกล่าวอย่างไร? มีวิธีการอย่างไรที่จะตรวจพบปัญหาดังกล่าวได้ในเวลาที่เหมาะสม

(2) การจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย มีมาตรการอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยตลอดเวลา? หัตถการที่มีความเสี่ยงที่มีการกระทำในหอผู้ป่วยหรือห้องตรวจมีอะไรบ้าง? มีการเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลืออย่างไร?

(3) การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา มีแนวทางอย่างไรที่จะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษาครบถ้วน โดยบุคคลที่เหมาะสม? มีหน้าที่อะไรบ้างที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพมอบหมายให้ผู้อื่นทำแทน? มีการฝึกอบรมและควบคุมกำกับการทำงานที่แทนนั้นอย่างไร?

(4) การดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล ขอให้ยกตัวอย่างความเสี่ยงหรือโอกาสที่การดูแลรักษาจะไม่เป็นไปตามแนวทางที่เป็นที่ยอมรับ มีแนวทางในการตรวจสอบและป้องกันอย่างไร?

(5) การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ขอให้ยกตัวอย่างปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ที่พบบ่อย และแนวทางปฏิบัติในการดูแลเรื่องเหล่านี้ทั้งสำหรับผู้ป่วยและผู้มาเยี่ยม

(6) การใช้ยา ขอให้อธิบายแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้อง ตั้งแต่แพทย์สั่งยาจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยา ปัญหา

ความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ที่พบบ่อยได้แก่อะไรบ้าง? เกิดกับยากลุ่มใดหรือตัวใด? การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดความคลาดเคลื่อน และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในสาขานี้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการป้องกันความคลาดเคลื่อนอย่างไร?

ยาที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวังความเหมาะสมในการใช้มีอะไรบ้าง? มีแนวทางในการลดความไม่เหมาะสมในการใช้หรือการสั่งใช้โดยไม่มีข้อบ่งชี้อย่างไร? ผลเป็นอย่างไร?

การให้คำปรึกษาทางยาโดยเภสัชกร (drug counseling) สำหรับผู้ป่วยในสาขานี้เลือกทำในยาตัวใดบ้าง?

(7) การป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ขอให้อธิบายวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบ การติดเชื้อสำคัญของผู้ป่วยสาขานี้คืออะไร? อัตราการติดเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร?

(8) การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย ผู้ป่วยประเภทใดที่ยากในการพยากรณ์การตอบสนองต่อการดูแลรักษา จำเป็นต้องอาศัยการติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด? ได้มีการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้หรือไม่? ผลเป็นอย่างไร?

(9) การทบทวนตนเอง อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อน ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป?



บทที่
19

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

**IM.4.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของ
โรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ**

**GEN.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติ
ตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ตรงท่วงกับงาน
ผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา**

(1) การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน ทีมคาดหวังว่าจะใช้บันทึกเวชระเบียนในการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพอย่างไร? ขณะนี้การบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ตอบสนองต่อความคาดหวังดังกล่าวได้เพียงใด?

(2) การออกแบบบันทึกข้อมูล ขอให้ยกตัวอย่างว่าได้มีการออกแบบบันทึกข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสูญเปล่าอย่างไร? มีการออกแบบบันทึกข้อมูลเพื่อสะดวกต่อการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตามที่ต้องการอย่างไร? มีการออกแบบบันทึกข้อมูลเพื่อเป็นเครื่องเตือนใจหรือชี้แนะแนวทางปฏิบัติอย่างไร?

(3) ความครอบคลุมของข้อมูล มีระบบทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนอย่างไร? บ่อยเพียงใด? ผลการทบทวนเป็นอย่างไร?

(4) ความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ/เป้าหมายของการบันทึก มีการทบทวนว่าสิ่งที่บันทึกในเวชระเบียนสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการหรือไม่? เป็นการทบทวนแบบแยกสาขาหรือรวมทั้งโรงพยาบาล? ถ้ามี ผลการทบทวนเป็นอย่างไร? ข้อมูลที่บันทึกเพียงพอที่จะประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาได้หรือไม่? เพียงพอที่จะทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้หรือไม่?

IM.4.2 นโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บ รายงานผลในระยะเวลาเบี่ยง

นโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกและเก็บรายงานผลในระยะเวลาเบี่ยงข้อใดบ้างที่ยังเป็นปัญหาในทางปฏิบัติ? (เช่น การใช้คำย่อ การระบุข้อมูลเพี้ยน การลงนามกำกับคำสั่งรักษาด้วยคำพูด การกำหนดเวลาที่ต้องบันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์เมื่อแรกรับและเมื่อจำหน่าย การทำหัตถการ การเก็บผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ)





การเตรียมจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง

GEN.8.7 **กิจกรรมการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด**

(1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วยเมื่อจะออกจากโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง? คำแนะนำอะไรที่มักจะเป็นปัญหาในการนำไปปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย? มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างไร?

ผู้ป่วยภาวะใดบ้างที่จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย/ครอบครัวในการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน? มีวิธีการในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวอย่างไร? ถ้าครอบครัวไม่พร้อมจะทำอย่างไร?

ผู้ป่วยภาวะใดบ้างที่สมควรเตรียมผู้ป่วย/ครอบครัวเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้ตั้งแต่เริ่มแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล? ผู้ป่วยภาวะใดบ้างที่จำเป็นต้องอาศัยวิชาชีพต่างๆ มาร่วมกันเตรียมความพร้อม?

ขอให้อีกตัวอย่างข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน และการตอบสนองต่อข้อจำกัดนั้น

มีกระบวนการค้นหาปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างไร? ปัญหาอะไรที่พบบ่อย? เมื่อพบแล้วมีวิธีการดำเนินการอย่างไร?

(2) การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการนัดหมายให้กลับมารับการรักษาต่อเนื่องได้แก่ผู้ป่วยอะไรบ้าง? มีการประสานงานระหว่างหอผู้ป่วยกับห้องตรวจอย่างไร? มีการติดตามผู้ที่ไม่ได้มาตามนัดอย่างไร?

มีการประสานงานเพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการดูแลรักษาใกล้บ้านอย่างไร? มีระบบที่จะรับทราบปัญหาของผู้ป่วยที่ไปดูแลรักษาใกล้บ้านอย่างไร? มีการยื่นมือเข้าไปสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่จะรับดูแลต่อเนื่องอย่างไร?

(3) การทบทวนตนเอง อะไรคือจุดแข็ง จุดอ่อน ในการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง? มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป?

แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA (บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา/สื่อสารข้อมูลเพื่อการเยี่ยมสำรวจ) ชุดนี้ออกแบบสำหรับโรงพยาบาลที่มุ่งปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน HA อย่างครบถ้วน เพื่อใช้บันทึกความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพในลักษณะของแฟ้มสะสมงาน และเพื่อใช้สื่อสารกับสถาบันฯ และผู้แทนของสถาบันฯ ในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล เนื้อหาและความมุ่งหมายของกลุ่มนี้เทียบได้กับแบบประเมินตนเอง (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 II ข้อมูลระดับทีมนำทางคลินิกนั้นต้องการมองในภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขา ว่าสามารถสะท้อนแนวคิดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลางและการทำงานเป็นทีมสหสาขาได้ดีเพียงใด

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี เชม พริงทอว์แก้ว



00002043

ISBN 974-294-412-1



9 789742 944124

ราคา 40 บาท