

คู่มือ การประเมินตนเอง ตามมาตรฐานโรงพยาบาล

พิมพ์ครั้งที่
4

ฉบับปรับปรุง

HA C 11/20



ฉบับปรับปรุง
คู่มือ การประเมินตนเอง
ตามมาตรฐานโรงพยาบาล

เลขทะเบียน... 00291
จํารับ... 20 / ๖๓.๖ / 52
เลขเรียก... WX 15 ๑๖๙5
254๙

แผนงานสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการในสังคมไทย

Health Promotion for People with Disabilities Program



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

(WSW.)

คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล

โดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น ๒ อาคารกรมการแพทย์ ๖ กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ ๕๘๕-๐๐๒๓-๔ โทรสาร ๕๕๑-๐๒๓๘

<http://www.ha.or.th>

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ ๔): สิงหาคม ๒๕๔๔

พิมพ์ซ้ำ ๑๐ ๙ ๘ ๗ ๖ ๕ ๔

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล.--ฉบับปรับปรุง
พิมพ์ครั้งที่ ๔.--นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล,
๒๕๔๔.

๑๐๐ หน้า

๑. โรงพยาบาล--การบริหารงานบุคคล. I. ชื่อเรื่อง.

๓๖๒.๑๑๐๖๘

ISBN 974-294-193-9

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซร์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร

คำนำ

หัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) คือการเรียนรู้ การเรียนรู้นี้จะเกิดขึ้นอย่างมากมายในระหว่างประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมรับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องไปตลอด กล่าวได้ว่า การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นเพียงเหตุการณ์เล็กๆ ในช่วงเวลาสั้นๆ เพื่อยืนยันและตอกย้ำความมั่นใจในการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น แม้จะเปรียบเทียบว่าการเยี่ยมชมสำรวจและการรับรองเท่ากับเป็นการประกันคุณภาพจากภายนอก นั่นก็เป็นกรกล่าวในแง่มุมหนึ่งเท่านั้น แต่การประกันคุณภาพที่แท้จริงนั้นเกิดขึ้นโดยโรงพยาบาลเอง

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเองมีเป้าหมายเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา สังเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นและบันทึกไว้เป็นบทเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล อาจจะทำให้ได้วิธีง่ายๆ คือการถามว่าเรื่องนี้เรามีหรือยัง ทำหรือยัง ในลักษณะที่เป็น check list ซึ่งถ้าจะให้ดียิ่งขึ้นก็คือการถามต่อว่าทำได้ดีเพียงใด มีอะไรที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น วิธีการแบบนี้เหมาะสำหรับใช้ในช่วงเริ่มต้นของการค้นหาโอกาสพัฒนา

การประเมินตนเองที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นคือการตั้งคำถามว่าสิ่งที่ทำไปแล้วนั้น มีจุดแข็งอะไร มีจุดอ่อนอะไร เชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ อย่างไร มีข้อมูลอะไร

(๔) คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล

ยืนยันว่าทำได้ดีแล้ว และมีสิ่งใดที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น วิธีการแบบนี้เหมาะสำหรับใช้ในช่วงที่พัฒนามาได้ระดับหนึ่ง และต้องการวางพื้นฐานสำหรับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการประเมินตนเอง อาจอยู่ในรูปแบบของการเสวนาเพื่อกระตุ้นและทบทวนความคิด อาจอยู่ในรูปของการไปเยี่ยมหน่วยงานต่างๆ เพื่อสังเกตสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ส่งสัญญาณให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักในความสำคัญและเห็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนของแนวคิด “ผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง” หรืออาจอยู่ในรูปของการบันทึกข้อมูลตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้

แบบประเมินตนเองที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จัดขึ้นมีลักษณะผสมผสานเพื่อให้ใช้ได้ในทุกขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ และเพื่อใช้สื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ อันจะนำไปสู่การใช้เวลาระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจอย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองนี้ในการประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลก่อนการเยี่ยมชมสำรวจ จะสื่อสารกับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีการเพิ่มเติมคำตอบจนมีความสมบูรณ์

หวังว่าแบบประเมินตนเองนี้จะกระตุ้นให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานได้ทบทวนผลงานของโรงพยาบาล เชื่อมโยงกับข้อกำหนดในมาตรฐาน ทำให้เห็นภาพรวม ทำให้เข้าใจมาตรฐานอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในความสำเร็จ และเกิดความมั่นใจที่จะก้าวเดินต่อไป

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มกราคม ๒๕๕๔

สารบัญ

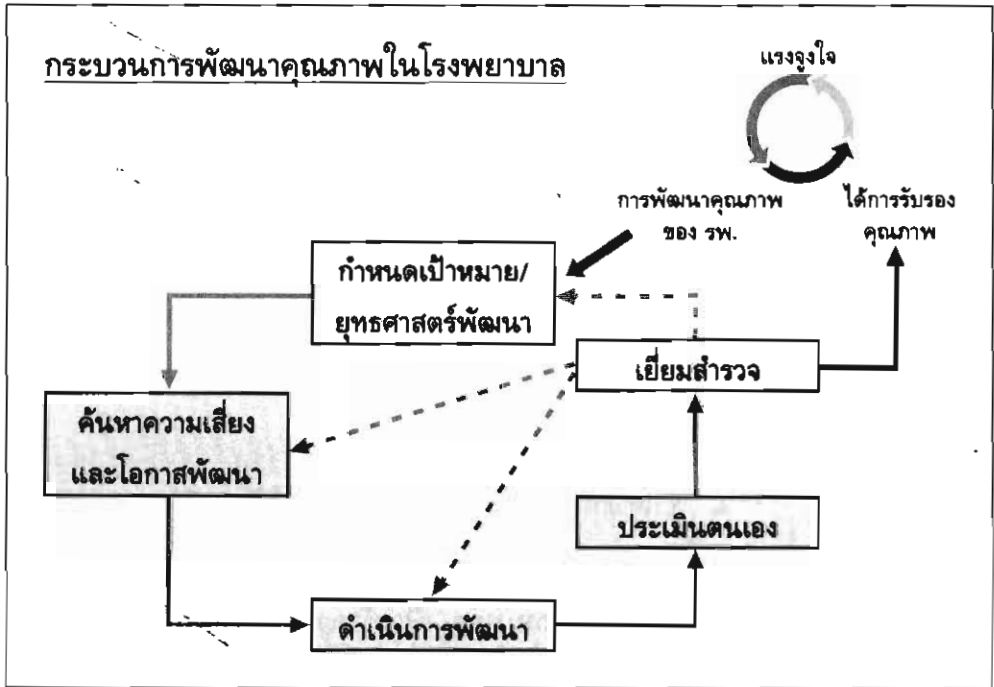
▶▶▶▶	เกริ่นนำ	๑
▶▶▶▶	๑. เวทีเสวนา-การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อหาโอกาสพัฒนา	๗
▶▶▶▶	๒. การประเมินที่เน้นการดูของจริง ในสถานที่จริง	๑๕
▶▶▶▶	๓. การประเมินและบันทึกตามแบบฟอร์มของ พรพ.	๒๓
▶▶▶▶	๔. หลากหลายแง่มุมจากมาตรฐาน HA	๕๗

เกริ่นนำ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่าน:

๑. เข้าใจวิธีการนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปใช้ประเมินและกระตุ้นการพัฒนาในรูปแบบต่างๆ
๒. สามารถใช้คำถามง่ายๆ เพื่อสร้างเวทีเสวนาในกรประเมินตนเองของแต่ละหน่วยงาน
๓. ทราบแนวทางในการตรวจเยี่ยมหน่วยงานเพื่อประเมินคุณภาพและกระตุ้นการพัฒนา
๔. ค้นเคยกับการใช้แบบประเมินตนเอง และทราบประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการใช้แบบประเมินตนเอง
๕. สามารถกำหนดทีมผู้รับผิดชอบในการประเมินตนเองแต่ละส่วนได้

ภาพรวมของกระบวนการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล



การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เริ่มด้วยการกำหนดเป้าหมายและประเด็นสำคัญในภาพใหญ่, กระจายให้ทุกหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา, สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและธำรงรักษาระบบงานที่ดีในทุกหน่วยงาน, ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาและเปรียบเทียบกับมาตรฐาน HA, เตรียมตัวเพื่อรับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก และใช้ผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง.

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพ

แท้จริงแล้ว จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพมาได้จากหลายทิศทาง: อาจจะมีเริ่มจากบนลงล่าง (กำหนดพันธกิจและแผนยุทธศาสตร์แล้วกระจายเป้าหมายให้หน่วยงานต่างๆ ตอบสนอง), จากล่างขึ้นบน (ด้วยการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา), จากภายนอก (ด้วยการตรวจสอบกับมาตรฐาน

และความต้องการของผู้รับผลงาน), หรือจากภายใน (ด้วยการสร้างจิตสำนึก และความมุ่งมั่นของผู้ปฏิบัติงาน).



ไม่ว่าจะเริ่มต้นจากจุดใด สิ่งที่ทำเป็นก็คือสุดท้ายจะต้องไปเชื่อมโยงกับส่วนอื่นๆ ให้ได้, หากไม่สามารถเชื่อมโยงได้จะเกิดความคับข้องใจและไม่สนุกในการทำงาน.

การเชื่อมโยงคู่ที่ดูเหมือนมีลักษณะตรงข้าม ได้แก่ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการประเมินตนเองและควรจะตอบสนองต่อพันธกิจขององค์กร, ความต้องการของผู้รับผลงานควรสอดคล้องกับความรับผิดชอบในจริยธรรมวิชาชีพ.

ตัวอย่างการเชื่อมโยงที่ไม่ใช่คู่ตรงข้าม เช่น:

- ◆ การประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาในระดับบุคคล จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นในแต่ละคน
- ◆ การสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันด้วยกระบวนการ AIC ช่วยให้เกิดความมุ่งมั่นในแต่ละคนเช่นเดียวกัน
- ◆ การใช้มาตรฐาน HA เพื่อประเมินจุดแข็งจุดอ่อนขององค์กร นำมาสู่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะต้องพัฒนาในแผนยุทธศาสตร์
- ◆ การใช้มาตรฐาน HA เพื่อการประเมินในระดับหน่วยงาน นำมาสู่การเห็นตัวเองว่าจะต้องพัฒนาอะไร

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเอง

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเองสามารถทำได้ในทุกช่วงเวลาของการพัฒนา โดยมีรูปแบบในการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่:

๑) การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อทำความเข้าใจกับมาตรฐานและหาโอกาสพัฒนา หรือเวทีเสวนา (team dialogue).

๒) การประเมินที่เน้นการดูของจริง ในสถานที่จริง พุดคุยกับผู้ปฏิบัติงานจริง (quality round หรือ internal survey) เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจ และนำปัญหาที่พบจริงมาดำเนินการแก้ไขปรับปรุง.

๓) การประเมินและบันทึกตามแบบฟอร์มที่ พรพ.กำหนดไว้.

ในช่วงแรกๆ ของการพัฒนา ควรเน้นรูปแบบการประเมินใน 2 รูปแบบแรก คือเน้นที่การสนทนาและการเข้าไปในสถานที่จริง มากกว่าที่จะเน้นการเขียนตามแบบฟอร์มให้สมบูรณ์.

การบันทึกตามแบบฟอร์มในแต่ละระยะจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน คือ:

๑) ในระยะแรกเป็นการวิเคราะห์ตนเอง หาโอกาสพัฒนาและวางแผน.

๒) ในระหว่างการพัฒนาเป็นการบันทึกผลลัพธ์และบทเรียนที่เกิดขึ้น รวมทั้งตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนา.

๓) ในการเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจจะเป็นการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้ทำไป กับเป้าหมายของมาตรฐานโรงพยาบาล.

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเองอาจจะทำตั้งแต่ช่วงต้นของการพัฒนาเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ในช่วงกลางเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าของการพัฒนา และในช่วงเตรียมความพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจ

รูปแบบในการประเมินตนเองอาจมีได้หลากหลาย ได้แก่

๑) การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อหาโอกาสพัฒนา หรือเวทีเสวนา

(team dialogue)

๒) การประเมินที่เน้นการดูของจริง ในสถานที่จริง พุดคุยกับผู้ปฏิบัติงานจริง (quality round หรือ internal survey)

๓) การประเมินและบันทึกตามแบบฟอร์มที่ พรพ.กำหนดไว้

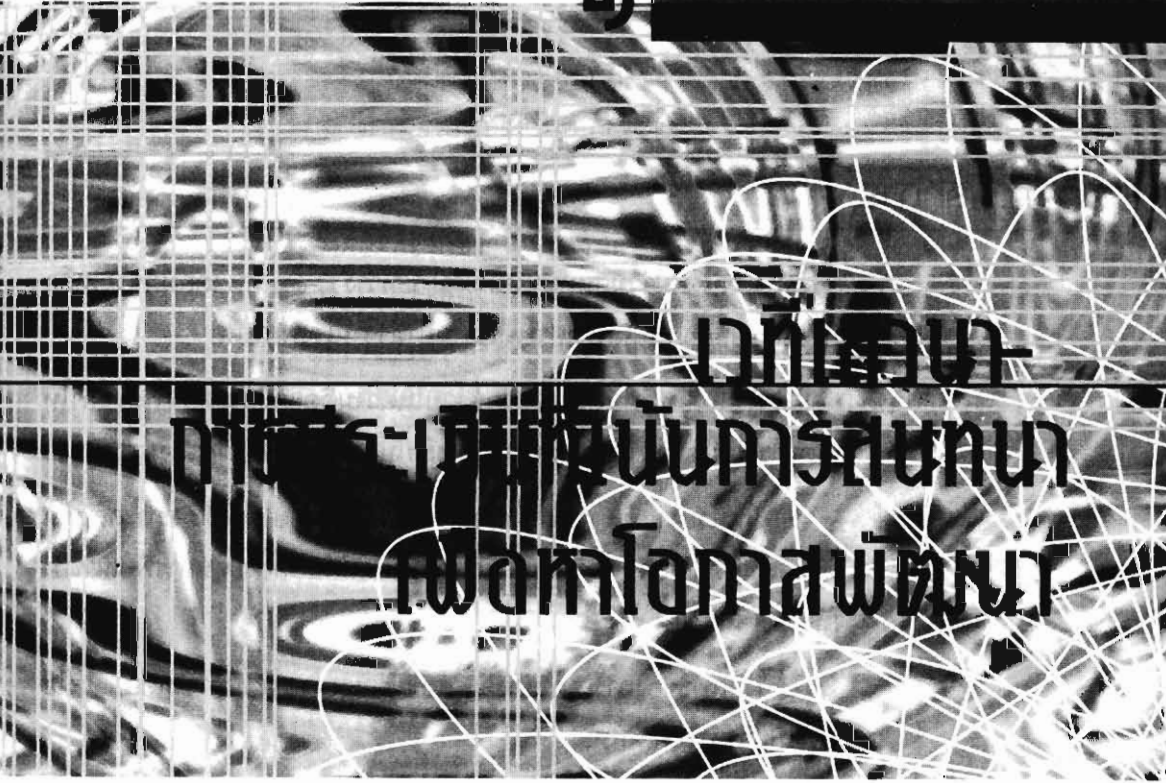
ในช่วงแรกๆ ของการพัฒนา ควรเน้นรูปแบบการประเมินใน ๒ รูปแบบแรก คือเน้นที่การสนทนาและการเข้าไปในสถานที่จริง มากกว่าที่จะเน้นการเขียนตามแบบฟอร์มให้สมบูรณ์

การบันทึกตามแบบฟอร์มในแต่ละระยะจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน คือ

๑) ในระยะแรกเป็นการวิเคราะห์ตนเอง หาโอกาสพัฒนาและวางแผน

๒) ในระหว่างการพัฒนาเป็นการบันทึกผลลัพธ์และบทเรียนที่เกิดขึ้น

๓) ในการเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมสำรวจจะเป็นการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้ทำไป กับเป้าหมายของมาตรฐานโรงพยาบาล



นิตยสาร
นิตยสาร-นิตยสารนิตยสาร
นิตยสารนิตยสารนิตยสาร



เวทีเสวนา—การประเมินที่เน้นการสนทนาเพื่อ หาโอกาสพัฒนา

ก. หลักการ

- ๑) มีจำนวนผู้ร่วมสนทนาเหมาะสม ระหว่าง ๘-๑๒ คน โดยมีผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator) เป็นผู้ตั้งประเด็นตามมาตรฐานโรงพยาบาล
- ๒) ผู้ร่วมสนทนามีความหลากหลายในความคิดและประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตีความหมายของมาตรฐาน
- ๓) มีหน่วยงานที่เข้าร่วมสนทนามากกว่า ๑ หน่วย ทำให้เกิดการสลับกันตั้งข้อสังเกต สะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นเพื่อกระตุ้นการพัฒนาของกันและกัน
- ๔) ผลลัพธ์ของการสนทนาคือแผนที่แต่ละหน่วยจะไปทำงานต่อ, ไม่ใช่ประเมินว่าทำได้ดีแค่ไหน

ข. เวทีที่จะใช้การสนทนาในการประเมิน

- ๑) เวทีที่มึนนำของโรงพยาบาล

ในช่วงแรกของการดำเนินการเพื่อค้นหาประเด็นหลักที่ต้องพัฒนาและกำหนดตัวผู้รับผิดชอบ, ในช่วงเตรียมความพร้อมก่อนการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อสรุปภาพรวมของทั้งโรงพยาบาล

๒) เวทีของหน่วยงานซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

ในช่วงแรกอาจจะเป็นหน่วยงานใดก็ได้ตั้งแต่ ๒ หน่วยงานขึ้นไป โดยมีผู้ช่วยเหลือทีม (facilitator) เป็นตัวเชื่อม ในช่วงหลังๆ ควรเป็นการสนทนาในเวที Clinical Lead Team หรือ Patient Care Team

ก. คำถามที่จะใช้ในการสนทนา

๑) เป้าหมายและความหมาย

- ◆ มาตรฐานข้อนี้มีเป้าหมายอะไร
- ◆ มาตรฐานข้อนี้มีความหมายอย่างไรเมื่อนำมาใช้กับหน่วยงานของเรา

๒) การนำมาตรฐานมาปฏิบัติ

- ◆ เรากำลังทำอะไรเพื่อนำหลักการของมาตรฐานข้อนี้มาสู่การปฏิบัติ
- ◆ วิธีการของเรามีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร การสนับสนุนจากองค์กรเป็นอย่างไร การเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางได้ปรากฏชัดเจนหรือไม่
- ◆ ผลลัพธ์ที่บรรลุแล้วมีอะไร
- ◆ มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าเราได้ปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว

๓) แผนการปรับปรุง (ดูคำถามในการวิเคราะห์กระบวนการหลักร่วมด้วย)

- ◆ เราควรทำอะไรเพิ่มเติม (ในสิ่งที่ยังไม่ได้ทำ)
- ◆ เราควรปรับปรุงอะไร (ในสิ่งที่ทำอยู่แล้ว)
- ◆ เราคาดหวังผลลัพธ์อะไรจากกิจกรรมที่จะทำต่อไป
- ◆ ลำดับความสำคัญในเรื่องนี้คืออะไร
- ◆ กิจกรรมนี้ควรเสร็จเมื่อไร
- ◆ ควรรวบรวมเอกสารและข้อมูลอะไรเกี่ยวกับกิจกรรมและผลลัพธ์



ให้ผู้อ่านฝึกทักษะการร่วมเวทีเสวนา ตามแนวทางต่อไปนี้

แนวทางการทำกิจกรรม

๑) ให้กลุ่มเลือกผู้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้

- ◆ Facilitator ทำหน้าที่ตั้งประเด็นอธิบายเป้าหมายของมาตรฐานและดูแลให้สมาชิกสนทนาในประเด็นที่ต้องการ
- ◆ ผู้ช่วย facilitator ทำหน้าที่ช่วยบันทึกข้อความระหว่างการสนทนาและช่วย facilitator ในการควบคุมประเด็น
- ◆ ผู้สังเกตการณ์ ทำหน้าที่สังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและนำเสนอให้กลุ่มได้รับทราบเมื่อสิ้นสุดการประชุม

๒) กฎ กติกา

- ◆ สมาชิกจะร่วมเสวนาโดยไม่ต้องรอให้ facilitator ชี้ตัว
- ◆ สมาชิกแต่ละคนจะนำเสนอข้อมูลที่เป็นความจริงจากหน่วยงานของตนเอง
- ◆ สมาชิกจะร่วมตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นเพื่อนสมาชิกให้เห็นมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น
- ◆ สมาชิกที่ถูกตั้งคำถาม จะต้องสรุปประเด็นด้วยตนเองว่าจะกลับไปทำอะไรเพิ่มเติมในหน่วยงานของตน

๓) การกำหนดประเด็นหลักให้เลือกประเด็นใดประเด็นหนึ่งจากมาตรฐาน HA เช่น

- ◆ การติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน
- ◆ การวิเคราะห์ความเสี่ยงและการป้องกันความเสี่ยง
- ◆ การทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
- ◆ การทำงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- ◆ การส่งเสริมให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- ◆ กระบวนการหรือกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาของหน่วยงาน

๔) ประเด็นย่อยในการเสวนา ขึ้นอยู่กับประเด็นหลักที่นำมาสนทนา อาจพิจารณาแนวทางต่อไปนี้

- ◆ จุดเด่นหรือนวัตกรรมที่ควรเผยแพร่ให้ผู้อื่นรับทราบ
- ◆ ความครอบคลุมของเนื้อหา หรือการนำไปปฏิบัติ
- ◆ การทบทวนประเมินผล และการบรรลุเป้าหมาย
- ◆ มุมมองอื่นๆ เพื่อทำให้เรื่องที่ทำอยู่นั้นมีคุณภาพดีขึ้นหรือมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

๕) การเสวนาควรสลับกันระหว่างการนำเสนอข้อมูลกับการวิพากษ์โดยสมาชิกดังแนวทางตัวอย่างต่อไปนี้

การติดตามเครื่องชี้วัดของหน่วยงาน

- **นำเสนอ:** เครื่องชี้วัดสำคัญที่แต่ละหน่วยงานใช้ monitor คุณภาพงานของตนเอง
- **สมาชิกวิพากษ์:** ความครอบคลุมและความสอดคล้องกับหน้าที่หลักของหน่วยงาน (ความครอบคลุม=ความครบถ้วน, ความสอดคล้อง = วัดได้ตรงประเด็น)
- **นำเสนอ:** วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล (ใช้ตัวเลขอะไร ได้มาจากไหน ใครเป็นผู้เก็บ ค่าจำกัดความในการเก็บข้อมูล)
- **สมาชิกวิพากษ์:** คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้มา
- **นำเสนอ:** การใช้ประโยชน์จากการ monitor เครื่องชี้วัด (เผยแพร่ให้ใครทราบ ชี้ให้เห็นปัญหาอะไร มีการปรับปรุงแก้ไขอะไรเกิดขึ้นตามมา)
- **สมาชิกวิพากษ์:** คุ่มค่าหรือไม่กับการ monitor เครื่องชี้วัดที่นำเสนอ การใช้เครื่องชี้วัดตัวนี้มีจุดอ่อนอะไร มีเครื่องชี้วัดตัวอื่นที่น่าจะมีความสำคัญและตรงประเด็นมากกว่าหรือไม่

การวิเคราะห์และป้องกันความเสี่ยง

- **นำเสนอ:** ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญที่เคยเกิดขึ้นในหน่วยงานและโรงพยาบาล การแก้ไขปัญหา และความเสียหายที่เกิดขึ้น (ทั้งด้านอาคารสถานที่ เครื่องมือ ผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย จิตใจ)
- **สมาชิกวิพากษ์:** มาตรการการแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการไปนั้นมีความเหมาะสมเพียงใด สามารถลดหรือป้องกันความเสียหายได้ดีกว่านี้หรือไม่
- **นำเสนอ:** ความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น (แต่ยังไม่เกิด) ในหน่วยงานและโรงพยาบาล มีความสำคัญเพียงใด (สูง ค่อนข้างสูง ทั่วไป) มีมาตรการในการป้องกันอย่างไร
- **สมาชิกวิพากษ์:** มาตรการที่นำเสนอมีความรัดกุมเพียงใด ควรปรับปรุงให้รัดกุมมากขึ้นอย่างไร
- **นำเสนอ:** สมาชิกในหน่วยงานให้ความร่วมมือในการรายงานอุบัติการณ์เพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่
- **สมาชิกวิพากษ์:** โรงพยาบาลควรดำเนินการอย่างไรเพื่อปรับปรุงระบบรายงานอุบัติการณ์

การทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

- **นำเสนอ:** กิจกรรมคุณภาพในลักษณะสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
- **สมาชิกวิพากษ์:** เป็นการทำงานในลักษณะ steering/empower (ชี้นำ/สนับสนุน) หรือ process owner (ลงมือลุยแก้ปัญหา) วิธีการทำงานเป็นทีมดังกล่าวมีจุดแข็งจุดอ่อนอะไร
- **นำเสนอ:** กิจกรรมคุณภาพในลักษณะสหสาขาวิชาชีพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต และผลที่คาดหวัง
- **สมาชิกวิพากษ์:** จะพบกับปัญหาอะไรควรเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาอย่างไร ผู้บริหารระดับสูงควรมีส่วนสนับสนุนอย่างไร

การทำงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

- **นำเสนอ:** มีวิธีการรับทราบความต้องการของผู้ป่วยอย่างไร
- **สมาชิกวิพากษ์:** วิธีการที่นำเสนอมีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร สามารถรับทราบ implicit need (ความต้องการที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงออก) ของผู้ป่วยได้เพียงใด จะแยกแยะ want กับ need ได้อย่างไร ควรมีการเสริมจุดอ่อนอย่างไร
- **นำเสนอ:** เมื่อนำแนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาใช้ วิธีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปมีอะไรบ้าง
- **สมาชิกวิพากษ์:** ครอบคลุมแง่มุมต่อไปนี้ครบถ้วนหรือไม่: มองผู้ป่วยแบบองค์รวม, ใช้มาตรฐานวิชาชีพมาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย, เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย/เอาใจเขามาใส่ใจเรา, ผู้ป่วย/ครอบครัวพึงพอใจ
- **นำเสนอ (วิพากษ์ตนเอง):** ความต้องการของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองปัจจัยที่เป็นสาเหตุ

การส่งเสริมให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- **นำเสนอ:** แหล่งข้อมูลที่ใช้จุดประกายการพัฒนาคุณภาพ (เช่น การรับฟังและรวบรวมข้อคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน, การรับฟังเสียงจากผู้รับผลงาน, การติดตามเครื่องชี้วัด, การเปรียบเทียบกับมาตรฐานวิชาชีพ, การเปรียบเทียบกับเป้าหมายของหน่วยงานและโรงพยาบาล) อะไรจุดประกายได้ดีที่สุด และมีความต่อเนื่องมากที่สุด
- **สมาชิกวิพากษ์:** วิธีการที่นำเสนอมีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร มีโอกาสที่จะเพิ่มเติมอะไรได้บ้าง
- **นำเสนอ:** ความรู้สึกของสมาชิกในหน่วยงานต่อแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องว่าเป็นการเดินทางที่ไม่มีวันสิ้นสุด เป็นการมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ ไม่พอใจกับสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
- **สมาชิกวิพากษ์:** ความเข้าใจดังกล่าวสนับสนุนหรือขัดขวางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ถ้าเป็นอุปสรรคขัดขวาง จะมีวิธีการปรับความเข้าใจให้เกื้อหนุนการพัฒนา

คุณภาพอย่างต่อเนื่องได้อย่างไร

- **นำเสนอ:** หัวหน้าหน่วยงานมีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างไร
- **สมาชิกวิพากษ์:** คาดหวังบทบาทอะไรเพิ่มเติมจากหัวหน้าหน่วยงาน

๒



การประเมินที่เน้นการดูขงจริง ในสถานที่จริง



การประเมินที่เน้นการดูของจริง ในสถานที่จริง

๒.๑ แนวคิดพื้นฐาน

ก. หลักการสำคัญ

๑) การดูของจริง ในสถานที่จริง ต้องใช้ทักษะการสังเกตสูงมาก ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาที่ชัดเจนและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาได้ดี

๒) ผู้ไปเยี่ยมจะทำตัวเป็นกัลยาณมิตรเช่นเดียวกับผู้เยี่ยมชมสำรวจภายนอก

๓) ผู้เยี่ยมชมต้องศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลให้เข้าใจอย่างลึกซึ้ง และเลือกประเด็นหลักที่จะนำไปเป็นกรอบในการสังเกตและสัมภาษณ์

๔) คำถามที่ใช้ขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาของหน่วยงานนั้น โดยมุ่งเน้นการกระตุ้นให้พัฒนามากกว่าจะประเมินระดับการพัฒนา คำถามที่ใช้จึงเป็นการส่งสัญญาณว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับเรื่องอะไร

๕) ผลลัพธ์ที่คาดหวังอื่นๆ คือการสร้างความคุ้นเคยให้กับเจ้าหน้าที่ การที่ผู้บริหารจะรับทราบปัญหาของผู้ปฏิบัติงาน และการที่ผู้ไปเยี่ยมจะได้ประเด็นในการพัฒนาหน่วยงานของตนเอง

เดิมเคยเรียกกระบวนการนี้ว่าการเยี่ยมชมสำรวจภายใน (internal survey) แต่คำนี้ทำให้เกิดความเข้าใจ ความคาดหวัง และพฤติกรรมที่อาจ

จะไม่สอดคล้องกับความต้องการ เช่น รอไว้ทำตอนที่พัฒนาไปมากแล้วด้วย คิดว่าต้องสมบูรณ์ก่อนจึงจะมีการเยี่ยม ผู้ถูกเยี่ยมเกิดความรู้สึกว่ามีการตรวจสอบ ผู้เยี่ยมยังไม่มีทักษะและความชำนาญในการเป็นโค้ช เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวจึงควรเรียกกระบวนการนี้ในลักษณะที่สร้างความอบอุ่นกว่าคำว่าเยี่ยมสำรวจภายใน เช่น เพื่อนช่วยเพื่อน quality round เป็นต้น

ข. ตัวอย่างคำถามง่าย ๆ

๑) ถามผู้ป่วย

- ◆ ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง อยากรู้อะไรเพิ่ม
- ◆ เมื่อไรจะได้กลับบ้าน ได้รับการเตรียมตัวอะไรบ้าง
- ◆ มีข้อเสนอแนะอะไรต่อ รพ.

๒) ถามตัวเอง

- ◆ ถ้าเราเป็นผู้ป่วย อยากจะเปลี่ยนแปลงอะไร
- ◆ มีความเสี่ยงอะไรที่เห็นชัด

๓) ถามเจ้าหน้าที่

- ◆ ประเด็นสำคัญในเรื่องคุณภาพคืออะไร
- ◆ อะไรคือความต้องการของลูกค้า ตอบสนองได้เพียงใด
- ◆ ควรทำอะไรเพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น
- ◆ มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพอย่างไร
- ◆ ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเพิ่มเติมอย่างไร

ค. การสรุปผลและติดตาม

เพื่อส่งเสริมหลักการเรียนรู้และป้องกันความผิดพลาด, หน้าที่หลักในการสรุปผลการเยี่ยมควรเป็นของหน่วยงานที่ได้รับการเยี่ยม แล้วให้ผู้เยี่ยมเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ ประเด็นสำคัญในการสรุปผลคือสิ่งที่ เป็นโอกาสพัฒนาที่ถูกจุดประกายให้เห็นด้วยคำถามต่างๆ ซึ่งผู้บริหารของหน่วยงานและผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปจะมีหน้าที่รับผิดชอบติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา

๒.๒ แนวทางและคำถามในการเยี่ยมสำรวจแต่ละหน่วยงาน

๑) สังเกตสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เริ่มเข้าไปในหน่วยงาน

เริ่มด้วยการสังเกตสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพว่ามีความเป็นระเบียบเป็นสัดส่วน เอื้ออำนวยต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย/ลูกค้า หรือไม่? มีอะไรที่เป็นความเสี่ยงที่เห็นได้ชัดเจน เช่น สิ่งของ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่วางไว้ในที่ที่ไม่ควรจะวาง?

๒) ทำความคุ้นเคยกับหน่วยงาน

พบกับหัวหน้าหน่วยงาน และขอให้หัวหน้าหน่วยงานแนะนำให้คุณเคยกับสถานที่และทำความรู้จักกับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในวันนั้น

ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานสังเกตวิธีการทำงาน และพูดคุยกับผู้ป่วยตามลำพัง (โดยหัวหน้าหน่วยไม่ต้องติดตาม)

๓) สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

i) สังเกตสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ อาจจะทำให้ผู้เยี่ยมท่านหนึ่งสมมติตัวเป็นผู้ป่วย และให้เจ้าหน้าที่ลองปฏิบัติต่อผู้เยี่ยมในการรับผู้ป่วยหรือทำความรู้สึกเหมือนว่าผู้เยี่ยมเป็นผู้ป่วย เมื่อเข้ามาในหน่วยงานแล้วจะรู้สึกอย่างไร มีอะไรที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น บอร์ดให้ข้อมูล แผ่นปลิว ที่พัก การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกนั้นยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่?

ii) สังเกตการจัดเก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ว่าเป็นระเบียบ สามารถค้นหาได้โดยง่ายหรือไม่, ปลอดภัยจากการที่ผู้ไม่มีหน้าที่จะนำไปใช้หรือไม่ สะดวกที่จะตรวจสอบและเพิ่มเติมปริมาณให้อยู่ในระดับที่กำหนดไว้หรือไม่?

iii) สังเกตระบบการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, เทคนิคการให้บริการ, การจัดการกับขยะและของใช้ที่ปนเปื้อน

iv) สังเกตเรื่องการเตรียมและบริหารยา สถานที่จัดเตรียมยาฉีดและ iv solution มีความสะอาดและปราศจากความพลุกพล่านหรือไม่ มีการ

เขียนฉลากสำหรับยาที่ผสมใน iv solution หรือไม่?

v) สังเกตดูสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีความสุขสบายหรือไม่, สีหน้าของผู้ป่วยเป็นอย่างไร, อุปกรณ์ที่ใช้อยู่กับผู้ป่วย เช่น น้ำเกลือ ออกซิเจน สายสวนปัสสาวะ มีความเหมาะสมตามหลักวิชาการและมีหลักประกันว่าเป็นการให้ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์อย่างไร, มีการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่อยู่, มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างไร เช่น ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว, การรัดตรึงผู้ป่วยหรือการใช้เครื่องกันข้างเตียง?

๔) พูดคุยกับผู้ป่วย

พูดคุยกับผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (๓-๕ คน ทั้งที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ที่เตรียมตัวจะผ่าตัดและที่ผ่าตัดแล้ว) ว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อการนอน รพ.ครั้งนี้, ได้รับข้อมูลอะไรบ้างจากแพทย์และพยาบาล, มีข้อมูลอะไรที่อยากจะทราบเพิ่มเติม, ก่อนที่จะลงนามยินยอมรับการรักษาได้รับข้อมูลอะไรบ้าง, มีข้อเสนอแนะอะไรสำหรับ รพ.?

สำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน อาจขอให้ผู้ป่วยเล่าสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดตั้งแต่วันแรกที่มา รพ. จนกระทั่งปัจจุบัน โดยยึดมาตรฐาน GEN.8 หรือ INP.8 เป็นแนวทางในการเจาะประเด็น (รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่าจะได้กลับบ้านเมื่อใด กลับไปแล้วคาดว่าจะมีปัญหอะไร และได้มีการเตรียมพร้อมไว้อย่างไร) ถามว่ามีปัญหาอะไรเกี่ยวกับการประสานงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการหรือไม่ พร้อมทั้งตัวอย่างของการประสานงานหรือไม่ประสานงาน

คัดเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูงและใช้สูตร C³THER เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:

Care	ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่ ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การบำบัดรักษา บริการพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง
Communication	ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่สำคัญและเป็นที่น่าสนใจหรือไม่
Continuity	ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือไม่
Team	มีการนำวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมเข้ามาร่วมดูแลหรือไม่
Human Resource	ทีมงานมีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้อย่างมีคุณภาพหรือไม่
Environment	ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายหรือไม่, มีเครื่องมือที่จำเป็นและพร้อมใช้งานสำหรับผู้ป่วยรายนี้หรือไม่
Record	บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยรายนี้สมบูรณ์หรือไม่

๕) พูดคุยกับเจ้าหน้าที่

พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่พบระหว่างการสังเกตว่ามีหน้าที่ทำอะไรในหน่วยงานนี้, อะไรคือหัวใจของการทำงานที่นี่, หน่วยงานนี้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาไปถึงไหน, ตัวเจ้าหน้าที่เองมีบทบาทอะไรที่จะทำให้หน่วยงานไปสู่เป้าหมายนั้นได้, ตัวเจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอะไรบ้าง, ในรอบปีที่ผ่านมาได้เข้ารับการฝึกอบรมอะไรบ้าง (ทั้งด้านวิชาการ และด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ), มีการจัดอบรมภายในหน่วยงานหรือภายในโรงพยาบาลเรื่องอะไรบ้าง, มีกิจกรรมวิชาการที่เรียนรู้ร่วมกันภายในหน่วยงานอะไรบ้าง?

๖) ทบทวนเวชระเบียน

คัดเลือกผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง (ที่ใกล้กลับบ้าน, ที่รักษามาแล้วระยะหนึ่ง, ที่เพิ่งเข้ารับการรักษา, ผู้ป่วยที่ส่งต่อ, ผู้ป่วยที่เสียชีวิต) แล้วขอเวชระเบียนของผู้ป่วยเหล่านั้น **ทบทวนเวชระเบียนร่วมกับแพทย์และพยาบาล** ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้าง โดยมีข้อพิจารณาว่า เวชระเบียนมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะติดตามความเป็นไปของผู้ป่วยหรือไม่, การสั่งการตรวจรักษาของ

แพทย์มีหลักฐานประกอบการตัดสินใจหรือไม่, การตัดสินใจนั้นเป็นที่ ยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันหรือไม่, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่ามี การเฝ้าระวังและติดตามการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม, มีหลักฐาน อะไรที่แสดงว่ามีการตอบสนองปัญหาหรือความต้องการอย่างรวดเร็วทันการณ์, มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าคำสั่งการรักษาของแพทย์ได้รับการปฏิบัติตามถูกต้อง สมบูรณ์โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ เช่น การให้ยา, มีหลักฐานอะไรที่แสดง ว่ามีการประสานงานกันอย่างราบรื่นระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ใน ระหว่างที่สัมภาษณ์ ควรถามหาคู่มือปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ

๗) สันทนากับทีมผู้ให้บริการและหัวหน้าหน่วยงาน

ทีมผู้เยี่ยม สันทนากับทีมผู้ให้บริการและหัวหน้าหน่วยงาน โดยนำ ประเด็นต่างๆ ที่พบเห็นในระหว่างการสังเกตร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลมา เป็นตัวตั้งในการสนทนา

- ◆ เริ่มต้นด้วยคำถามว่าอะไรคือสิ่งที่ทีมงานภาคภูมิใจ, เจ้าหน้าที่ แต่ละคนเคยได้รับคำชื่นชมจากผู้ป่วย/ลูกคำในลักษณะใดบ้าง, สิ่งนั้นคือคุณค่าของหน่วยงานหรือไม่, คุณค่านั้นถูกระบุไว้ใน พันธกิจของหน่วยงานหรือไม่? แต่ละคนกำลังพยายามทำอะไร อยู่เพื่อให้บรรลุพันธกิจของหน่วยงาน, สามารถเล่าหรือแสดง หลัก ฐานให้เห็นเป็นรูปธรรมได้หรือไม่?
- ◆ ขอให้ทีมงานสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ทำมาทั้งหมดในรอบ ๑ ปี (เฉพาะชื่อโครงการ ยังไม่ต้องบรรยายละเอียด), และขอให้ระบุว่าโครงการใดที่มีปัญหาในการทำมากที่สุด, โครงการใดที่ทำยาก ที่สุด, โครงการใดที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับ มากที่สุด, ผู้เยี่ยมอาจจะเจาะลึกโครงการบางโครงการก็ได้
- ◆ ขอให้ทีมงานระบุว่าในหน่วยงานนี้มีความเสี่ยงอะไรบ้าง และมี มาตรการในการป้องกันหรือจัดการอย่างไร มีกฎกำหนด แนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อย่างไร? ผู้เยี่ยมอาจจะ เจาะลึกมาตรการการป้องกันความเสี่ยงบางเรื่องก็ได้
- ◆ ขอให้ทีมงานระบุว่ามีการติดตาม เครื่องชี้วัด อะไรบ้าง, ขอให้

เสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดเหล่านั้น และการใช้ประโยชน์จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น มีเครื่องชี้วัดอะไรที่อยู่ในแผนที่จะติดตาม, วางแผนไว้อย่างไร, จะมีปัญหาในการเก็บข้อมูลอย่างไร, จะนำเครื่องชี้วัดนั้นมาใช้ได้อย่างไร?

- ◆ นำประเด็น**ปัญหาคุณภาพ**ที่พบระหว่างการสังเกตขึ้นมาสนทนาว่าทางทีมงาน**เห็นปัญหา**แต่ละประเด็นนั้นหรือไม่, ได้มีความ**พยายามที่จะปรับปรุง**อย่างไร, สิ่งที่ได้ทำมานั้นเป็นที่พอใจแล้วหรือยัง, มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป, มีอะไรที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุงต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงอย่างไร?
- ◆ ไล่ตาม**ข้อคำถามที่เหลือ**ในแบบประเมินตนเองซึ่งยังไม่ได้มีการสนทนา ทำความเข้าใจกับทีมงานในกรณีที่ทีมงานเข้าใจไม่ตรงกับผู้เยี่ยม พยายาม verify คำตอบให้ได้มากที่สุด

๓

การประเมินและบันทึก
ตามแบบฟอร์มของ พรพ.



การประเมินและบันทึกตามแบบฟอร์ม ของ พรพ.

๓.๑ จุดเน้นและหัวข้อในแบบประเมิน

จุดเน้นของการบันทึกในแต่ละระยะได้แก่:

- ๑) ในระยะแรกเป็นการวิเคราะห์ตนเอง หาโอกาสพัฒนาและวางแผน
- ๒) ในระหว่างการพัฒนาเป็นการบันทึกผลลัพธ์และบทเรียนที่เกิดขึ้น
- ๓) ในการเตรียมพร้อมสำหรับการเยี่ยมชมสำรวจจะเป็นการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมและผลลัพธ์ที่ได้ทำไป กับเป้าหมายของมาตรฐานโรงพยาบาล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ออกแบบประเมินตนเองในภาพรวมของโรงพยาบาลตามหมวดหมู่ที่จำแนกในมาตรฐานฉบับบูรณาการขึ้น โดยแต่ละบทจะแบ่งออกเป็น ๔ หัวข้อหลักคือ:

ข้อ ก. การประเมินเมื่อเริ่มแรก วิเคราะห์เพื่อวางแผนปรับปรุง

ข้อ ข. การประเมินระหว่างและหลังการพัฒนา ให้ข้อมูลเพื่อเก็บคะแนนสะสมในประเด็นต่อไปนี้: มาตรการป้องกันปัญหา, การประสานกิจกรรมอย่างเป็นระบบ, นวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์, จุดเด่นอื่นๆ, เครื่องชี้วัด, การทบทวน/ประเมินผล, การตอบสนองต่อผลการประเมิน

ข้อ ค. ข้อมูลเฉพาะ เป็นการให้ข้อมูลในสิ่งที่ทำพร้อมทั้งระบุหลัก

ฐานหรือข้อมูลยืนยัน ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของบันทึกการประชุม, บันทึกผลการปฏิบัติงาน, รายงาน, แผนการดำเนินงาน

ข้อ ง. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา เป็นการประเมินเพื่อให้รู้ว่าตัวเองอยู่ตรงไหน และให้แนวทางว่าควรจะทำต่อไปอย่างไร โดยมีเป้าหมายไปสู่ระดับสูงที่สุดในขั้นสุดท้าย ลำดับขั้นของการพัฒนานี้ไม่เกี่ยวกับระดับคะแนนในการตัดสิน ดังนั้นจึงไม่ควรเสียเวลาหาข้อสรุปหากมีความคิดเห็นแตกต่างกัน ควรใช้เวลานั้นไปคิดว่าจะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไรจะมีประโยชน์มากกว่า

หัวข้อที่ควรเริ่มต้นประเมินคือ ข้อ ก. เพื่อหาโอกาสพัฒนาและวางแผน. แต่สำหรับผู้ที่ยังไม่คุ้นเคยกับมาตรฐานโรงพยาบาล อาจจะเริ่มที่ข้อ ง. ก่อน แล้วจึงไปวางแผนตามข้อ ก. สำหรับข้อ ข. และ ค. นั้นจะมีข้อมูลมาตอบต่อเมื่อได้ลงมือพัฒนาไปแล้ว

๓.๒๒ วิธีตอนแบบประเมิน



ขอให้ผู้อ่านศึกษาแนวทางการตอบแบบประเมินตนเอง เรื่องการนำองค์กร และอภิปรายในประเด็นต่อไปนี้



ประเด็นอภิปราย

- ถาม ๑: ประโยชน์ที่ได้จากการใช้แบบประเมินตนเองในแต่ละข้อ (ก. ข. ค. ง.)
- ถาม ๒: แบบประเมินในแต่ละข้อเหมาะสมที่จะใช้ในช่วงเวลาใด (เริ่มต้นพัฒนา ระหว่างพัฒนา เตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ)
- ถาม ๓: จะใช้แบบประเมินตนเองนี้เป็นเครื่องมือในการบันทึกผลงานการพัฒนาคุณภาพอย่างไร
- ถาม ๔: ประเด็นในการวางแผนปรับปรุงในข้อ ก. ได้มาอย่างไร
- ถาม ๕: มาตรการป้องกันปัญหาใน ข้อ ข. ได้มาอย่างไร

๓. ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก

ประเด็น	แนวทางดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลา
ผู้นำทุกระดับเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำ COI มาใช้ในการปรับปรุงระบบงาน	- อบรมผู้นำทุกระดับในเรื่องเทคนิคการเป็นโค้ช และ COI - ผู้นำเป็นตัวอย่างในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การนำการประชุม การใช้ข้อมูล การใช้ความคิดสร้างสรรค์	- ศูนย์คุณภาพ - ผู้นำทุกระดับ	ภายใน ๓ เดือน ตลอดไป

วันที่ _____

ผู้ร่วมประเมิน กก. บริหาร รพ.

ข. การประเมินระหว่างและหลังการพัฒนา (การนำองค์กร)

๑. มาตรการป้องกันปัญหา

ปัญหาสำคัญในเรื่องการนำองค์กรได้แก่ การสื่อสารนโยบายของผู้บริหารไปยังผู้ปฏิบัติงาน, วิธีการบริหารจัดการของผู้บริหารระดับกลาง ซึ่งไม่เอื้อต่อการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้

การป้องกันปัญหาเรื่องการสื่อสารนโยบาย ได้เลือกสรรนโยบายที่สำคัญมาเผยแพร่ทาง วิดีโอวงจรปิดและเสียงตามสายประจำทุกวัน โดยในสัปดาห์เดียวกันจะนำเสนอเรื่องเดียวกัน ในแง่มุมต่างๆ ตั้งแต่ต้นนโยบาย, การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง, การนำไปปฏิบัติใน หน่วยงานที่ได้ทำไปแล้ว, ความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

การป้องกันปัญหาสำหรับผู้บริหารระดับกลาง ได้กำหนดให้ผู้บริหารระดับกลางทุกคนต้อง เข้าหลักสูตรอบรมผู้บริหารซึ่งโรงพยาบาลจัดให้, กำหนดให้มีการบันทึกการเรียนรู้ในหน่วยงาน และนำเสนอผ่าน intranet ให้แต่ละหน่วยงานได้เรียนรู้จากหน่วยงานอื่น

๒. รูปธรรมของการประสานกิจกรรมอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลได้ประสานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพทั้งหมดเข้าด้วยกัน ได้แก่ HA, HPH, ISO9000, QA พยาบาล, PSO โดยมีผู้รับผิดชอบหลักของ HA และ ISO เป็นคนเดียวกัน ทีมนำประกอบซึ่งประกอบด้วยทีมผู้บริหารระดับสูง, ผู้รับผิดชอบกิจกรรมคุณภาพทุกด้าน และผู้แทน clinical lead team มีการประชุมกันในช่วงพัฒนาทุกวันเวลา ๑๒.๓๐-๑๔.๓๐ น. หลังจากได้รับ survey preparation เมื่อเดือนมกราคม ๒๕๕๓ ทำให้สามารถวางแผนพัฒนาได้อย่างกลมกลืนและลดความซ้ำซ้อนของงาน

๓. ตัวอย่างของการใช้นวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์

โรงพยาบาลได้นำแนวคิด “คนสุดท้าย” มาใช้กระตุ้นความตื่นตัวในการทำงานของเจ้าหน้าที่ โดยจะมีการประเมินผลการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่ผลลัพธ์ของงานหลัก, การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ, เสียสละท้อ้นจากผู้รับผลงาน

ผู้ที่ถูกประเมินว่าเป็นคนสุดท้ายและมีคะแนนทิ้งห่างจากผู้อื่นมาก จะถูกพิจารณาโยกย้ายไปอยู่หน่วยงานอื่น

๔. จุดเด่นอื่นๆ

ความมุ่งมั่นขององค์กรบริหารสูงสุดต่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ด้วยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ การติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ และการแสดงออกให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเห็นความมุ่งมั่นดังกล่าว

๕ เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (โปรดระบุผลการวัด/ช่วงเวลาที่วัด)

เครื่องชี้วัด	ช่วงเวลาที่วัด	ผลการวัด
จำนวนกิจกรรมคุณภาพในแต่ละหน่วยงาน	มค.๕๓ - มิย.๕๓	- Mini COI เฉลี่ย ๑๐ เรื่องต่อหน่วยงาน สูงสุด ๒๕ เรื่อง ต่ำสุด ๕ เรื่อง - การกำหนดมาตรฐานป้องกันความเสี่ยงเฉลี่ย ๗๕% ของความเสี่ยงที่แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ได้

เครื่องชี้วัด	ช่วงเวลาชี้วัด	ผลการวัด
จำนวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายคุณภาพและการสนับสนุนทรัพยากร	มค.๕๓ - มิย.๕๓	ตัดสินใจนโยบายคุณภาพที่สำคัญ ๔ เรื่อง

๖. การทบทวน/ประเมินผลและการตอบสนองต่อผลการประเมิน^๑

ความสามารถในการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรอย่างมีทิศทาง: ภายใน ๔ เดือน หลัง ทีมนำสามารถชักนำให้หน่วยงานต่างๆ ร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิด TOM มีการใช้ความคิดสร้างสรรค์เพื่อปรับปรุงระบบงานต่างๆ อย่างกว้างขวาง (ดูเอกสารสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบ)

การประสานกิจกรรมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร: ผลการประสานกิจกรรมที่ทีมำได้นำผู้เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในทีมำ ทำให้มีการประสานแผนการทำงานอย่างราบรื่น

ประสิทธิภาพของกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา: จากการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ และเห็นว่าความซ้ำซ้อนหรือความสับสนที่เคยเกิดขึ้นนั้นลดลงไปอย่างมาก

วันที่ _____

ผู้ร่วมประเมิน กก. บริหาร รพ.

^๑ ประเด็นที่ควรประเมิน: ความสามารถในการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรอย่างมีทิศทาง, การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร, ประสิทธิภาพของกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา

ค. ข้อมูลเฉพาะ (การนำองค์กร)

๑. ใครคือบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล ในระดับสูงสุด

ทีมนำซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูง ผู้แทน PCT และผู้รับผิดชอบกิจกรรมคุณภาพทุกรูปแบบ

๒. ในรอบปีที่ผ่านมา บุคคล/กลุ่มบุคคลในข้อ ๑) มีการประชุมกันบ่อยเพียงใด ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง

ประชุมทุกสัปดาห์และเพิ่มเป็นทุกวันในช่วง ๒ เดือนหลัง

การตัดสินใจเรื่องสำคัญที่ได้ทำไปคือ ๑) การกำหนดเข็มมุ่งของ รพ., ๒) การบูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงของ รพ.กับ NCR/CAR ของระบบ ISO, ๓) การส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานใช้ระบบ miniCQI, ๔) การพัฒนาความสามารถในการบริหารของผู้บริหารระดับ

๓. จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วย อะไรคือประเด็นซึ่งมีความสำคัญ ๕ อันดับแรก โรงพยาบาลได้ดำเนินการตอบสนองอย่างไร

อันดับ	ความต้องการของผู้ป่วย	การตอบสนอง
๑	ความรวดเร็วในการให้บริการ	ใช้ระบบคิว, เพิ่มจุดบริการ, เพิ่มเจ้าหน้าที่ในช่วงเวลาแออัด
๒	บริการที่สุภาพและเอาใจใส่	สร้างความตระหนัก, จัดทำมาตรฐานพฤติกรรมบริการ, feed back
๓	การให้ข้อมูลที่ชัดเจน	กำหนดมาตรฐานข้อมูลที่จะต้องให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละจุด, ทำเอกสาร
๔	แพทย์มีความรู้ความชำนาญ	Peer Review
๕	ค่าบริการเหมาะสม	ทบทวนค่าบริการ, ทำ utilization review

๔. อะไรคือประเด็นสำคัญของการพัฒนาคุณภาพที่ผู้นำของโรงพยาบาลมุ่งเน้น ในรอบปีที่ผ่านมา และที่จะทำต่อไป

เข็มมุ่งในรอบปีที่ผ่านมาคือ ความรวดเร็ว, พฤติกรรมบริการ, การให้ข้อมูล, ค่าบริการที่เหมาะสม, miniCQI, การบริหารความเสี่ยง

เข็มมุ่งที่จะทำต่อไปคือ มาตรฐานและความเหมาะสมในการดูแลรักษา

๕. อะไรคือรูปธรรมของการประสานกิจกรรมคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล

การนำผู้รับผิดชอบกิจกรรมทุกรูปแบบมาร่วมในทีมนำ

การบูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงของ รพ. กับ NCR/CAR ของระบบ ISO

การเชื่อมโยงกิจกรรม RM/QA/CQI เข้าด้วยกัน ด้วยการวิเคราะห์ความเสี่ยง, นำมาตรการป้องกันความเสี่ยงมาจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่สิ้นกระชั้นทั้งในระดับ รพ. และระดับหน่วยงาน, นำผลของกิจกรรม miniCQI ที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลดี มาปรับแนวทางปฏิบัติในคู่มือ

๖. โปรดยกตัวอย่างกรณีผู้นำช่วยขจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงานซึ่งผู้ปฏิบัติงานหรือทีมพัฒนาคุณภาพประสบ

การจัดตั้งองค์กรแพทย์และให้อิสระในการทำงาน ทำให้แพทย์เกิดความกระตือรือร้นเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในทุกระดับอย่างมากมาย

การปรับโครงสร้างบริการจากฝ่ายผู้ป่วยนอกและฝ่ายผู้ป่วยใน มาเป็นการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการเสริมบทบาทของทีมงานด้านคลินิกในการพัฒนาระบบงาน

การสนับสนุนให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ได้เข้ารับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

๗. โปรดยกตัวอย่างการแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อนซึ่งต้องการการประสานงานระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ โครงสร้างองค์กรมีส่วนในการแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างไร

ผู้ป่วยเรื้อรังบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อกลับไปบ้าน เช่น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักและมีอัมพาต หรือผู้ป่วยบางรายมีอาการกำเริบหลังจากกลับไปบ้าน เช่น COPD จะได้รับการวางแผนการดูแลที่บ้านโดยทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยนั้น โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมทำหน้าที่ศึกษาสภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน และศักยภาพของครอบครัว นำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนร่วมกับทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล การมี PCT ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีส่วนอย่างมากในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือดังกล่าว

วันที่ _____

ผู้ร่วมประเมิน กก. บริหาร รพ. _____

ง. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา (การนำองค์กร)

๑. บทบาทขององค์กรบริหารสูงสุด (GOV.๑)

(๑) องค์กรบริหารสูงสุดให้นโยบายในการพัฒนาคุณภาพ

(๒) มีข้อ (๑) และองค์กรบริหารสูงสุดสนับสนุนทรัพยากร/รับรองแผนงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

(๓) มีข้อ (๒) และมีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าโรงพยาบาลจะให้บริการอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกัน

(๔) มีข้อ (๓) และมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาโดยองค์กรบริหารสูงสุด

(๕) มีข้อ (๔) และองค์กรบริหารสูงสุดมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม

ทีมนำมีการประชุมกันทุกสัปดาห์

มีการจัดทำพันธกิจซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แผน

เชิงมุ่งประจำปี และแผนงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ, จัดให้มีระบบรับคำร้องเรียนที่ง่ายต่อการเข้าถึง (โทรศัพท์บันทึกเทป, ผู้แทนผู้ป่วย) จัดให้มีระบบรายงานอุบัติการณ์และสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับ เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียมกัน

PCT และ System Lead Team อื่นๆ มีหน้าที่รายงานความก้าวหน้าให้แก่ทีมนำประจำทุกเดือน

๒. มีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า (LED.๑)

(๑) รับผิดชอบต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานจากคำร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา

(๒) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานด้วยแบบสอบถาม, จำกัดกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา, ตอบสนองความต้องการได้ในเรื่องต่างๆ

(๓) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานด้วยการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม, ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายครบถ้วน, มีการจัดลำดับความสำคัญของผู้รับผลงาน, สามารถตอบสนองความต้องการที่สำคัญได้

(๔) มีข้อ (๓) และมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

(๕) มีข้อ (๔) และการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญในใจของทุกคน

เจ้าหน้าที่ทุกคนมีหน้าที่ประเมินผลงานของตนเองด้วยการสอบถามผู้รับผลงานเป็นประจำทุกวัน, มีการค้นหาผู้ปวยที่คาดว่าจะมีปัญหาเพื่อช่วยเหลือแก้ไขโดยทันที, มีการจัดระบบรับคำร้องเรียนที่ง่ายต่อการเข้าถึง, มีการสนทนากลุ่มกับผู้ปวยและผู้รับผลงานภายในเป็นประจำทุก ๓ เดือน,

แต่ละหน่วยงานจะต้องจัดลำดับความสำคัญของผู้รับผลงาน และดำเนินการตอบสนองความต้องการที่สำคัญ,

มีการทำ grand round ในลักษณะสหสาขาวิชาชีพเป็นประจำทุกสัปดาห์โดยเน้นการดูผู้ปวยแบบองค์รวมซึ่งจะทำให้เห็นโอกาสพัฒนาได้เร็วกว่าการตั้งรับคำร้องเรียนหรือรับเสียงสะท้อนเมื่อสิ้นสุดบริการ

๓. ผู้นำทุกระดับสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ(COI)(GOV.๑.๘, LED.๔)

(๑) **ผู้บริหารระดับสูงให้นโยบาย และให้แต่ละหน่วยงานดำเนินการ**

(๒) **ผู้บริหารสนับสนุนการมีอบรม COI^๒ และสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินการ**

(๓) **ผู้นำทุกระดับสนับสนุนด้วยการให้โอกาส,วางแผนประสานและสนับสนุน, ให้คำปรึกษา, ช่วยขจัดอุปสรรค, ติดตามให้กำลังใจสม่ำเสมอ**

(๔) **มีการเชื่อมโยง COI กับ QA และ RM, มีกลไกสนับสนุนให้เกิด COI ระหว่างหน่วยงาน**

(๕) **ผู้นำทุกระดับเป็นตัวอย่างที่ดีของการนำ COI มาใช้ปรับปรุงระบบงาน**

ทีมนำประกาศพันธกิจและแผนยุทธศาสตร์

ส่งเสริมให้ผู้นำทุกระดับเข้ารับการอบรมในหลักสูตรการเป็นโค้ชและ COI

สนับสนุนแผนเข็มมุ่งและแผนงบประมาณซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำระดับต้นจะต้องรายงานปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพขึ้นมาตามสายงานจนถึงทีมนำ

การเชื่อมโยง COI กับ QA และ RM ดูคำตอบใน ค.๕

^๒ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์หรือวงล้อ PDCA เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ปวยและผู้รับผลงาน

๔. มีโครงสร้างองค์กรที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ^๓

(๑) มีสำนักงานคุณภาพและทีมประสานงาน/สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ

(๒) มีข้อ (๑) และมีทีมนำในระดับโรงพยาบาล^๔ ทีมนำในด้านระบบงานที่จำเป็น^๕

(๓) มีข้อ (๒) และมีทีมนำในด้านคลินิกซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง^๖

(๔) มีข้อ (๓) และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมต่างๆ, มี facilitator เพียงพอที่จะให้ความช่วยเหลือทุกหน่วยงาน

(๕) เป็นตัวอย่างที่ดีของโครงสร้างองค์กรสำหรับการพัฒนาคุณภาพ

มีการจัดตั้ง Clinical Lead Team ด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ จักษุ โสตศอนาสิก และ Systema Lead team อื่นๆ ได้แก่ ทีมสิ่งแวดล้อม, ทีมทรัพยากรบุคคล, ทีมระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

การสื่อสารจะมีทั้งการรายงานสู่ทีมนำตาม TOR ที่กำหนดไว้ และการประสานงานตามช่องทางสื่อสารที่มีอยู่ได้แก่ intranet, โทรศัพท์, การประชุมกลุ่มย่อย

ทุกหน่วยงานจะมีบุคคลที่ได้รับการอบรมทักษะการเป็น facilitator อย่างน้อยสองคน และทำหน้าที่ช่วยเหลือภายในหน่วยงานของตนเอง ภายใน ๖ เดือนข้างหน้าจะเพิ่มผู้ที่ได้รับการอบรมขึ้นอีกเท่าตัว

๕. มีการปรับระบบบริหาร^๗ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

(๑) ใช้การจูงใจด้วยรางวัลเป็นครั้งคราว

(๒) นำการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ประเมินผล

(๓) มีการปรับระบบบริหารของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อส่งเสริม CQI

^๓ แต่ละทีมจะต้องมีขอบเขตหน้าที่ชัดเจน และปฏิบัติตามขอบเขตหน้าที่ที่กำหนดไว้

^๔ อาจจะใช้โครงสร้างที่มีอยู่เดิม เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล หรือจัดตั้งขึ้นมาในชื่อต่างๆ เช่น คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ, สภาคุณภาพโรงพยาบาล, Hospital Lead Team, Top Team

^๕ อย่างน้อย มีทีมนำที่รับผิดชอบ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล, โครงสร้างกายภาพและความปลอดภัย, ระบบสารสนเทศ, ระบบบริการผู้ป่วยนอก, ระบบบริการผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กอาจพิจารณา รวมทีมเข้าด้วยกันให้เหลือเท่าที่จำเป็น

^๖ เช่น ทีมอายุรกรรม, ทีมศัลยกรรม, ทีมจักษุวิทยา มีหน้าที่หลักคือ หาโอกาสพัฒนา, จัดทีมทำ, ติดตามผล

^๗ ได้แก่ ระบบสื่อสารในองค์กร, ระบบสารสนเทศ, ระบบการประเมินผล, ระบบการให้รางวัลและแรงจูงใจ

(๔) มีข้อ (๓) และมีการใช้นวัตกรรมทางการบริหารเพื่อส่งเสริม COI

(๕) มีระบบบริหารที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริม COI

มีระบบเก็บคะแนนสะสมของหน่วยงานโดยคิดจากกิจกรรมคุณภาพทุกประเภท ซึ่งมีน้ำหนักคะแนนแตกต่างกันตามความยากง่าย

ร้อยละ ๒๕ ของคะแนนการประเมินผลงานจะให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาพิจารณา

การประเมินผลงานจะดูทั้งผลลัพธ์รวมของหน่วยงานและผลการทำงานของแต่ละบุคคล การประเมินผลงานของหัวหน้าหน่วยงานจะพิจารณาความสามารถในการสร้างความร่วมมือและความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ

๖. ผลลัพธ์ด้านการนำองค์กร

(๑) ไม่มีปัญหา แต่องค์กรอยู่ในสภาพนิ่ง

(๒) เริ่มมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างองค์กรพร้อมที่จะรองรับการเปลี่ยนแปลง

(๓) **โครงสร้างองค์กรเป็นกลไกผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และการนำมีประสิทธิ-
ภาพ**

(๔) การนำมีประสิทธิภาพสูง และเน้นผู้ปวยเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน

(๕) การนำมีประสิทธิภาพสูงมาก

ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับสัมผัสได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความสุขกับการทำงานมากขึ้น และต้องการให้ผู้บริหารดำเนินการส่งเสริมในลักษณะนี้ต่อไป

วันที่ _____

ผู้ร่วมประเมิน กก. บริหาร รพ. _____

๔ ประสิทธิภาพในการนำดูจาก: ความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม, ความสามารถในการสร้างความร่วมมือและความเข้าใจ, ความสามารถในการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง



แนวทางคำตอบ

ถาม ๑: ประโยชน์ที่ได้จากการใช้แบบประเมินตนเองในแต่ละข้อ (ก. ข. ค. ง.)

- ข้อ ก. ช่วยให้ทบทวนมาตรฐานโดยละเอียด, ได้ทบทวนความสำเร็จ, ช่วยในการวางแผนพัฒนาโดยจำแนกออกเป็นเรื่องง่ายและเรื่องยาก
- ข้อ ข. ช่วยในการรวบรวมสังเคราะห์ เชื่อมโยง และประเมินความพยายามในการพัฒนา
- ข้อ ค. กระตุ้นให้เห็นรูปธรรมของการพัฒนา และเปิดโอกาสให้บันทึกเนื้อหาของการพัฒนา
- ข้อ ง. ช่วยให้เห็นลำดับขั้นของการพัฒนา และเปิดโอกาสให้บันทึกหรือระบุหลักฐานว่าได้ทำถึงขั้นนั้น

ถาม ๒: แบบประเมินในแต่ละข้อเหมาะสมที่จะใช้ในช่วงเวลาใด (เริ่มต้นพัฒนา ระหว่างพัฒนา เตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ)

- ช่วงเริ่มต้นพัฒนา ควรตอบแบบประเมินข้อ ก. และข้อ ง.
- ช่วงระหว่างพัฒนา ควรตอบแบบประเมินข้อ ค. ปรับปรุงเพิ่มเติมข้อ ง., และเริ่มตอบข้อ ข. ถ้าเป็นไปได้
- ช่วงเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ ควรทบทวนทั้ง ๔ ข้อ โดยเฉพาะใช้เวลากับข้อ ข. ให้มาก

ถาม ๓: จะใช้แบบประเมินตนเองนี้เป็นเครื่องมือในการบันทึกผลงานการพัฒนาคุณภาพอย่างไร

- ถือเป็นเหมือนว่าแบบประเมินตนเองเป็นแบบบันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา
- บรรยายเรื่องราว เหตุการณ์ หลักฐาน ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องตรงประเด็นกับมาตรฐานบทนั้น ในแบบประเมินข้อ ข. ค. และ ง.

ถาม ๔: ประเด็นในการวางแผนปรับปรุงในข้อ ก. ได้มาอย่างไร

- ได้มาจากการศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับบูรณาการในแต่ละบทอย่างละเอียด ประเด็นในมาตรฐานที่ยังไม่ได้มีการปฏิบัติ ควรพิจารณานำมาบรรจุไว้ในแผนปรับปรุงใน ข้อ ก.

ถาม ๕: มาตรการป้องกันปัญหาใน ข้อ ข. ได้มาอย่างไร

- ได้มาจากการวิเคราะห์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานในบทนั้นๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น แล้วนำปัญหาเหล่านั้นมากำหนดแนวทางป้องกันที่คาดว่าจะได้ผลดีที่สุด

ถาม ๖: ถ้ามีความเห็นที่แตกต่างกันในการตัดสินใจ รพ. อยู่ตรงระดับใดในข้อ ง. ควรทำอย่างไร

- ไม่จำเป็นต้องสรุป ขอให้ช่วยกันแสดงความคิดเห็นว่าจะต้องปรับปรุงตรงไหน เมื่อทำไประยะหนึ่ง จะมีความเห็นร่วมกันมากขึ้น

๓.๓ แนวทางการตอบแบบประเมินตนเองให้ได้ประโยชน์

ก. การประเมินเมื่อเริ่มแรก (วิเคราะห์เพื่อวางแผนปรับปรุง)

ปัญหาที่พบบ่อย

- ทีมงานใช้วิธีลัดคือประเมินในข้อ ง. ก่อน แล้วนำเอาสิ่งที่ยังทำไม่ได้ในข้อ ง. มาเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุง การทำเช่นนี้สามารถทำได้ แต่มีข้อพึงสังวรณว่าควรพิจารณาให้ครอบคลุมทุกประเด็น และบางเรื่องนั้นไม่ใช่สิ่งที่จะต้องพยายามไปให้ถึงในช่วงเวลาอันสั้น
- แนวทางการดำเนินการซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่จะปรับปรุง
- ระยะเวลาที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบไม่ได้พิจารณาอย่างจริงจังถึงความเป็นไปได้ของแผนที่ตนเองกำหนด หรือไม่ทราบเป้าหมายนั้นคืออะไร
- ทีมงานกังวลในการแยกแยะอะไรคือสิ่งที่สามารถทำได้ง่าย อะไรคือสิ่งที่ซับซ้อนหรือยากลำบาก ซึ่งทีมควรจะมีใจในการใช้ดุลยพินิจและสามัญสำนึกของสมาชิก เพราะการแยกแยะตรงนี้มีจุดประสงค์เพียงเพื่อให้เลือกทำในสิ่งที่ง่ายก่อน ไม่มีอะไรถูกผิด
- ทีมงานไม่ได้นำมาทบทวนความก้าวหน้า และปรับแผนให้เป็นปัจจุบัน

ทางออก

ทีมผู้ประเมินควรปฏิบัติตามคำชี้แจงที่ให้ไว้ คือ “โปรดศึกษาประเด็นสำคัญในมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาแล้ววางแผนพัฒนาในตารางข้างล่าง”. ประเด็นสำคัญก็คือหัวข้อที่พิมพ์ด้วยตัวหนาในมาตรฐาน และเพื่อให้ง่ายขึ้น รพ.อาจจะประเมินออกมาในรูปแบบของการทำ check list ดังตัวอย่าง.

ในการประเมิน ทีมผู้ประเมินต้องศึกษารายละเอียดในแต่ละประเด็นประกอบด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าความคาดหวังที่จะให้ รพ.ปฏิบัตินั้นเป็นอย่างไร.

นอกเหนือจากนี้ หากทีมผู้ประเมินเห็นว่าเรื่องใดเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและควรนำมาบรรจุไว้ในแผนการปรับปรุง ก็สามารถเพิ่มเติมได้.

ประเด็น	OK ^๙	P1 ^{๑๐}	P2 ^{๑๑}	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
HUM.1 มีการวางแผนทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล				
(๑) มีนโยบายด้านทรัพยากรบุคคล ซึ่งได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุด (HUM.1.1)				
(๒) มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบการบริหารทรัพยากรบุคคล ในด้านการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล (HUM.1.2)				

^๙ ประเด็นที่ทำได้ดีแล้ว

^{๑๐} ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย

^{๑๑} ประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก

ประเด็น	OK ^๙	P1 ^{๑๐}	P2 ^{๑๑}	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(๓) มีการจัดทำแผนทรัพยากรบุคคล เป็นลายลักษณ์อักษร (HUM.1.3)				
(๔) มีการกำหนดคุณสมบัติ และ ความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง (HUM.1.4)				
HUM.2 มีกระบวนการสรรหาและ คัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มี คุณสมบัติตามที่กำหนดไว้				
(๑) มีวิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือกเจ้าหน้าที่ (HUM.2.1)				
(๒) มีการจัดทำหนังสือสัญญาจ้างเป็น ลายลักษณ์อักษร (HUM.2.2)				
(๓) มีการจัดทำทะเบียนประวัติ เจ้าหน้าที่ (HUM.2.3)				
HUM.3 มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้ เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ				
(๑) มีการประเมินความต้องการและ กำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากร บุคคล (HUM.3.1)				
(๒) มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากร บุคคลในระดับโรงพยาบาลและระดับ หน่วยงาน (HUM.3.2)				
(๓) เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการ เตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ (HUM.3.3)				

ประเด็น	OK ^๔	P1 ^{๑๐}	P2 ^{๑๑}	แนวทางดำเนินการ/ผู้รับผิดชอบ/ระยะเวลา
(๔) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ (HUM.3.4)				
(๕) มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.5, GEN.4.5)				
HUM.5 มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล				
(๑) การศึกษาความต้องการและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่				
(๒) การตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม				

ข. การประเมินระหว่างและหลังการพัฒนา

๑. มาตรการป้องกันปัญหา

ปัญหาที่พบคือคำตอบส่วนใหญ่เป็นคำตอบในเชิงกระบวนการว่าจะค้นหาและจัดการกับปัญหาอย่างไร เป็นการกล่าวในหลักการกว้างๆ ทั่วไป ซึ่งทุกคนรับรู้อยู่แล้ว เช่น สํารวจปัญหาที่มี จัดทำเอกสารแนวทางปฏิบัติงานให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมสำคัญ ติดตามนิเทศอย่างสม่ำเสมอ ประชุมนำเสนอปัญหาและระดมสมองหาแนวทางแก้ไข.

คำตอบที่ต้องการคือคำตอบในเชิงเนื้อหาคือ**มีปัญหอะไรที่สำคัญและมีมาตรการป้องกันอย่างไร**. ตัวอย่างคำตอบในเชิงเนื้อหา เช่น:

กำลังคน	เกลี่ยตำแหน่งบุคลากรในหน่วยที่มีปัญหา, จัดหลักสูตรการอบรมเป็นหลายระดับ มีระดับภาคบังคับด้วย เช่น อุบัติภัย การช่วยฟื้นคืนชีพ
เครื่องมือ	มีคู่มือการใช้งานและบำรุงรักษา, มีการสอบเทียบ, มีการสำรองเครื่องมือที่จำเป็น

ถ้าจะให้ดียิ่งขึ้น ควรระบุด้วยว่ามาตรการที่กำหนดไว้ นั้นได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด ครอบคลุมหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายหรือมีความเสี่ยงสูงเพียงใด ผลลัพธ์หลังจากใช้มาตรการเหล่านี้ทำให้ปัญหาลดลงหรือไม่.

ตารางข้างล่างแสดงตัวอย่างของปัญหาเฉพาะของแต่ละบท (ซึ่งเป็นเพียงปัญหาส่วนน้อย) เมื่อระบุปัญหาได้แล้ว ต่อไปการระบุมาตรการในการป้องกันก็สามารถทำได้ไม่ยาก.

กำลังคน	กำลังคนไม่เพียงพอ, ลูกจ้างลาออกบ่อย, เนื้อหาการฝึกอบรมไม่สอดคล้องกับปัญหาคุณภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
สิ่งแวดล้อม	ฝุ่นจากโรงซักฟอกปลิวเข้าหอพักเจ้าหน้าที่, ใช้ช่องทางหนีไฟเป็นที่เก็บของ, มีวัสดุไวไฟอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ จำนวนมาก
เครื่องมือ	การซ่อมล่าช้า, ไม่มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันโดยเจ้าหน้าที่ผู้ใช้
สารสนเทศ	ข้อมูลกระจายจัดกระจัด, เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีปัญหาถูกลักลอบนำออกนอก รพ., แต่ละหน่วยงานยังต้องประมวลผลข้อมูลด้วยตนเอง
กระบวนการ คุณภาพ	เจ้าหน้าที่เหนื่อยล้าจากการทำกิจกรรม CQI, ไม่มีการนำ CQI ไปใช้ในชีวิตประจำวัน
ควบคุม โรคติดต่อ	ประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังต่ำ, ไม่มีการปฏิบัติตามหลัก UP โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล้างมือและการสวมถุงมือ

๒. รูปแบบของการประสานกิจกรรมอย่างเป็นระบบ

ปัญหาที่พบคือการตอบในเชิงกระบวนการ หรือการนำข้อกำหนดในมาตรฐานมาตอบเป็นสิ่งที่ไม่ทำให้เห็นภาพว่าทาง รพ. ได้ปฏิบัติเช่นนั้นจริงเช่น.

เครื่องมือ	มีคณะ กก.เครื่องมือเป็นตัวแทนจากทุกหน่วยงาน, มีการประชุมคณะ กก.
ควบคุม โรคติดเชื้อ	สำรวจ/วิเคราะห์ความต้องการ/คาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน, เลือกกิจกรรม/ กระบวนการดูแลรักษาและการบริหารที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง, ดำเนินการแก้ ปัญหา/พัฒนาคุณภาพร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, ประเมินผลการแก้ปัญหา, ติดตามรักษาคุณภาพ

คำตอบที่คาดหวังคือการบอกเล่าเรื่องราวที่เป็นรูปธรรมซึ่งจะเป็นการยืนยันว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่วางจริง เช่น

กระบวนการ คุณภาพ	ทุกหน่วยงานมีการประสานกิจกรรม QA/RM/COI, การควบคุมเอกสารคุณภาพทั้ง องค์กร, ระบบบริหารความเสี่ยง มีนโยบายกระจายไปสู่ PCT/หน่วยงานต่างๆ มี ระบบการบันทึกเพื่อเก็บข้อมูล วิเคราะห์ นำเสนอผู้เกี่ยวข้องและผู้บริหาร เพื่อติดตาม เฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ, ระบบตัวชี้วัดคุณภาพ มีการออกแบบฟอร์ม เก็บข้อมูล อบรม ส่งข้อมูลมายังศูนย์พัฒนาคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้อง, การ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการหาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการหลัก อบรมการใช้เครื่องมือ มีมทรรมคุณภาพเป็นเวทีในการนำเสนอผลงาน
---------------------	---

เช่นเดียวกัน ถ้าจะให้ดียิ่งขึ้น ควรระบุด้วยการประสานกิจกรรม
เหล่านั้นครอบคลุมหน่วยงานหรือกระบวนการที่เป็นเป้าหมายเพียงใด
ผลลัพธ์หลังจากการประสานกิจกรรมเหล่านั้นทำให้คุณภาพและ
ประสิทธิภาพดีขึ้นเพียงใด.

ในการพิจารณาเรื่องการประสานกิจกรรม อาจนึกถึง

- ◆ กระบวนการอื่นหรือความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น
- ◆ ระบบงานอื่นซึ่งมีความเกี่ยวข้อง
- ◆ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเพื่อให้สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น
และมีประสิทธิภาพขึ้น

ตารางต่อไปแสดงตัวอย่างของสิ่งที่ควรพิจารณาในการประสานกิจกรรม
ซึ่งจะทำให้คิดถึงรูปธรรมที่ทีมต่างทำได้ไม่ยาก.

	กระบวนการ/	ระบบงานอื่น หน่วยงานอื่น	ความร่วมมือ
กำลังคน	การใช้วิทยากรภายใน การวางแผน/การฝึก อบรม/การประเมินผล	การวัดคุณภาพกับการ กำหนดแผนฝึกอบรม	แผนฝึกอบรมระดับ รพ.
สิ่งแวดล้อม	การดูแลระบบก๊าซทาง การแพทย์ กับการใช้ก๊าซ ทางการแพทย์	การจัดการด้านความ ปลอดภัยกับการรายงาน อุบัติการณ์	แผนป้องกันอัคคีภัย ระดับ รพ. และการ ฝึกซ้อม
เครื่องมือ	ข้อมูลข้อติดขัด/ปัญหา ในการใช้ กับการคัด เลือกเครื่องมือ	การฝึกอบรม กับการ ดูแล/ใช้เครื่องมือ	การประเมินความเพียงพอของเครื่องมือ
สารสนเทศ	การศึกษาความต้องการ กับการออกแบบระบบ	ระบบสารสนเทศ กับ การพัฒนาคุณภาพ	การประมวลผลเครื่อง ซีวีดี
กระบวนการ คุณภาพ	การปฏิบัติให้ครบวงล้อ PDSA	การแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบ เพื่อการป้องกันใน ภาพรวม	การใช้ประโยชน์จาก กิจกรรม COI ให้ครอบคลุมกว้างขวาง
ควบคุมโรคติดเชื้อ	การตรวจทางจุลชีววิทยา กับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ	การพัฒนาคุณภาพกับ การป้องกันการติดเชื้อ	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

๓. ตัวอย่างของการใช้นวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์

อาจจะเป็นการยากในการที่จะบอกว่าจะไรคือความคิดสร้างสรรค์หรือนวัตกรรม. หลักเกณฑ์ง่ายๆ ก็คือ ควรเป็นเรื่องแปลกใหม่ที่ไม่เคยมีใครใช้มาก่อน, หรือมีใช้อยู่บ้างแต่ก็ยังไม่กว้างขวางหรือยังไม่เกิดข้อสรุปที่ชัดเจน แต่เรานำมาปรับปรุงให้ใช้ได้ดีขึ้น.

ถ้าเป็นสิ่งที่มีการปฏิบัติกันโดยทั่วไปและเป็นที่ยอมรับกันอยู่แล้วและเรานำมาใช้แล้วได้ผลดี สิ่งนั้นควรจะอยู่ในหัวข้อจุดเด่นอื่นๆ เช่น การมีช่างเทคนิคทางการแพทย์ การใช้สารสนเทศในการให้ข้อมูลผลข้างเคียงของยาน่าจะอยู่ในหัวข้อจุดเด่นอื่นๆ.

ปัญหาในการตอบหัวข้อนี้คือโรงพยาบาลจะตอบมาเพียงส่วนน้อย ทั้งที่ในโรงพยาบาลมีการสร้างนวัตกรรมต่างๆเกิดขึ้นมากมาย เพื่อให้รพ.สามารถรวบรวมความพยายามที่น่าชื่นชมนี้และนำมาใช้งานได้อย่างเป็นระบบ รพ.ควรจัดทำบัญชีรายการนวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์ของทั้งโรงพยาบาลดังกล่าวอย่างข้างล่าง และควรตอบให้ตรงกับมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดแพทย์เวร ER น่าจะอยู่ในเรื่องช่ององค์กรแพทย์ การจัดกำลังคน และบริการฉุกเฉิน มากกว่าอยู่ในเรื่องกระบวนการคุณภาพ.

นวัตกรรม/ความคิดสร้างสรรค์	ผู้คิด	หน่วยงานที่นำไปใช้	มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

๔. เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (โปรดระบุผลการวัด/ช่วงเวลาที่ยัด)

ปัญหาที่พบบ่อย

- ◆ ระบุเครื่องชี้วัดไม่ตรงกับภารกิจหลัก เช่น ตัวชี้วัดคุณภาพ รพ. ไม่ได้สะท้อนภารกิจหลักในเรื่องกระบวนการคุณภาพ
- ◆ ระบุเครื่องชี้วัดไม่ครบถ้วน เช่น ในหัวข้อสิ่งแวดล้อม สารสนเทศ
- ◆ ไม่ระบุผลการวัดออกมาเป็นตัวเลข

ทางออก

การวิเคราะห์เป้าหมายสำคัญของมาตรฐานแต่ละบท จะทำให้ได้เครื่องชี้วัดสำคัญที่ตรงประเด็นดังตัวอย่าง

มาตรฐาน	เป้าหมาย	เครื่องชี้วัด
ทรัพยากรบุคคล	มีกำลังคนเพียงพอในด้านปริมาณ	จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ขาดแคลน
	มีกำลังคนเพียงพอในด้านคุณภาพ หน้าที่ที่กำหนด	ระดับความรู้ความสามารถในการปฏิบัติ หน้าที่ที่กำหนด
	เจ้าหน้าที่มุ่งมั่นทำงานอย่างมีคุณภาพ	คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
	เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาอย่าง เหมาะสม	สัดส่วนผู้เข้าร่วมฝึกอบรมตามเป้าหมาย ที่กำหนด
	เจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน	ความพึงพอใจในงาน

๔. การทบทวน/ประเมินผล และตอบสนองต่อผลการประเมิน

ปัญหาที่พบบ่อย

มักจะตอบเฉพาะวิธีการในการประเมิน. คำตอบที่ต้องการคือเนื้อหาที่ได้จากการประเมิน ซึ่งการประเมินนี้สามารถให้การพรรณนาหรือการบรรยายไม่จำเป็นต้องเป็นการประเมินเชิงปริมาณที่ยุ่งยากซับซ้อน ดังตัวอย่างคำตอบที่ให้ข้อมูลในเชิงพรรณนาเบื้องต้น

ควบคุมโรคติดเชื้อ	- ความรู้ความเข้าใจต่อนโยบายและมาตรการ: ICN และ ICWN รวมทั้งพยายามให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน IC ในทุกมาตรการที่กำหนด, ระดับความรู้เกี่ยวกับ IC เพิ่มขึ้น
	- การปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการ: หอผู้ป่วยมีการนำข้อเสนอแนะไปดำเนินการ, มีการกำหนด ทบทวนเอกสารวิธีปฏิบัติงานแต่ละฉบับอย่างต่อเนื่อง
	- ประสิทธิภาพของการใช้น้ำยาทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ: มีการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด, มีมาตรฐานการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ
	- อุบัติการณ์การติดเชื้อ: มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ (target surveillance)
	- ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังการติดเชื้อ: ดำเนินการประเมินประสิทธิภาพปีละ 1 ครั้ง เกณฑ์ทุกหน่วยงานมากกว่า 80%
	- การสอบสวนการระบาด: กำหนดข้อบ่งชี้และกลไกในการดำเนินการ, กำหนดผู้รับผิดชอบและขอบเขตการดำเนินการ

ทีมผู้รับผิดชอบและทีมนำควรมายกกันว่าในแต่ละประเด็นที่กำหนดไว้ใน foot note สมาชิกมีความเห็นอย่างไร ทำได้ดีแล้วหรือยัง ถ้ายังไม่ได้มีจุดอ่อนอยู่ตรงไหนบ้าง รวมทั้งควรจะขอทราบความเห็นของทีมนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย. เมื่อค้นพบจุดอ่อนแล้วให้พิจารณาว่าจะมีแผนการในการตอบสนองอย่างไร.

สมาชิกในทีมที่ร่วมกันทบทวน/ประเมิน ควรทำตัวเป็นคนช่างสงสัย และใช้ตัวอย่างคำถามต่อไปนี้เพื่อกระตุ้นให้ทีมได้ตอบคำถามข้อนี้ได้

สมบรูณ์ยิ่งขึ้น

- ◆ รพ. มีกระบวนการในการประเมินความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ต่อ Standard Precaution อย่างไร, มีความคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ในระดับผู้ช่วยจะต้องมีความรู้ในระดับใด และในความเป็นจริงแล้วเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่
- ◆ นโยบายและมาตรการกำรป้องกันการติดเชื้อที่ถูกละเลย/ไม่มีการปฏิบัติตามมากที่สุดคืออะไร, มีเกณฑ์พิจารณาอย่างไรว่าการแก้ปัญหาจะเป็นหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงานหรือเป็นความพยายามร่วมกันทั้ง รพ., การล้างมือหลังสัมผัสผู้ป่วย และการไม่ใช้ถุงมือซึ่งสัมผัสผู้ป่วยแล้วมาสัมผัสสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่ถูกละเลยบ่อยๆ ทาง รพ. มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร)
- ◆ รพ. มีมาตรการในการลดการใช้ยาฆ่าเชื้ออย่างไร, มีการยกเลิกใช้ยาฆ่าเชื้อในเรื่องอะไรบ้าง, มีการเปลี่ยนแปลงลำดับขั้นของการใช้ยาฆ่าเชื้ออย่างไรบ้าง, ผลลัพธ์เป็นอย่างไร (ขอข้อมูลค่านายฆ่าเชื้อที่ใช้ไปในช่วงสามปีที่ผ่านมา), ใครเป็นผู้ติดตามการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่อง sterilizer, ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- ◆ targeted surveillance ที่ รพ. เผ่าติดตามมีอะไรบ้าง, ผู้เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเฝ้าระวังแบบมุ่งเป้า กับแบบครอบคลุม, ขณะนี้ยังมีการเฝ้าระวังแบบครอบคลุมอยู่หรือไม่
- ◆ อะไรคือเกณฑ์ที่ใช้เป็นฐานในการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง, มีความเชื่อมั่นในความถูกต้องของฐานดังกล่าวเพียงใด
- ◆ ในรอบปีที่ผ่านมา มีการระบาดของการติดเชื้อใน รพ. หรือไม่, ถ้ามีได้มีการดำเนินการอย่างไร, ถ้าไม่มี แน่ใจได้อย่างไรว่าไม่เกิดขึ้นจริง

ค. ข้อมูลเฉพาะ

ปัญหาที่พบบ่อย

- ตอบคำถามไม่ครบถ้วนทุกประเด็น
- ตอบไม่ตรงประเด็น
- ให้อายละเอียดไม่มากพอที่จะเห็นความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

ทางออก

ทีมผู้รับผิดชอบในการประเมินควรศึกษาเหตุผลของคำถามแต่ละข้อ (ซึ่งอยู่ในบทที่ 4 “หลากหลายแง่มุมจากมาตรฐาน HA”).

ทีมผู้รับผิดชอบและทีมนำควรมาคู่กันเพื่อให้สามารถสื่อสารความพยายามในการพัฒนาคุณภาพที่ได้ทำไว้อย่างครบถ้วน โดยสมาชิกในทีมทำตัวเป็นคนช่างสงสัย และใช้หลัก PDSA ตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ทีมได้ตอบคำถามแต่ละข้อได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังแนวทางต่อไปนี้:

Plan: เป้าหมายสำคัญของเรื่องนี้คืออะไร มีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญอย่างไร มีการเชื่อมโยงกับระบบงาน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร มีการใช้นวัตกรรมเพื่อทำงานให้ง่ายขึ้นได้อย่างไร ?

Do: การปฏิบัติในเรื่องนี้ครอบคลุมครบถ้วนตามที่กำหนดไว้หรือไม่ หน่วยงานที่ปฏิบัติได้ครบถ้วนถูกต้องมีเพียงใด (ที่ไหนทำได้ดี ที่ไหนยังต้องปรับปรุง) มีการประสานงานกันดีเพียงใด ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจดีเพียงใด ?

Check: ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเมื่อเทียบกับเป้าหมายเป็นอย่างไร สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานได้เพียงใด มีข้อมูลอะไรที่จะช่วยให้เห็นภาพได้บ้าง ?

Act: มีแผนการที่จะทำอะไรต่อไปหลังจากที่เห็นข้อมูลผลลัพธ์ดังกล่าว ?

ตัวอย่างคำถาม	โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลอย่างไร
คำตอบของทีม	ไม่ให้คนอื่นเจาะระบบเข้ามา, ไม่ให้คนในเจาะระบบเอง, ระบบสำรองเมื่อมีไฟดับ, การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับ อะไรที่เป็นข้อมูลที่เป็นความลับ
คำตอบที่ควรเพิ่ม	<p>Plan: แนวทางที่เป็นรูปธรรมในการป้องกันไม่ให้เกิดการเจาะระบบเป็นอย่างไร</p> <p>Do: รพ.สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ได้ดีเพียงใด</p> <p>Check: ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร (เชิงพรรณนา) ตรงไหนที่เป็นจุดอ่อนอยู่ (เชิงปริมาณ) มีการรั่วไหลของข้อมูลบ่อยเพียงใด</p> <p>Act: รพ.มีแผนเกี่ยวกับเรื่องนี้อะไรอีกหรือไม่</p>
ตัวอย่างคำถาม	โปรดอธิบายวิธีการทำให้หน่วยงานต่างๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
คำตอบของทีม	สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, จัดทำบอร์ดคุณภาพ, วางแผนพัฒนาหน่วยงานจากผลการทำแบบประเมินตนเอง, จัดให้มีมหกรรมคุณภาพเป็นเวทีนำเสนอผลงาน COI
คำตอบที่ควรเพิ่ม	<p>Check: วิธีการต่างๆ ที่กล่าวมานั้น วิธีการใดที่ได้ผลดี วิธีการใดที่ได้ผลไม่ค่อยดี, ระดับความตื่นตัวเป็นอย่างไร, เคนในหน่วยงานใด ด้อยในหน่วยงานใด</p> <p>Act: มีแผนที่จะปรับปรุงอย่างไรต่อไป</p>

จ. ตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา

ปัญหาที่พบบ่อย

- ไม่มีการบรรยายรายละเอียดให้เห็นภาพว่า ได้มีการปฏิบัติอย่างไร ได้ผลเป็นอย่างไร

ทางออก

ใช้แนวทางเดียวกับการตอบคำถามข้อ ค. (หรืออาจจะอ้างอิงไปถึงส่วนที่ตอบไว้แล้วในข้อ ค.) ดังตัวอย่างคำถามข้อ ง.๕ ในเรื่องการนำองค์กร.

ง๕. มีการปรับระบบบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

(๑) ใช้การจูงใจด้วยรางวัลเป็นครั้งคราว

(๒) นำการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพมาใช้ประเมินผล

(๓) มีการปรับระบบบริหารของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อส่งเสริม CQI

(๔) มีข้อ (๓) และมีการใช้นวัตกรรมทางการบริหารเพื่อส่งเสริม CQI

(๕) มีระบบบริหารที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการส่งเสริม CQI

ทีมงานตอบว่าได้ทำใน ๓ ข้อแรก สิ่งที่ต้องจะขยายความเช่น ..

- ◆ การจูงใจด้วยรางวัลนั้นนำบ่อยเพียงใด ครอบคลุมหน่วยงานได้มากเพียงใด ได้ผลเพียงใด
- ◆ การประเมินผลจากการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพนั้น มีเกณฑ์อย่างไร ใช้ในหน่วยงานใดบ้าง ผลเป็นอย่างไร
- ◆ การปรับระบบบริหารเพื่อส่งเสริม CQI ได้แก่อะไรบ้าง ผลเป็นอย่างไร

ขอให้ทีมผู้ตอบแบบประเมินตนเองตระหนักว่า การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนในรูปแบบที่กระชับ จะช่วยให้ รพ.ได้รับประโยชน์จากผู้เยี่ยมชมสำรวจมากที่สุด. ขณะเดียวกันทีมผู้ตอบเองก็ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลและตั้งประเด็นคำถามต่างๆ เพื่อให้เกิดความกระจ่าง อีกทั้งเห็นโอกาสพัฒนาด้วยตนเองไปแล้วระดับหนึ่ง.

รพ.ไม่ควรรอคอยที่จะให้รายละเอียดโดยตรงกับผู้เยี่ยมชมสำรวจ เพราะในเวลานั้นทุกคนมีเวลาจำกัดและจะไม่สามารถเรียงเรียงถ้อยคำหรือตอบได้อย่างสมบูรณ์. การตอบแบบประเมินตนเองอย่างสมบูรณ์จะทำให้ผู้เยี่ยมชมสำรวจทำหน้าที่ยืนยันผลการประเมินตนเองและกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาได้มากขึ้น.

๓.๔ กับพื้นที่หน้าที่ประเมิน

การประเมินตามมาตรฐานทั้ง ๒๐ บทนี้เป็นการประเมินในภาพรวมของโรงพยาบาล, ผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินจึงควรเป็นผู้ที่เห็นภาพรวมในเรื่องนั้นๆ ดีที่สุด เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม อาจมีลักษณะเฉพาะและมีกิจกรรมที่แตกต่างกันไป, การประเมินทางคลินิกตั้งแต่บทที่ ๑๕ ถึง ๒๐ จึงควรมีข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยทีมนำทางคลินิกเป็นผู้รับผิดชอบประเมิน, แล้วนำข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มนั้นมาสังเคราะห์เป็นภาพรวมของโรงพยาบาล

การประเมินตนเองนี้ ถือเป็นเครื่องมือในการบริหารสำคัญ ของโรงพยาบาล ซึ่งทีมผู้บริหารสูงสุดหรือทีมนำของโรงพยาบาล จะต้องศึกษา เป็นผู้นำในการขับเคลื่อน และใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามความก้าวหน้า.

ตารางต่อไป แสดงให้เห็นว่าทีมที่ควรมีบทบาทในการประเมินตนเองตามมาตรฐานแต่ละบทนั้นควรเป็นทีมใดบ้าง โรงพยาบาลอาจจะปรับทีมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง โดยพยายามให้มีความซ้ำซ้อนน้อยที่สุด ใช้ทีมหรือคณะกรรมการที่มีอยู่แล้วให้มากที่สุด หรืออาจจะรวบงานบางอย่างที่ใกล้เคียงกันและมีผู้รับผิดชอบชุดเดียวกันเข้าด้วยกันก็ได้.

ตารางแสดงทีมที่ควรมีบทบาทหลักและบทบาทเสริมในการประเมินแต่ละบท

	ทีม ประธาน	ทีม Hum Res	Env	Infor- mation	IC	MSO	Nurse	CLTs/ PCTs
๑. การนำองค์กร	★							★
๒. ทิศทางนโยบาย	★							★
๓. การบริหารทรัพยากร/ประสานบริการ	★	★						★
๔. การบริหาร/พัฒนาทรัพยากรบุคคล		★						★
๕. สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย			★					★
๖. เครื่องมือและการจัดการ			★					★
๗. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	★	★		★				★
๘. กระบวนการคุณภาพทั่วไป		★		★				★
๙. กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ		★		★		★	★	★
๑๐. การติดเชื้อในโรงพยาบาล			★		★	★	★	★
๑๑. องค์กรแพทย์						★		
๑๒. การบริหารการพยาบาล							★	
๑๓. สิทธิผู้ป่วย/	★					★	★	★
๑๔. จริยธรรมองค์กร	★					★	★	★

ตารางแสดงทีมที่ควรมีบทบาทหลักและบทบาทเสริมในการประเมินแต่ละบท (ต่อ)

	ทีม ประสาน	ทีมนำ	ทีม ประสาน	Hum Res	Env	Infor- mation	IC	MSO	Nurse	CLTs/ PCTs
๑๕. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย	★									★
๑๖. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย	★									★
๑๗. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา	★									★
๑๘. กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย	★									★
๑๙. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย	★					★		★	★	★
๒๐. การเตรียมเจ้าหน้าที่ดูแลต่อเนื่อง	★									★

Hum Res= ทีมทรัพยากรบุคคล, ENV= ทีมสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือ, Information=ทีมสารสนเทศ, IC=กก.ควบคุมและป้องกันการจัดตั้ง, MSO=องค์กรแพทย์, Nurse=ฝ่ายพยาบาล, CLTs/PCTs=Clinical Lead Teams/Patient Care Teams ซึ่งแต่ละทีมต้องแยกประเมินของตนเอง;

★ = หน้าที่หลัก, ☆ = หน้าที่เสริม



ขอให้ผู้อ่านพิจารณากับผู้รับผิดชอบการประเมิน
ตนเอง

- ๑) ทีมงานที่จะรับผิดชอบประเมินในบทที่ ๑-๓ ได้แก่ _____

- ๒) ทีมประสานที่จะรับผิดชอบประเมินในบทที่ ๔ และรวบรวมสังเคราะห์ บท
ที่ ๑๕-๒๐ ได้แก่ _____

- ๓) ทีมที่จะประเมินการบริหารทรัพยากรในเรื่อง คน สถานที่ เครื่องมือ ระบบ
สารสนเทศ จะเป็นทีมเดียวกันหรือแยกกันคนละทีม _____
บทที่ ๔ ทรัพยากรบุคคล ทีมที่รับผิดชอบได้แก่ _____
บทที่ ๕ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ทีมที่รับผิดชอบได้แก่ _____
บทที่ ๖ เครื่องมือและการจัดการ ทีมที่รับผิดชอบได้แก่ _____
บทที่ ๗ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ทีมที่รับผิดชอบได้แก่ _____
- ๔) ทีมที่จะประเมินบทที่ ๑๐ การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ _____

- ๕) ทีมนำทางคลินิกที่จะประเมินในบทที่ ๑๕-๒๐ มีกี่ทีม อะไรบ้าง _____

- ๖) สำหรับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีลักษณะบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเด่นชัด
จะมีทีมใดทำหน้าที่ประเมินบริการดังกล่าว _____

๓.๕ ข้อมูลการประเมินตนเองของหน่วยงาน

ข้อมูลการประเมินตนเองของหน่วยงานจะอยู่ในข้อมูลเฉพาะระดับหน่วยงาน (unit profile) ของแต่ละหน่วยงาน (บทที่ ๗ ในหนังสือ เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ), ซึ่งจะมีทั้งข้อมูลพื้นฐาน หน้าที่หลัก ทิศทางการพัฒนา และผลงานการพัฒนา การกรอกรหัสข้อมูลในแบบฟอร์มดังกล่าว เป็นการทบทวนการปฏิบัติตามมาตรฐานทั่วไป (GEN ๑-GEN.๙) ไปในตัว, รวมทั้งให้รายละเอียดส่วนที่เป็นเนื้อหาต่างๆ ไปพร้อมกัน ข้อมูลเฉพาะระดับหน่วยงานเหล่านี้ควรนำมาประมวลเพื่อตอบแบบประเมินตนเองในระดับกลุ่มหรือระดับโรงพยาบาล

ข้อมูลเฉพาะระดับหน่วยงานนี้ เป็นสิ่งที่ทีมนำทางคลินิกจะต้องบันทึกด้วยเช่นเดียวกัน เพื่อให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยและโอกาสพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้ชัดเจน ดังนั้นแบบประเมินสำหรับทีมนำทางคลินิกจะมีสองส่วน คือ ข้อมูลเฉพาะระดับหน่วยงาน (ในที่นี้คือกลุ่มผู้ป่วย) และการประเมินในบทที่ ๑๕-๒๐

ขณะเดียวกัน หน่วยงานที่มีหน้าที่เฉพาะซึ่งมีมาตรฐานกำหนดไว้ ควรศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนวิเศษในกลุ่มที่ ๔ (บริการทางคลินิก) และกลุ่มที่ ๕ (บริการสนับสนุนอื่นๆ) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมาตรฐานข้อ ๕ และข้อ ๘ ซึ่งระบุกระบวนการเฉพาะของแต่ละหน่วยงานไว้ด้วย นำข้อกำหนดเหล่านั้นมาปรับปรุงการวิเคราะห์กระบวนการทำงานและหาโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม

๔) บริการทางคลินิก	บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	A&E
	บริการวิสัญญี	ANE
	บริการโลหิต	BLD
	บริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยดูแลพิเศษ	CRI
	บริการสุศึกษา	EDU
	บริการผู้ป่วยใน	INP

๔) บริการทางคลินิก (ต่อ)	บริการพยาธิวิทยาคลินิก/ชันสูตร	LAB
	บริการทารกแรกเกิด	NS
	บริการอาหารและโภชนาการ	NUT
	บริการสูติกรรม	OBS
	บริการผู้ป่วยนอก	OPD
	บริการห้องผ่าตัด	OPR
	บริการพยาธิวิทยากายวิภาค	PAT
	บริการเภสัชกรรม	PHA
	บริการรังสีวิทยา	RAD
	บริการฟื้นฟูสภาพ	REH
	บริการสังคมสงเคราะห์	SOC
๕) บริการสนับสนุน อื่นๆ	บริการรับผู้ป่วยใน	ADM
	บริการจ่ายกลาง	CSS
	บริการห้องสมุด/ข้อมูลวิชาการ	LIB
	บริการผ้า/ซักฟอก	LIN



ทศกัณฐ์กับ ทศพรวิธาน HA



หลากหลายแง่มุม จากมาตรฐาน HA

เนื้อหาตอนนี้เป็นการขยายความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมาตรฐาน HA ได้ดียิ่งขึ้น โดยในแต่ละบทของมาตรฐานประกอบด้วย:

๑) **เจตจำนงหรือเป้าหมาย**ของมาตรฐานซึ่งพยายามเน้นไปที่ตัวผลลัพธ์ให้มากที่สุด เพื่อจะให้เกิดความยึดหยุ่นในการนำไปปฏิบัติ

๒) **บูรณาการ** เป็นการแสดงให้เห็นว่าการนำเนื้อหาของมาตรฐานแต่ละบทไปสู่การปฏิบัตินั้น ควรนึกถึงการเชื่อมโยงในประเด็นใดบ้าง ซึ่งในที่นี้เป็นเพียงการยกตัวอย่างที่สำคัญให้เห็นเท่านั้น

๓) **การประเมิน** เป็นประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลควรจะประเมินสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติตามมาตรฐานในประเด็นดังกล่าวเป็นระยะ ซึ่งควรเป็นการ**ประเมินเชิงพรรณนา** ระบุดจุดแข็งจุดอ่อนของสิ่งที่ทำอยู่ **ควบคู่ไปกับการประเมินเชิงปริมาณ** มีข้อมูลหรือสถิติประกอบเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยหวังว่า การประเมินตนเองนี้จะนำไปสู่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญในการประเมินเหล่านี้อยู่ในแบบประเมินตนเองข้อ ข.(๖)

๔) **จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย** รวบรวมมาจากการประเมินตนเองและผลการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสามารถวางแผนพัฒนาในจุดที่เป็นประเด็นสำคัญได้ตั้งแต่เริ่มแรก

๕) **แนวทางการตอบคำถามข้อ ค.** ซึ่งเป็นคำถามเฉพาะ, ในการตอบให้ตรงประเด็นจะต้องเข้าใจว่าคำถามดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายอะไร

๑. การนำองค์กร

เจตจำนงของมาตรฐาน

มีกลุ่มผู้นำที่รับผิดชอบชัดเจนในการกำหนดทิศทางนโยบาย ดูแลการบริหารจัดการวางแผน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ให้ความสำคัญต่อการให้บริการที่มีคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการตอบสนองความต้องการ (need) ของผู้ป่วยและลูกค้า ผู้นำทุกระดับมีบทบาทในการสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพซึ่งมีการประสานที่ดีในแง่มุมต่างๆ มีการสื่อสาร การประสานงาน การแก้ปัญหา และการตัดสินใจโดยผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม

ประเด็นในการบูรณาการ

- แนวคิดและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ
- โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพซึ่งเน้นการประสานทั้งในแนวนอนและแนวตั้งประเด็นสำคัญในการประเมิน
- ความสามารถในการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรอย่างมีทิศทาง
- การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร
- ประสิทธิภาพของกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GOV.๑ องค์กรบริหารสูงสุด

- องค์กรบริหารสูงสุด (governing body) ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อคุณภาพ/การพัฒนาคุณภาพ และไม่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ

LED.๑ วัฒนธรรมองค์กร

- การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นไปอย่างผิวเผินและติดรูปแบบ ขาดการมองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนแบบองค์รวม
- จิตสำนึกของการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ได้ฝังเข้าไปอยู่ในการทำงานประจำ

LED.๔ บทบาทของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ

- ผู้บริหารระดับสูงไม่มีบทบาทอย่างแข็งขันในการชักนำหรือสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ตื่นตัวต่อ

การพัฒนาคุณภาพ

- ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับทีมงานในระดับรองลงไป
- ขาดการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีการแยกส่วนทำและเกิดความซ้ำซ้อน
- โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพมีความซ้ำซ้อน และบทบาทไม่ชัดเจน
- หัวหน้าหน่วยงานขาดความเข้าใจในบทบาทที่จะกระตุ้น ให้โอกาส ติดตาม ให้คำปรึกษา และ จัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน

GEN.๒ การจัดองค์กรและการบริหาร

- ไม่สามารถตรวจสอบ/ค้นหาปัญหา ได้ครบถ้วนสมบูรณ์
- การสื่อสารและประสานงานเพื่อแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น ไม่มีประสิทธิภาพ
- เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็น หรือแนวทางในการแก้ปัญหา

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. ใครคือบุคคล/กลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล ในระดับสูงสุด

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าใครคือผู้ทำหน้าที่องค์กรบริหารสูงสุด (governing body) ของโรงพยาบาล
- เน้นที่การทำหน้าที่มากกว่ารูปแบบ ควรเป็นบุคคลหรือกรรมการที่มีอยู่แล้ว ไม่ใช่สิ่งที่ตั้งขึ้นใหม่ ต้องพิจารณาธรรมชาติขององค์กรของตนเอง
- บางครั้งผู้ทำหน้าที่นี้อาจจะมีมากกว่า ๑ กลุ่ม เช่น ส่วราชการต้นสังกัดร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

๒. ในรอบปีที่ผ่านมา บุคคล/กลุ่มบุคคลในข้อ ๑) มีการประชุมกันบ่อยเพียงใด ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทขององค์กรบริหารสูงสุดที่มีต่อเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- ควรทบทวนด้วยว่ามีการนำสิ่งที่ตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติอย่างไร ได้ผลอย่างไร

๓. จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วย อะไรคือประเด็นซึ่งมีความสำคัญ ๔ อันดับแรก โรงพยาบาลได้ดำเนินการตอบสนองอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระบบการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย พิจารณาเกณฑ์การจัดความสำคัญของเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย และการตอบสนองที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

๔. อะไรคือประเด็นสำคัญของการพัฒนาคุณภาพที่ผู้นำของโรงพยาบาลมุ่งเน้น ในรอบปีที่ผ่านมา และที่จะทำต่อไป

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแผนยุทธศาสตร์และการคัดเลือกเป้าหมายสำคัญที่มุ่งเน้น ทบทวนการบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายดังกล่าว ทบทวนความสามารถในการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กรอย่างมีทิศทาง

๕. อะไรคือรูปธรรมของการประสานกิจกรรมคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการทำกิจกรรมคุณภาพในภาพกว้างว่ามีการประสานกันอย่างไร ทั้งในเรื่องแนวคิด เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ การเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ การเชื่อมโยงกิจกรรม RM QA COI เข้าด้วยกัน การประสานยุทธศาสตร์การดำเนินงาน การกำหนดความรับผิดชอบ และการจัดโครงสร้างองค์กร

๖. โปรดยกตัวอย่างกรณีที่ผู้นำช่วยจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงานซึ่งผู้ปฏิบัติงานหรือทีมพัฒนาคุณภาพประสบ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนของผู้นำในการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงระบบงานเพื่อเอื้อต่อการทำงานของทีมผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหากปล่อยให้ทำกันในระดับล่างแล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ปัญหาได้ ยังมีตัวอย่างกรณีมากเท่าไร ยิ่งแสดงให้เห็น commitment ของผู้นำชัดเจนมากเท่านั้น

๗. โปรดยกตัวอย่างการแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อนซึ่งต้องการการประสานงานระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ โครงสร้างองค์กรมีส่วนในการแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความสำเร็จในการสื่อสารและประสานงาน รวมทั้งการใช้โครงสร้างองค์กรให้มีประโยชน์ในการแก้ปัญหา ควรยกตัวอย่างความสำเร็จเหล่านี้ให้มากที่สุด

๒. ทิศทางนโยบาย

เจตจำนงของมาตรฐาน

มีทิศทางนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนซึ่งทุกคนรับรู้และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ โดยมีการจัดทำแผนเพื่อแปรเป้าหมายร่วมขององค์กรไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบายของโรงพยาบาล

ประเด็นในการบูรณาการ

- เป้าหมายร่วมกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล กับแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน
- ความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่กับเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล
- การวางแผนกับการประเมินผล

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์หรือเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
- การรับรู้และความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่ต่อเป้าหมายร่วมและแผนของโรงพยาบาล
- การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ นโยบายของโรงพยาบาล

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GOV.๒, LED.๒, GEN.๑ พันธกิจและแผน

- จัดทำพันธกิจและวิสัยทัศน์ โดยไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ ขาดความสอดคล้อง ขาดการมีส่วนร่วม ไม่ระบุคุณค่าที่ผู้ป่วยและผู้รับผลงานจะได้รับ
- ใช้เวลามากกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โดยไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์ ไม่มีการกำหนดระดับความสำคัญหรือประเด็นหลักในการพัฒนาคุณภาพ
- ขาดการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อนำแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ
- เจ้าหน้าที่ไม่สามารถบอกได้ว่างานที่แต่ละคนทำอยู่นั้นจะมีส่วนให้องค์กรบรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างไร

GOV.๓ ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย

- ไม่มีการจัดทำทิศทางและวิธีการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร
- ไม่มีกลไกส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. พันธกิจของโรงพยาบาล
๒. วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล
๓. ปรัชญาในการดูแลผู้ป่วย
๔. อุดมการณ์/หลักการทำงานร่วมกัน

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้กำหนดเป้าหมายร่วมในระดับโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้วหรือไม่
- ๔. **ขอบเขตบริการ**
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนขีดความสามารถของตนในภาพรวมว่าจะให้บริการอะไร และไม่สามารถให้บริการอะไร
- ๖. **ประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้น (เข็มมุ่ง) ในรอบปีที่ผ่านมาและในอนาคต**
(เหมือนข้อ ๔ ในบทที่ ๑)
- ๗. **อุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามพันธกิจ/วิสัยทัศน์ (ทิศทางนโยบาย) ที่กำหนดไว้**
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้มีการนำพันธกิจ/วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติหรือไม่ ได้ผลเป็นอย่างไร
- โรงพยาบาลควรทบทวนความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์หรือเข็มมุ่งของโรงพยาบาล, การรับรู้และความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่ต่อเป้าหมายร่วมและแผนของโรงพยาบาล
- ๘. **กลไกเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบายเรื่องสิทธิผู้ป่วย**
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีความมุ่งมั่นและวิธีการที่จะให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามกฎระเบียบและนโยบายที่กำหนดไว้อย่างไร

๓. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีกฏประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการวางแผน การจัดบริการ และการพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นในการบูรณาการ

- การศึกษาความต้องการทรัพยากรกับการตัดสินใจลงทุนหรือสนับสนุนทรัพยากรบนพื้นฐานของข้อมูลที่เหมาะสม

- การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่หรือผู้มารับบริการ กับการวางแผนจัดหรือปรับบริการ
- ความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความเพียงพอของทรัพยากรในแต่ละหน่วยงาน
- ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรทุกประเภท
- ความร่วมมือและประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน
- บทบาทของหัวหน้าหน่วยงานในการร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

LED.๔ การบริหารทรัพยากร

- มีการลงทุนหรือการปรับขอบเขตบริการอย่างไม่คุ้มค่าหรือไม่จำเป็น ให้ความสำคัญกับโครงสร้างกายภาพมากกว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- หน่วยงานต่างๆ ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็น
- เจ้าหน้าที่ต้องรับภาระงานมากเกินไปจนทำงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LED.๓ การประสานบริการ

- การสื่อสารและประสานงานเพื่อแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น ไม่มีประสิทธิภาพ
- แต่ละหน่วยงานต่างฝ่ายต่างพัฒนาในส่วนของตนขาดความร่วมมือเพื่อมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาร่วมกัน
- มีความล่าช้าในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
- หัวหน้าหน่วยงานไม่ถือว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่หลักของตน

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดระบุแผนการลงทุนระยะยาวของโรงพยาบาล (อาคารสถานที่ เครื่องมือ กำลังคน)
 - เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแผนการลงทุนในอนาคตว่ามีอะไรบ้าง มีเหตุผลอะไรที่เลือกลงทุนอย่างไร
๒. โปรดยกตัวอย่างการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรในรอบปีที่ผ่านมา โดยเปรียบเทียบความต้องการที่ได้กับที่ไม่ได้ พร้อมทั้งเหตุผลหรือเกณฑ์/ข้อมูลการตัดสินใจ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความเหมาะสมและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านกำลังคนและเครื่องมือ
- จุดที่สำคัญคือการเปรียบเทียบตรงจุดตัดระหว่างรายการทรัพยากรที่ได้รับ กับรายการทรัพยากรที่ไม่ได้รับ ว่ามีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับหรือไม่
- ทรัพยากรที่ได้รับนั้นมีการใช้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

๓. โรงพยาบาลติดตามเครื่องชี้วัดทางการเงินอะไรบ้าง โปรดยกตัวอย่างการตัดสินใจอันเป็นผลมาจากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการติดตามเครื่องชี้วัดทางการเงินอะไรบ้าง และนำเครื่องชี้วัดเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์อะไร

๔. โปรดระบุการปรับปรุง/ขยาย/ลด บริการในช่วง ๑-๒ ปีที่ผ่านมา พร้อมทั้งข้อมูล/เหตุผลที่ใช้ตัดสินใจ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงขนาดของบริการที่ผ่านมานั้นใช้ข้อมูลหรือเหตุผลอะไรเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ พร้อมทั้งทบทวนความเหมาะสมของการตัดสินใจดังกล่าว

๕. โปรดระบุวิธีการกระตุ้นการเสนอข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุง และเพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานเจ้าของเรื่องรับเอาข้อคิดเห็นดังกล่าวไปดำเนินการ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีกลไกในการกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างกว้างขวางเพียงใด และมีกลไกที่จะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดความภูมิใจและตื่นตัวในการให้ข้อคิดเห็นอย่างต่อเนื่อง

๖. โปรดระบุวิธีการส่งเสริมความสัมพันธ์และความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงาน

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอยู่ในระดับใด มีกิจกรรมที่จะส่งเสริมหรือเพิ่มพูนความร่วมมือดังกล่าวอย่างไร ได้ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

๗. โปรดระบุกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้ร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีความร่วมมือกับองค์กรภายนอกอย่างไร มีบทบาทในชุมชนอย่างไร

๘. โปรดระบุแนวทางการประสานการจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ (คู่มือปฏิบัติงาน) ที่ต้องมีส่วนร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการประสานงานในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพื่อความสอดคล้องกันอย่างไร

๕. โปรดยกตัวอย่างการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยหัวหน้าหน่วยงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทและความมุ่งมั่นของผู้นำต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว

๕. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีกำลังคนเพียงพอทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพมีการบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อสร้างไว้ซึ่งกำลังคนที่มีคุณภาพ และมีการพัฒนาความรู้ ทักษะให้เหมาะกับหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน

ประเด็นในการบูรณาการ

- ผลลัพธ์ของควาจัดบริการ กับการวางแผนกำลังคน และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การกำหนดความต้องการในการฝึกอบรม และการประเมินผลการฝึกอบรม

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความเหมาะสมของนโยบายและแผนทรัพยากรบุคคล
- ความเพียงพอของกำลังคนในแต่ละหน่วยงาน
- ศักยภาพของกำลังคนที่มีอยู่เทียบกับภารกิจของโรงพยาบาล
- สัมฤทธิ์ผลของการพัฒนาบุคลากร
- ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่
- ความเหมาะสมของระบบแรงจูงใจและระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

HUM.๑ การวางแผนทรัพยากรบุคคล

- ไม่มีนโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลที่ชัดเจน ทั้งในเรื่องปริมาณ ระบบแรงจูงใจ และการ

ปรับเปลี่ยนระบบงานเพื่อความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพ และการประสานงาน

GEN.๓ การจัดการทรัพยากรบุคคล

- ไม่มีการประเมินความเพียงพอของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นระบบ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานยังคงเป็นไปเพื่อการให้ความดีความชอบประจำปี มิได้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตนเองของเจ้าหน้าที่ การให้ความร่วมมือ และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

HUM.๓, GEN.๔ การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- การประเมินความต้องการและเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลไม่ครอบคลุมและไม่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
- กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะมีปริมาณน้อย มีลักษณะตั้งรับส่งไปตามที่หน่วยงานภายนอกจัด ไม่ได้ใช้ศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญภายใน

HUM.๔ การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

- เจ้าหน้าที่เห็นว่าผู้บริหารไม่ใส่ใจต่อสวัสดิการของตน

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดระบุปัญหาเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ และแนวทางในการแก้ไขในระยะสั้น และระยะยาว

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนปัญหาเกี่ยวกับความเพียงพอ คุณภาพ จริยธรรมของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งแนวทางแก้ปัญหาว่ามีความเหมาะสมเพียงใด

๒. มีการปรับเปลี่ยนระบบแรงจูงใจ (คำตอบแทน การยกย่องชมเชย และประโยชน์ตอบแทน) อะไรบ้างในรอบปีที่ผ่านมา

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระบบแรงจูงใจที่มีอยู่ว่าสามารถกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพเพียงใด

๓. โปรดระบุแนวทางการประเมินความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการประเมินความเพียงพอในเชิงปริมาณของเจ้าหน้าที่ประเภทต่างๆ ว่ามีหลักเกณฑ์อย่างไร ใช้มาตรฐานของใคร

๔. โปรดระบุวิธีการจัดกำลังคนทดแทนในสาขาที่ขาดแคลน และการกำกับดูแลให้ทำงานอย่างมีคุณภาพ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการตอบสนองต่อปัญหากำลังคนไม่เพียงพอ ว่าใช้กำลังคนประเภท

ไทม์นาทเดแทน มีการกำกับดูแลเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างไร

๕. ระบบงานของโรงพยาบาลสร้างโอกาสสำหรับการริเริ่มสิ่งใหม่ๆ และการทำงานที่มีประสิทธิภาพอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทราบว่ามีการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ด้วยการกล้าคิดกล้าทำเพื่อนำไปสู่การทำงานที่ง่ายและคล่องตัวขึ้น

๖. มีการส่งเสริมเจ้าหน้าที่ได้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทราบว่าได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาตนเองของเจ้าหน้าที่อย่างไร ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงาน และการพัฒนาศักยภาพ

๗. อะไรคือปัญหาคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ซึ่งพบได้บ่อยๆ

● เพื่อให้โรงพยาบาลทราบว่าได้มีการนำปัญหาคุณภาพบริการมากำหนด training need สำหรับเจ้าหน้าที่อย่างไร

๘. โรงพยาบาลศึกษาความต้องการและความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของเจ้าหน้าที่อย่างไร มีการตอบสนองต่อข้อมูลนี้อย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทราบว่ามีการปฏิบัติต่อเจ้าหน้าที่ในฐานะผู้รับผลงานภายในหรือไม่อย่างไร

๕. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีความมิดชิดเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วย มีการเตรียมการและการจัดการเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม และของเสียจากโรงพยาบาลไม่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม

ประเด็นในการบูรณาการ

- นโยบายและแผนจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในระดับโรงพยาบาลกับการนำไปปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ
- แนวคิดเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง บริการอาชีวอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ประสิทธิภาพในการป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์/ข้อขัดข้อง/ความเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/สถานที่
- ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย
- ความพร้อมในการปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย
- ความตระหนักของเจ้าหน้าที่ในเรื่องความปลอดภัยทุกแง่มุม

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

ENV.๑ โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

- โครงสร้างกายภาพไม่น่าดู ไม่มีมิติ การถ่ายเทอากาศไม่สะดวก
- ระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน เช่น แผนบำรุงรักษา การรายงานข้อขัดข้อง การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายทางกายภาพ

ENV.๒ การกำจัดของเสีย

- การแยกขยะไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ ที่พักขยะไม่มีมิติ
- ไม่มีการประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของการกำจัดของเสียด้วยจิตสำนึกที่รับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล

ENV.๓ การป้องกันอัคคีภัย

- โครงสร้างอาคารไม่เอื้อต่อการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย
- ไม่มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม
- ไม่มีการฝึกซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ENV.๔ การจัดการด้านความปลอดภัย

- ไม่มีการค้นหา/ประเมินภาวะเสี่ยง แก่ปัญหา และกำหนดมาตรการป้องกัน
- เจ้าหน้าที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงาน

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. มาตรการต่างๆ ที่โรงพยาบาลใช้ย่อมมีผลต่อการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนนโยบายและมาตรการที่จะช่วยพิทักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ การเลือกวัสดุที่ไม่เกิดภาระต่อสิ่งแวดล้อม การควบคุมเตาเผาขยะ การใช้ไฟฟ้าอย่างประหยัด

๒. โครงสร้างกายภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และมาตรการเพื่อความปลอดภัย อะไรที่ยังเป็นปัญหาของโรงพยาบาล

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนปัญหาและความเสี่ยงทางด้านกายภาพในทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล

๓. โปรแกรมอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์/อันตราย/ข้อขัดข้องต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้มีการ monitor เครื่องชี้วัดเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือข้อขัดข้องในการทำงานอย่างไร

๔. โปรแกรมวันที่มีการสำรวจความเสี่ยงครั้งสุดท้าย ความเสี่ยงที่พบ และการดำเนินการเพื่อขจัดหรือป้องกันความเสี่ยงนั้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้มีการสำรวจความเสี่ยงทางกายภาพอย่างเป็นระบบหรือไม่และมีการขจัดหรือป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้นรัดกุมเพียงใด

๕. หน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลมีส่วนให้ความร่วมมือเพื่อลดภาระของระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย สาเหตุของความด้อยประสิทธิภาพเนื่องมาจากสิ่งที่ปล่อยเข้ามาในระบบเช่น น้ำยา antiseptic, ไขมันจากโรงครัว

๖. โปรแกรมความถี่ของการวิเคราะห์น้ำที่ผ่านระบบบำบัด และผลการวิเคราะห์ ๓ ครั้งสุดท้าย

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการติดตามดูคุณภาพของน้ำที่ผ่านระบบบำบัดบ่อยเพียงใด ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพเพียงใด

๗. โปรแกรมวันที่มีฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยในรอบปีที่ผ่านมา จำนวนผู้เข้าร่วมฝึกซ้อมและปัญหาที่พบ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความพร้อมในการรองรับอัคคีภัย ว่ามีแผนอย่างไร มีการฝึกซ้อมบ่อยเพียงใด ครอบคลุมเจ้าหน้าที่เพียงใด พบปัญหาอะไรจากการซ้อม

๖. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

ประเด็นในการบูรณาการ

- ข้อมูลการใช้และการกระจาย เครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์
- การบำรุงรักษา ปัญหา/ความขัดข้อง การซ่อม การสำรอง และการจัดหาเครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความเหมาะสมของระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
- ความเพียงพอของเครื่องมือที่จำเป็นในหน่วยงานต่างๆ
- ประสิทธิภาพในการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือระหว่างใช้งาน
- ประสิทธิภาพในการซ่อมเครื่องมือ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.๗ เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

- เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ หรือชำรุดเสื่อมสภาพ
- ขาดระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดยกตัวอย่างเครื่องมือแพทย์ที่มีการจัดหาในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา, ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ขาย

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางการตัดสินใจในการลงทุนซื้อเครื่องมือแพทย์ และการคัดเลือกผู้ขาย ว่าพิจารณาองค์ประกอบอะไรบ้าง คำนึงถึงต้นทุนและการบำรุงรักษาระยะยาวหรือไม่

๒. เครื่องมือแพทย์ที่อยู่ในแผนการจัดหาของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง มีความจำเป็นหรือมีเหตุผลอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางการตัดสินใจในการลงทุนซื้อเครื่องมือแพทย์ที่กำลังดำเนินการอยู่

๓. เครื่องมือแพทย์และวัสดุอุปกรณ์ประเภทใดที่มีโอกาสเกิดปัญหาไม่พอใช้เมื่อปริมาณผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าปกติ ถ้ามีปัญหาก็ปฏิบัติอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความเพียงพอของเครื่องมือแพทย์และวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งการ

เตรียมการหากมีความต้องการใช้เพิ่มขึ้นในบางช่วงเวลา

๔. โปรดระบุเครื่องมือแพทย์ที่มีความละเอียดอ่อนและต้องการผู้ใช้ซึ่งมีความรู้เป็นพิเศษ โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ใช้อย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้เตรียมผู้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีความละเอียดอ่อนอย่างไร

๕. โปรดระบุเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อนหรือใช้เทคโนโลยีสูงที่โรงพยาบาลมีอยู่ โรงพยาบาลมีแนวทางในการบำรุงรักษาอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ที่ซับซ้อนหรือใช้เทคโนโลยีสูง ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปแบบของการ contract out หรือการมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เพียงพอที่จะดูแล

๖. โปรดระบุเครื่องมือที่มีโอกาสชำรุดเสียหายหรือขัดข้องในการใช้งาน โรงพยาบาลมีแนวทางในการบำรุงรักษาเชิงป้องกันอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนมีแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันสำหรับเครื่องมือที่มีโอกาสเกิดปัญหาบ่อยๆ ด้วยการตรวจสอบและเปลี่ยนอะไหล่ที่จำเป็นเป็นระยะ

๗. ระบบสารสนเทศ

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สำหรับการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นในการบูรณาการ

- การเชื่อมโยงระบบข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อนและความหลากหลายในการบันทึก
- การสังเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกกับข้อมูลทางการเงิน
- การนำสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศ
- การนำสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
- ความรวดเร็ว ถูกต้อง ของการกระจายข้อมูลและสารสนเทศ

- ประสิทธิภาพในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล
- ประสิทธิภาพของบริการเวชระเบียน

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

IM.๑ การวางแผนและออกแบบระบบ

- เป้าหมายของการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพมักจะไม่ชัดเจน
- ไม่มีการจัดทำมาตรฐานข้อมูล แนวทางการจัดเก็บ การรักษาความปลอดภัยและความปลอดภัยของข้อมูล

IM.๒ การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

- ไม่มีการประมวลผลข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอนค้างใช้จ่ายตามกลุ่มโรค

IM.๓ บริการเวชระเบียน

- ไม่มีระบบดัชนีซึ่งเอื้อต่อการค้นหาเวชระเบียนตามลักษณะทางคลินิกที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดระบุเป้าหมายของการพัฒนาระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่จะช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพได้อย่างไร จะช่วยในการติดตามระดับคุณภาพหรือระดับปัญหาคุณภาพอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนเป้าหมายของระบบสารสนเทศว่าครอบคลุมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และการติดตามระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างไร มีตัวอย่างการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบสารสนเทศที่มีอยู่แล้วอย่างไร

๒. โรงพยาบาลมีแนวทางในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระบบการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลในระบบสารสนเทศ เช่น การเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน การ back up ข้อมูล การแก้ไขข้อมูลโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่

๓. โปรดอธิบายแนวทางปฏิบัติในการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยดูแลและใช้เวชระเบียนของตนเอง

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางปฏิบัติเรื่องสิทธิผู้ป่วยที่เกี่ยวกับข้อมูลในเวชระเบียน

๔. โปรดระบุนโยบายการข้อมูลผู้ป่วยใน ที่มีการเก็บไว้ในระบบสารสนเทศ การนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์จากผลการวิเคราะห์

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลในระบบสารสนเทศ และนำผลไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- การวิเคราะห์ข้อมูลควรเน้นการเชื่อมโยงข้อมูลจากต่างระบบเข้าด้วยกัน เช่น เชื่อมโยงข้อมูลทางคลินิกกับข้อมูลทางการเงิน

๕. กลุ่มโรคและเหตุการณ์ที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด ๕ อันดับแรกคืออะไร อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ

๖. กลุ่มโรคและเหตุการณ์ที่มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงสุด ๕ อันดับแรกคืออะไร อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่ มีโอกาสลดลงได้หรือไม่ อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนข้อมูลวันนอนโรงพยาบาล และการตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ

๗. สารสนเทศที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารเป็นประจำหรือสารสนเทศที่ผู้บริหารเรียกใช้บ่อยๆ มีอะไรบ้าง

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความพร้อมในการตอบสนองความต้องการของผู้บริหาร

๘. โปรดยกตัวอย่างกรณีที่ผู้บริหารระดับสูงใช้สารสนเทศเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าระบบสารสนเทศที่มีอยู่ตอบสนองความต้องการหรือใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการอย่างไร

๙. ผู้บริหารได้ดำเนินการอย่างไรเพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์

- เพื่อให้ผู้บริหารได้ทบทวนการสนับสนุนการปรับปรุงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้วยการจัดระบบอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น การกำหนดให้เจ้าหน้าที่เวรระเบียนมีหน้าที่ตรวจสอบความสมบูรณ์และจัดหาเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ การให้มีเลขานุการ การแพทย์ การจัดให้มีคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

๑๐. เจ้าหน้าที่ในหน่วยเวรระเบียนมีส่วนในการเพิ่มความสมบูรณ์ถูกต้องของบันทึกเวรระเบียนอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าผู้ประกอบวิชาชีพได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยเวรระเบียนอย่างไรในเรื่องการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เช่น การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวรระเบียน

๘. กระบวนการคุณภาพทั่วไป

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลนำแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน เป็นศูนย์กลาง มาสู่การปฏิบัติในทุกกระดับ และทุกหน่วยงาน

ประเด็นในการบูรณาการ

- การปฏิบัติให้ครบวงล้อ PDCA (ออกแบระบบ ปฏิบัติตามระบบ ทบทวนตรวจสอบ ปรับปรุงระบบ)
- การเชื่อมโยงความพยายามในการแก้ปัญหา กับสาเหตุรากเหง้า การใช้ข้อมูล และความคิดสร้างสรรค์
- การเชื่อมโยงการแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อการป้องกันในภาพรวม

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของหน่วยงานต่างๆ
- ความเพียงพอและเหมาะสมของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน
- การปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดไว้
- ความเพียงพอและความน่าเชื่อถือของเครื่องชี้วัดในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน
- การใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด
- ประสิทธิภาพในการตรวจจับและแก้ไขปัญหา
- ประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการกับความเสียงประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการกับความเสียงประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการกับความเสียง

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

การวางระบบงาน

- บาง รพ. ไม่มีเวลาที่จะให้สมาชิกมาทำกิจกรรมคุณภาพ บาง รพ. สมาชิกใช้เวลาในการประชุมมากเกินไป
- มีการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไป ไม่มีการประสานความร่วมมือเพื่อลดความ

ซ้ำซ้อน ผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นประโยชน์และไม่ได้นำไปปฏิบัติ

การวัดผลและการวิเคราะห์

- บาง รพ. ไม่มีการเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดคุณภาพ บาง รพ. มีการเก็บข้อมูลมากเกินไป และไม่ได้นำข้อมูลที่เก็บมาใช้ประโยชน์

การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง

- CQI ถูกมองเป็นการทำงานในลักษณะโครงการพิเศษซึ่งเป็นงานเพิ่ม
- ขาดการนำความคิดสร้างสรรค์และการใช้ข้อมูลมาใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพ
- ไม่มีการเชื่อมโยงผลลัพธ์ของ CQI เข้าไปสู่คู่มือการปฏิบัติงานที่จัดทำไว้
- ไม่มีการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์จากผลงานของหน่วยงานอื่น

การบริหารความเสี่ยง

- ไม่มีการนำแนวคิดเรื่องการบริหารความเสี่ยงสอดแทรกเข้าไปในการปฏิบัติงานประจำวัน เช่น ความตื่นตัวต่อความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน การทำหน้าที่เป็นผู้จัดการความเสี่ยงเมื่อพบเหตุการณ์
- ขาดการเชื่อมโยงโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง
- ขาดการจัดระบบรายงานอุบัติการณ์รวมและระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง โดยสร้างหลักประกันเรื่องการรักษาความลับเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรายงาน
- การบริหารความเสี่ยงทางการแพทย์ยังได้รับความร่วมมือไม่เต็มที่จากกลุ่มแพทย์

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดอธิบายว่าโรงพยาบาลส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพในระดับที่เหมาะสมหรือไม่ การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมดังกล่าวใช้วิธีการอะไร เพียงพอหรือไม่

๒. โปรดอธิบายว่าโรงพยาบาลมีวิธีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่รับทราบและปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ในคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าคู่มือปฏิบัติงานที่จัดทำไว้ได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใดมีวิธีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามอย่างไร มีการติดตามประเมินผลอย่างไร

๓. โปรดระบุเครื่องชี้วัดที่โรงพยาบาลเห็นว่ามีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ และ ประโยชน์ที่ได้จากการติดตามเครื่องชี้วัดเหล่านั้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามี การติดตามเครื่องชี้วัดอะไรบ้าง และได้ นำเครื่องชี้วัดเหล่านั้น ไปใช้ประโยชน์อะไร ทำให้พบเห็นปัญหาอะไร และดำเนินการอย่างไรต่อปัญหาที่พบนั้น (ควรยกประเด็นที่มีการปรับปรุงเนื่องจากการติดตามเครื่องชี้วัดมาแล้วให้มากที่สุด)

๔. โปรดอธิบายวิธีการในการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่นำ COI ไปใช้ในการแก้ปัญหาประจำวัน และ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางการประยุกต์แนวคิดและเทคนิค COI กับชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาเป้าหมายในอุดมคติคือเมื่อเกิดปัญหาขึ้นไม่ว่าที่ใด กับใคร เวลาใด ผู้เกี่ยวข้องจะใช้กระบวนการแก้ปัญหาที่เป็นระบบ ใช้ข้อมูล และใช้ความคิดสร้างสรรค์ (ไม่จำเป็นต้องทำให้ละเอียดครบถ้วนทุกขั้นตอน)

๕. โปรดอธิบายวิธีการในการทำให้หน่วยงานต่างๆเกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแรงจูงใจ แนวทางดำเนินงาน และการสนับสนุนที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพขึ้นในทุกหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

๖. โปรดอธิบายรูปธรรมของการขยายผลการใช้ประโยชน์จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน รูปธรรมของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความสำเร็จระหว่างหน่วยงาน ในโรงพยาบาล

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สำเร็จในหน่วยงานหนึ่งได้นำก่อให้เกิดประโยชน์แก่หน่วยงานอื่นๆ อย่างไร

๗. โปรดอธิบายการสร้างสมดุลระหว่างการรักษาความสม่ำเสมอของระดับคุณภาพ (รักษาของเดิม) กับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา)

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าองค์ประกอบที่มุ่งเน้นในการพัฒนามีความสมดุลเพียงใด ระหว่าง การจัดทำคู่มือ การตรวจสอบว่ามีการปฏิบัติตามคู่มือ กับการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

๘. โรงพยาบาลมีโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงอะไรบ้าง มีแนวทางในการประสานโปรแกรมที่เกี่ยวข้องเหล่านั้นเข้าเป็นระบบบริหารความเสี่ยงอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระบบบริหารความเสี่ยงที่มีอยู่ว่าประกอบด้วยระบบย่อยอะไรบ้าง

มีการเชื่อมโยงประสานระบบย่อยเหล่านั้นเข้าด้วยกันอย่างไร และมีผู้รับผิดชอบชัดเจนหรือไม่

๙. อะไรคือความเสี่ยงที่โรงพยาบาลเห็นว่ามีความสำคัญสูง มีแนวทางในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความเสี่ยงที่จะมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลและอันตรายแก่ผู้ป่วย รวมทั้งทบทวนมาตรการในการหลีกเลี่ยงป้องกัน

๙. กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง มาประยุกต์ใช้กับงานคลินิกบริการ

ประเด็นในการบูรณาการ

- การเชื่อมโยงกิจกรรมการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย (peer review) รูปแบบต่างๆ เข้าด้วยกัน และเชื่อมโยงกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย
- การประสานเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งประเภทของกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน และบุคคลที่เข้าร่วมทำกิจกรรม

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความเข้าใจของผู้ประกอบวิชาชีพต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยและการทบทวนการดูแลผู้ป่วย
- ความครอบคลุมของกิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ ทั้งประเภทของกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน และบุคคลที่เข้าร่วมทำกิจกรรม
- ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.๙.๓.๑ การนำความรู้มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG)

- มอง CPG ในเชิงลบ ไม่ได้มองว่าเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา

- จัดทำ CPG เพียงเพื่อให้ได้ชื่อว่ามี แต่ไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างจริงจัง
- เน้นการทำ CPG ในรูปแบบที่ซับซ้อน เช่น CareMap แทนที่จะเน้นการใช้รูปแบบง่ายๆ เช่น clinical policy & flowchart

GEN.๔.๓.๒ กิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Peer Review)

- มีการทบทวนเพียงบางรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็น interesting case conference หรือ MM conference
- ไม่มีการกำหนดแนวทางการทบทวนในระดับต่างๆ ให้ชัดเจน เช่น ระดับ รพ., ระดับกลุ่มงานทางการแพทย์, ระดับ Clinical Lead Team

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดอธิบายว่าโรงพยาบาลส่งเสริมให้มีการนำความรู้ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ มาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทของผู้นำในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป

๒. โปรดยกตัวอย่างประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อมีการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) มาใช้ (โรคอะไร เกิดประโยชน์อะไร)

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการจัดทำ CPG โดยยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมให้มากที่สุด

๓. โปรดยกตัวอย่างการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างแผนกหรือระหว่างวิชาชีพ และที่มาของความร่วมมือนี้อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนพัฒนาการและความเข้มข้นของความร่วมมือระหว่างแผนก/วิชาชีพ (คาดหวังว่าไม่ได้มีเพียงไม่กี่เรื่องเพียงเพื่อให้ได้ชื่อว่ามี แต่ควรเป็นไปตามความจำเป็นให้มากที่สุด)

๔. ผลการทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ส่วนใหญ่เป็นอย่างไร มีการดำเนินการอย่างไรเมื่อพบว่าไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด การดำเนินการเมื่อไม่มีการปฏิบัติตามอาจจะอยู่ในรูปของการปรับเปลี่ยน CPG, การศึกษามลของการปฏิบัติที่แตกต่างกัน

๕. โปรดยกตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงระบบงานหรือกระบวนการทำงานซึ่งเป็นผลมาจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review)

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการทำ peer review ในรูปแบบใดบ้าง ผลจากการทำ peer review นั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบงานซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยรายอื่นอย่างไร

๖. อะไรคือความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญในแต่ละแผนก มีแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงเหล่านั้นอย่างไร

- ให้โรงพยาบาลทบทวนว่าแต่ละแผนกมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงและวางมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงได้รัดกุมครบถ้วนหรือไม่

๗. การตรวจวินิจฉัย การใช้ยา และการทำหัตถการ ที่อาจจะมีการทำโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือมีข้อบ่งชี้ที่ไม่เหมาะสม มีอะไรบ้าง มีแนวทางในการป้องกันหรือลดความไม่เหมาะสมดังกล่าวอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลวิเคราะห์ความเหมาะสมของการใช้ทรัพยากร (utilization review) และการจัดระบบเพื่อป้องกันหรือตรวจจับความไม่เหมาะสมดังกล่าว

๑๐. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับที่ต่ำที่สุด ผู้ให้บริการสามารถตรวจพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นในการบูรณาการ

- กิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กับการบริหารความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพ
- ระบบสารสนเทศเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การเพาะเชื้อขึ้นความไวของเชื้อ การใช้ยาต้านจุลชีพ

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานต่อนโยบายและมาตรการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการที่กำหนดไว้

- ประสิทธิภาพของการใช้น้ำยาและทำให้ปราศจากเชื้อ
- ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ประสิทธิภาพของการสอบสวนและควบคุมเมื่อเกิดการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล
- อุบัติการณ์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- ไม่มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ไม่มีพยาบาลที่มีความรู้เพียงพอทำหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)
- ไม่มีคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือมีแต่ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์
- เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดไว้ไม่มีส่วนในการเฝ้าระวังและนำผลการเฝ้าระวังไปใช้
- ไม่มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (อย่างน้อยในหน่วยงานหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง)
- ไม่ได้นำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาใช้ประโยชน์เท่าที่ควร
- การทำให้ปราศจากเชื้อและการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อยังไม่มีประสิทธิภาพ

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดอธิบายการเชื่อมโยงโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเข้ากับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการประสานนโยบาย แผนงาน กิจกรรม การสนับสนุน ระหว่าง IC กับ CQI ซึ่งจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของงานและเกิดผลสำเร็จของงานได้ดีขึ้น

๒. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร มีจุดที่มีปัญหาและควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษที่ไหน

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระดับปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการติดเชื้อ และการรับรู้ปัญหาที่สำคัญ

๓. โรงพยาบาลมั่นใจได้อย่างไรว่าข้อมูลอัตราการติดเชื้อที่เฝ้าระวังอยู่นั้นมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าการเก็บข้อมูลต่างๆ นั้นมีหลักเกณฑ์และการให้ค้ำจุ่มกัดความที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาลหรือไม่ ใช้มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับหรือไม่ อ้างอิงข้อกำหนดของใคร

๔. สถิติการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจเกิดจากการทำงานเป็นอย่างไร โรงพยาบาลได้ดำเนินการอย่างไรเพื่อป้องกันเจ้าหน้าที่จากการติดเชื้อ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนปัญหาการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดกับเจ้าหน้าที่และการป้องกัน เช่น การติดเชื้อวัณโรค ตับอักเสบบ HIV

๕. โปรโตคอลยาวิธีการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามหลัก Universal Precaution/Isolation Precaution อย่างถูกต้อง เทคนิค โรงพยาบาลมีข้อจำกัดอะไรบ้าง มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนหรือไม่ มีการนำไปปฏิบัติสมบูรณ์หรือไม่ ทราบข้อจำกัดในการปฏิบัติหรือไม่ และดำเนินการแก้ไขอย่างไร

๖. ในรอบปีที่ผ่านมาเคยมีการระบาดหรือแนวโน้มการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาลอะไรบ้าง ดำเนินการควบคุมอย่างไร ผลเป็นอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนประสิทธิภาพในการตรวจจับปัญหาการระบาด และประสิทธิภาพในการควบคุม (ควรมีกราฟแสดงอัตราการติดเชื้อที่มีการระบาด และกิจกรรมดำเนินการในช่วงเวลาต่างๆ)
- การนำเสนอข้อมูลการระบาดไม่ได้บ่งบอกว่าโรงพยาบาลมีปัญหา
- การไม่นำเสนอข้อมูลการระบาดไม่ได้บ่งบอกว่าโรงพยาบาลไม่มีปัญหา

๑๑. องค์กรแพทย์

เจตจำนงของมาตรฐาน

มีการจัดระบบเพื่อให้แพทย์ควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

ประเด็นในการบูรณาการ

- บทบาท ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแพทย์กับฝ่ายบริหาร และแผนกบริการทางการแพทย์
- การประเมินความรู้ความสามารถของแพทย์ กับการมอบหมายหน้าที่หรือการจ้างงาน
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ กับการพัฒนาคุณภาพของวิชาชีพหรือบริการอื่น

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- บทบาทขององค์กรแพทย์ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ
- การมีส่วนร่วมของแพทย์ในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์
- ความร่วมมือระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่นๆ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- ไม่มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล
- องค์กรแพทย์ไม่มีคณะกรรมการที่จะปฏิบัติหน้าที่สำคัญในเรื่องการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ หรือมีคณะกรรมการแต่ยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างจริงจัง

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. อะไรคือปัญหาของโรงพยาบาลที่สมาชิกขององค์กรแพทย์ให้ความสำคัญ องค์กรแพทย์มีข้อเสนอแนะอย่างไรต่อปัญหาดังกล่าว ข้อเสนอแนะดังกล่าวได้รับการตอบสนองอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความจำเป็นของการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ความสนใจของสมาชิกองค์กรแพทย์ และบทบาทขององค์กรแพทย์ต่อประเด็นที่สมาชิกสนใจ

๒. ในรอบปีที่ผ่านมา องค์กรแพทย์ได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทขององค์กรแพทย์เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงขององค์กรแพทย์

๓. องค์กรแพทย์มีส่วนแบ่งเบาระยะของฝ่ายบริหารอย่างไร มีความสับสนเรื่องบทบาทของแต่ละฝ่ายหรือไม่ อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการกำหนดบทบาทขององค์กรแพทย์ ว่ามีส่วนเสริมหรือมีส่วนซ้ำซ้อนกับฝ่ายบริหารในเรื่องใด

๔. โปรดยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมว่าองค์กรแพทย์มีส่วนช่วยให้การทำงานของวิชาชีพอื่นๆง่ายขึ้นอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทขององค์กรแพทย์ที่มีต่อการทำงานของวิชาชีพอื่น

๕. มีการกำหนดบทบาทในการทบทวนการดูแลผู้ป่วย (patient care review) ระหว่างกลุ่มงาน/แผนก กับองค์กรแพทย์อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความชัดเจนในการจัดกิจกรรม peer review ว่ามีการแบ่งบทบาท

อย่างไร เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเกิดประโยชน์สูงสุด

- การทบทวนอาจอยู่ในระดับกลุ่มงาน/แผนก ระดับองค์กรแพทย์ และระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่น

๑๒. การบริหารการพยาบาล

เจตจำนงของมาตรฐาน

มีการจัดระบบเพื่อให้พยาบาลควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานและพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

ประเด็นในการบูรณาการ

- บทบาท ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กับฝ่ายบริหาร และแผนกบริการอื่นๆ
- การประเมินความรู้ความสามารถของพยาบาล กับการมอบหมายหน้าที่หรือการจ้างงาน
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล กับการพัฒนาคุณภาพของวิชาชีพหรือบริการอื่น

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- บทบาทของกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ
- การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
- ความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับวิชาชีพอื่นๆ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- ฝ่ายการพยาบาลมีบทบาทสูงในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในด้านการพยาบาล แต่ให้ความสำคัญกับการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพน้อยเกินไป
- ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลมีลักษณะเชิงทฤษฎีและรูปแบบ โดยขาดความเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริง เช่น การใช้กระบวนการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. อะไรคือบทบาทที่สำคัญที่สุดซึ่งกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลมุ่งเน้นในปัจจุบัน มีข้อมูลอะไรที่จะบ่งชี้ความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของบทบาทดังกล่าว

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนจุดเน้นของฝ่ายการพยาบาล และทบทวนว่าจุดเน้นดังกล่าวสอดคล้องกับทิศทางของโรงพยาบาลหรือไม่

๒. ในรอบปีที่ผ่านมา กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลได้พิจารณาหรือตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทของฝ่ายการพยาบาลที่มีต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

๓. โปรดยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมว่ากลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ได้ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลสร้างความร่วมมือหรือประสานงานกับหน่วยงานวิชาชีพอื่นอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทของฝ่ายการพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานวิชาชีพอื่น ซึ่งควรจะเป็นเรื่องที่ฝ่ายการพยาบาลให้ความสำคัญให้มากกว่าการทำงานเฉพาะในฝ่ายของตนเอง

๔. คณะกรรมการเกี่ยวกับคุณภาพในระดับโรงพยาบาลชุดใดบ้างที่ผู้แทนของวิชาชีพพยาบาลเข้าไปมีบทบาทสำคัญและประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตามหน้าที่ที่กำหนดโปรดระบุรูปธรรมของความสำเร็จ

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระดับโรงพยาบาล เช่น การควบคุมการติดเชื้อ การใช้ยา เวชระเบียน การพัฒนาคุณภาพ

๕. กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลมีแนวทางในการแก้ปัญหากำลังคนที่ขาดแคลนอย่างไร จุดใดที่ทางกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลให้ความสำคัญสูง

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนมาตรการการแก้ปัญหากำลังคนที่ขาดแคลน

๖. ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของเจ้าหน้าที่พยาบาล ที่ทางกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลพยายามมุ่งเน้นพัฒนาในปัจจุบันคือความรู้ความสามารถในด้านใด มีวิธีการในการประเมินระดับความรู้ความสามารถดังกล่าวอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทในการประเมินระดับความรู้ความสามารถและการพัฒนากำลังคนของฝ่ายการพยาบาล

๗. โรงพยาบาลมีพยาบาลที่มีทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางด้านใดบ้าง

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนศักยภาพระดับสูงของวิชาชีพพยาบาลที่มีอยู่ในโรงพยาบาล

๑๓. สิทธิผู้ป่วย

เจตจำนงของมาตรฐาน

เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ประเด็นในการบูรณาการ

- การสร้างความตระหนักในหมู่เจ้าหน้าที่และการจัดระบบที่จะให้ความคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วย
- คำร้องเรียน การประเมินผลงาน และการฝึกอบรม

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและความพร้อมที่จะให้ความคุ้มครองหรือตอบสนองโดยเจ้าหน้าที่
- การรับรู้สิทธิโดยผู้ป่วย
- การที่ผู้ป่วยได้รับความคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมองว่าสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยุ่งยากที่จะรองรับคำเรียกร้อง แต่ไม่ได้มองในเชิงรุกว่าเป็นสิ่งที่เราจะให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอคำเรียกร้อง
- กิจกรรมมักจะเน้นที่การติดป้ายประกาศให้ผู้ป่วยทราบ แต่ไม่เน้นการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ การค้นหาผู้ป่วย และการวางระบบเพื่อรองรับเมื่อมีการร้องขอ

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของ ๔ องค์การวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข สิทธิในประเด็นใดที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด โรงพยาบาลมีแนวทางในการตอบสนองอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนลำดับความสำคัญในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและความพร้อมในการให้การคุ้มครองโดยไม่ต้องร้องขอ

๒. ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของ ๔ องค์การวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข สิทธิในประเด็นใดที่โรงพยาบาลมีโอกาสถูกร้องเรียนมากที่สุด โรงพยาบาลมีแนวทางในการให้การคุ้มครอง

เพื่อป้องกันปัญหาการร้องเรียนในภายหลัง

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนปัญหาคำร้องเรียนเรื่องสิทธิผู้ป่วย และการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาในเชิงรุก
- ๓. ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของ ๔ องค์วิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข สิทธิในประเด็นใดที่ยากลำบากในการปฏิบัติที่สุดหรือก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย โรงพยาบาลได้วางแผนทางปฏิบัติไว้อย่างไร
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนปัญหาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและการป้องกันปัญหา
- ๔. โรงพยาบาลเตรียมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างไร
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งความต้องการต่างๆ มักจะถูกละเลยหากเน้นเฉพาะการรักษาด้านกาย
- ๕. โรงพยาบาลดำเนินการอย่างไรเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงเป้าหมายของการลงนามยินยอมรับการรักษาของผู้ป่วย
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าเจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในเป้าหมายของการลงนามยินยอมรับการรักษาหรือไม่ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะให้ลงนามอย่างเพียงพอหรือไม่
- ๖. ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วย (เช่น มีอุปสรรคด้านภาษา การรับรู้) โรงพยาบาลมีแนวทางในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างไร
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในกรณีนี้ที่ปฏิบัติได้ยากเนื่องจากปัญหาการสื่อสาร

๑๔. จริยธรรมองค์กร

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลจัดระบบงานอย่างรัดกุมและเหมาะสม เพื่อปกป้องเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจากปัญหาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

ประเด็นในการบูรณาการ

- คำร้องเรียน เสียสละก่อนจากสังคม ต่อวิธีการทำงานของโรงพยาบาล กับการวางมาตรการป้องกัน

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความรัดกุมและเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- โรงพยาบาลเอกชนจะมีปัญหาในเรื่องอัตราค่ารักษาพยาบาลการปรึกษาและให้บริการมากเกินไป จำเป็น ความเหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. ในรอบปีที่ผ่านมา มีการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยจำนวนเท่าไร เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่สิ้นหวังจำนวนเท่าไร ประสบความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพเท่าไร โรงพยาบาลควรดำเนินการอย่างไรในสถานการณ์ที่เป็นอยู่

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการพิจารณาค่าสิ่ง “ระงับการช่วยฟื้นคืนชีพ” หรือ “Do Not Resuscitate” สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยที่สิ้นหวังมาใช้หรือไม่ หากมีการใช้ คำสั่งนั้นจะก่อให้เกิดปัญหาด้านจริยธรรมและกฎหมายอย่างไร มีการป้องกันอย่างไร

๒. โปรดระบุแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันค่าธรรมเนียมในเรื่องค่ารักษาพยาบาลแพง การตรวจรักษาหรือรับไว้นอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีมาตรการในการป้องกันปัญหา overcharge หรือ overservice อย่างไร

๓. โปรดระบุแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นนั้นจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ว่าคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและความเหมาะสมในการดูแลเพียงใด

๑๔. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการซึ่งมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด

ประเด็นในการบูรณาการ

- การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหาระหว่างวิชาชีพ และระหว่างหน่วยงาน

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ระดับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงานและระหว่างวิชาชีพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.๘.๑ มีการทำงานเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

- ต่างคนต่างรับผิดชอบทำงานในหน้าที่ของตน กิจกรรมที่จะมาประเมินหรือวางแผนร่วมกันมีน้อย
- ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนสำหรับกิจกรรมบางอย่างที่หลากหลาย วิชาชีพสามารถช่วยเหลือกันได้
- บันทึกที่แต่ละวิชาชีพจัดทำขึ้นมักจะใช้เฉพาะในวิชาชีพของตนเอง แต่ไม่ได้มุ่งว่าวิชาชีพอื่นและผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์อะไร

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดระบุตัวอย่างโรคหรือสภาวะของผู้ป่วยที่ต้องมีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการกำหนดหรือเลือกสรรโรคหรือสภาวะที่มีความสำคัญสูงมาวางแผนการดูแลร่วมกันหรือไม่ การวางแผนดูแลร่วมกันอาจจะมีลักษณะของการวางแผนล่วงหน้า หรือการวางแผนเฉพาะรายผู้ป่วย

๒. ขั้นตอนหรือกระบวนการใดในการดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมระหว่างวิชาชีพสูงเป็นพิเศษ มีแนวทางการสื่อสารและทำงานร่วมกันอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ากระบวนการที่เป็นจุดวิกฤตในการทำงานเป็นทีม คือขั้นตอนใด แนวทางปฏิบัติที่ทำอยู่มีประสิทธิภาพเพียงใด

๓. สิ่งที่เป็นจุดเด่นของการทำงานเป็นทีม (ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างวิชาชีพ) ในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลคืออะไร ในแผนกใด มีความพยายามในการนำรูปแบบนี้ไปใช้ในแผนกอื่นๆ อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนจุดแข็งของตนเองในเรื่องการทำงานเป็นทีม และการใช้ประโยชน์

จากจุดแข็งที่มีอยู่ด้วยการเป็นตัวอย่งให้แก่หน่วยงานอื่นๆ

๔. โปร่งระบบความต้องการหรือข้อเสนอแนะที่หน่วยงานหรือวิชาชีพต่างๆ มีให้แก่กัน และตัวอย่างของการตอบสนองที่เกิดขึ้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนวัฒนธรรมของการให้ข้อเสนอแนะ และตอบสนองต่อข้อเสนอแนะระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ

๑๖. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันท่วงที่มีโอกาสให้และรับข้อมูลที่เป็นอย่างครบถ้วน

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ประสิทธิภาพในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
- การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการให้ข้อมูล (ทั้งข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย)
- ความรัดกุมในการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการตรวจรักษา

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.๘.๒ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

GEN.๘.๓ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ

- ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยน้อย
- การลงนามยินยอมรับการรักษาเป็นเพียงรูปแบบ หรือทำด้วยความเข้าใจผิดว่าเพื่อป้องกันผู้ป่วยฟ้องเจ้าหน้าที่ ไม่เข้าใจว่าเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับทราบในสิ่งที่ควรจะทราบ
- ไม่มีการ identify ผู้ป่วยซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการให้บริการหรือทำหัตถการผิดพลาด

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. ในการเซ็นใบยินยอมรับการรักษา ได้มีการให้ข้อมูลอะไรแก่ผู้ป่วยบ้าง ใครเป็นผู้ให้ข้อมูลเหล่านั้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนลงนามไปยินยอมรับการรักษาว่าเพียงพอหรือไม่ มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการให้ข้อมูลอย่างไร
- ๒. ในภาวะปริมาณผู้ป่วยของโรงพยาบาลปัจจุบัน ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ทีมผู้ให้บริการอย่างครบถ้วนได้อย่างไร
 - เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว
- ๓. โปรดอธิบายแนวทางการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบผลการวินิจฉัยโรคของตน และแนวทางที่ครอบครัวจะได้รับข้อมูลจากแพทย์โดยตรง
 - เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและธรรมชาติของโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในโรคทั่วไป และโรคที่อาจจะมีปัญหาหากให้ข้อมูลทั้งหมดแก่ผู้ป่วย
- ๔. โปรดอธิบายแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆ มีส่วนในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างไร
 - เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการนำแนวคิดของสุศึกษาที่ถูกต้องมาสู่การปฏิบัติ
 - แนวคิดของสุศึกษาคือการทำข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมิใช่การสอนโดยไม่มีเป้าหมาย
- ๕. โปรดอธิบายแนวทางการอธิบายการพยากรณ์โรคสำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวังหรือไม่มีทางรักษาและผู้รับผิดชอบ มีข้อมูลประเภทใดอีกที่อาจจะเป็นปัญหาในการแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ และมีแนวทางปฏิบัติอย่างไร
 - เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการให้ข้อมูลด้านคลินิกแก่ผู้ป่วย และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

๑๗. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆอย่างครบถ้วนและมีการวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

ประเด็นในการบูรณาการ

- การประเมินผู้ป่วยกับการนำผลการประเมินไปใช้เพื่อการวางแผน และการติดตามผล
- การเชื่อมโยงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับสภาพทางคลินิกของผู้ป่วย

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ในการประเมินผู้ป่วย
- ความน่าเชื่อถือของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจ investigate อื่นๆ
- ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา ของการวินิจฉัยโรค
- ความครอบคลุมของแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางแผน

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.๘.๔ ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ

- การซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์ไม่สมบูรณ์
- การประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มักจะเน้นการบันทึกให้ครบในแบบฟอร์ม แต่ไม่ได้มุ่งที่จะค้นหาปัญหาของผู้ป่วย หรือนำข้อมูลที่ได้มาใช้วางแผน
- การตรวจ investigate มีปัญหาเรื่องการเก็บส่งตรวจอย่างเหมาะสม ความน่าเชื่อถือของการตรวจ และการอธิบายผลการตรวจแก่ผู้ป่วย
- ไม่มีข้อมูลประกอบเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค ไม่มีการปรับปรุงการวินิจฉัยโรคเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติม
- ไม่มีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่ออธิบายเหตุผลของการรับไว้รักษาเพื่อการดูแลรักษาที่ครบถ้วน และเพื่อให้ประเมินผลการดูแลรักษา
- ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือก (ถ้ามี) และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- ผู้ป่วยผ่าตัดไม่ได้รับการประเมินและวางแผนล่วงหน้าจากทีมวิสัญญี
- การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำยังขาดพื้นฐานความรู้ทางวิชาการ และการคำนึงถึงโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรดอธิบายแนวทางการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการประสานงานในการประเมินผู้ป่วยเพียงใด มีความซ้ำซ้อน ซึ่งสร้างความรำคาญแก่ผู้ป่วยหรือไม่ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการประเมินที่วิชาชีพอื่นได้บันทึกไว้หรือไม่

๒. มีการตรวจไต่ถามที่ต้องส่งไปตรวจที่สถานพยาบาลอื่น การส่งไปตรวจที่อื่นมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเพียงใด

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนศักยภาพในการตรวจ investigate ของโรงพยาบาล ทบทวนความน่าเชื่อถือของการตรวจในสถานพยาบาลอื่น และทบทวนว่ามีความล่าช้าที่จะมีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือไม่

๓. มีการ feed back จากห้องปฏิบัติการหรือหน่วยที่ตรวจ investigate เกี่ยวกับคุณภาพความถูกต้อง ของสิ่งส่งตรวจและข้อมูลประกอบการส่งตรวจอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระบบการสื่อสารในการส่งสิ่งส่งตรวจเป็นอย่างไร

๔. ในกรณีที่แพทย์สงสัยความถูกต้องของผลการตรวจจะมีกระบวนการอย่างไร มีความร่วมมือในการอธิบายความผิดปกติของผลการตรวจอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระบบการสื่อสารหลังจากได้รับรายงานผลการตรวจ ซึ่งระบบ feed back นี้จะมีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง

๕. ผลการตรวจ investigate ได้รับการเก็บไว้ในเวชระเบียนอย่างไร มีมาตรการในการป้องกันการสูญหายอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายหรือจำหน่าย

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความรัดกุมในการรายงานผลการตรวจไว้ในเวชระเบียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อได้รับผลการตรวจหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยไปแล้ว ใครมีหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามและจัดเก็บเข้าเวชระเบียน

๖. ในกรณีที่ไต่ถามที่ผู้ป่วยจะได้รับทราบผลการตรวจ investigate ผู้ป่วยกลุ่มไต่ถามที่ต้องอธิบายการแปลผลให้ทราบเป็นพิเศษ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางการปฏิบัติในเรื่องการอธิบายหรือแปลผลการตรวจ investigate แก่ผู้ป่วยซึ่งจะมีผลต่อการเลือกแนวทางการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมั่นใจถึงความจำเป็นที่ต้องมีการตรวจ investigate

๗. โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับกำรวินิจฉัยโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องสมบูรณ์อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคขั้นต้นและการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งมีข้อมูลยืนยันสนับสนุนการวินิจฉัยโรคดังกล่าว

๘. โรงพยาบาลมีแนวทางในการทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยโรคอย่างไร ผลจากการทบทวนเป็นอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลพิจารณาถึงกิจกรรมทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยโรคอย่างไร

เช่น การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคก่อนและหลังการผ่าตัด, การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคทางคลินิกกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา, การทบทวนความเพียงพอของข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, การทบทวนการวินิจฉัยโรคในลักษณะไม่ชัดเจน (ill-defined condition)

๙. แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยครอบคลุมอะไรบ้าง (เช่น การรักษาอาการ, กิจวัตรประจำวัน, ความสะดวกสบาย, อาหาร, ยา, หัตถการ, การช่วยเหลือด้านจิตใจ, การติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการ, การฟื้นฟูสภาพ) ใครเป็นผู้จัดทำ มีการประสานระหว่างวิชาชีพต่างๆ อย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความครอบคลุมของการจัดทำแผนการดูแลรักษา ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนการดูแลรักษา

๑๐. ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาในกรณีใดบ้าง อย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจร่วมวางแผนดูแลรักษา

๑๑. โปรดอธิบายแนวทางการสื่อสาร/ประสานงานแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการสื่อสารหรือประสานแผนการดูแลรักษาระหว่างวิชาชีพต่างๆ อย่างไร เหมาะสมและเพียงพอหรือไม่

๑๘. กระบวนการดูแลผู้ป่วย

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

ประเด็นในการบูรณาการ

- การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามผล
- บันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงการใช้ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติงาน

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความรวดเร็วในการตรวจพบภาวะฉุกเฉินที่เกิดกับผู้ป่วย

- ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างวิชาชีพ
- การดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม
- ความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.๘.๔ กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐาน

- เจ้าหน้าที่ไม่มีความคุ้นเคยกับการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุยังคงมีให้เห็น
- ผู้ให้การรักษามีคุณสมบัติต่ำกว่าภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
- การดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
- มีความผิดพลาดในการจ่ายยา

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. โปรระบุปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยๆในหน่วยงานของโรงพยาบาล มีแนวทางการเตรียมความพร้อมและการตรวจสอบความพร้อมอย่างไร มีแนวทางการเฝ้าระวังเพื่อที่จะตรวจพบปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินดังกล่าวอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความพร้อมในการรองรับภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๒. โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบว่าผู้ที่ให้การดูแลตนนั้นเป็นเจ้าของหน้าที่ในระดับใด ผู้ป่วยมีโอกาที่จะอุทธรณ์หรือไม่ว่าบุคคลผู้นั้นไม่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำหน้าที่นั้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆว่ามีความเหมาะสมและถูกต้องตามข้อกำหนดของวิชาชีพหรือไม่ มีการแสดงตัวให้ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบอย่างไร

๓. โปรระบุปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยในหน่วยบริการของโรงพยาบาล มีกระบวนการในการค้นหาปัญหาและให้การดูแลอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนการดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ซึ่งมักจะเป็นองค์ประกอบที่ถูกละเลย

๔. โปรรอธิบายการติดตามข้อมูลความผิดพลาดจากการใช้ยา (medication error)

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่อข้อมูลที่ได้รับ

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนระบบการติดตามความผิดพลาดจากการใช้ยา และการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

๕. ผู้ป่วยประเภทใดบ้างที่จะได้รับคำปรึกษาด้านการใช้ยาจากเภสัชกร มีแนวทางในการให้คำปรึกษาอย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนบทบาทของเภสัชกรในการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๖. กระบวนการในการประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษาเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ มีการทบทวนตรวจสอบความทันท่วงทีในการประเมินนี้อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนความเหมาะสมของการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากให้การดูแลรักษา รวมทั้งการตอบสนองที่ทันท่วงที

๗. มีแนวทางปฏิบัติอย่างไรในการรายงานแพทย์เวร แพทย์เวรใช้อะไรเป็นแนวทางในการตัดสินใจว่าจะส่งการรักษาทางโทรศัพท์หรือจะต้องมาดูผู้ป่วย มีเกณฑ์กำหนดไว้หรือไม่ว่าในกรณีใดที่แพทย์ไม่สามารถส่งการรักษาทางโทรศัพท์ได้

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์เวรและการใช้คำสั่งรักษาทางโทรศัพท์ พิจารณาว่าแนวทางที่มีอยู่จะสร้างหลักประกันด้านคุณภาพแก่ผู้ป่วยได้เพียงพอหรือไม่

๑๙. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนมีบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา

ประเด็นในการบูรณาการ

- เพื่อการบันทึก การทบทวนผลการบันทึก การใช้ประโยชน์จากบันทึกในการพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความสมบูรณ์ครบถ้วนของการบันทึกเวชระเบียน

- การใช้ประโยชน์จากบันทึกเวชระเบียนในการดูแลผู้ป่วย
- การใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนในการพัฒนาคุณภาพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

IM.๔.๑ มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการ โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ

GEN.๘.๖ มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

- ข้อมูลที่บันทึกไม่ครบถ้วนพอที่จะบอกเหตุผลของการรับไว้รักษา, การวินิจฉัยโรค, การประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา, ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย, เอื้ออำนวยต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ไม่มีการทบทวนบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการบันทึก

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้มาร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนหรือไม่ อะไรคือเป้าหมายดังกล่าว

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนหรือไม่เป้าหมายนั้นครอบคลุมเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพียงใด ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายเพียงใด การมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายร่วมกันก่อให้เกิดผลอย่างไร

๒. โปรดอธิบายแนวทางการปรับปรุงแบบบันทึกเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้มากขึ้น

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้มีการปรับปรุงแบบบันทึกไปแล้วอย่างไรบ้าง การปรับปรุงก่อให้เกิดประโยชน์อย่างไร

๓. โรงพยาบาลกำหนดแนวทางปฏิบัติในการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (progress note) ไว้อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าการบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกมีความสมบูรณ์เพียงใด กำหนดความคาดหวังไว้อย่างไร

๔. โรงพยาบาลกำหนดแนวทางปฏิบัติในการบันทึกเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค/แผนการรักษาไว้อย่างไร

- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการบันทึกข้อมูลที่สำคัญประกอบการเปลี่ยนแปลงเพียงใด
๔. จากการทบทวนบันทึกเวชระเบียน อะไรคือจุดอ่อนในการบันทึกที่พบบ่อย ได้มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อปรับปรุงแก้ไข
- เพื่อให้โรงพยาบาลพิจารณาว่ามีการทบทวนความสมบูรณ์ในการบันทึกเวชระเบียนหรือไม่ผลเป็นอย่างไร
๖. โปรดอธิบายว่าได้มีการใช้ข้อมูลในเวชระเบียนเพื่อการประเมินคุณภาพอย่างไร
- เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนในการประเมินคุณภาพอย่างไร เช่น การทำ peer review การติดตามผลการปฏิบัติตาม CPG

๒๐. การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ประเด็นในการบูรณาการ

- การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การให้ข้อมูลและความรู้ การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว การส่งต่อ

ประเด็นสำคัญในการประเมิน

- ความพร้อมของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้าน
- ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย
- ความครบถ้วนขององค์ประกอบในการดูแลต่อเนื่อง

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.๘.๗ มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

- ไม่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่แรกแรกกับ
- ขาดการส่งต่อและประสานงานกับหน่วยบริการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

แนวทางการตอบคำถาม ข้อ ค.

๑. ข้อมูลที่จะให้แก่ผู้ป่วยเมื่อจะออกจาก รพ.มีอะไรบ้าง คำแนะนำอะไรที่มักจะเป็นปัญหาในการนำไปปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย มีแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นอย่างเพียงพอหรือไม่

๒. ผู้ป่วยด้วยภาวะใดบ้างที่จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวในการดูแลรักษาต่อเนืองที่บ้าน มีวิธีการในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวอย่างไร ถ้าครอบครัวไม่พร้อมจะทำอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่าได้มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายสำคัญในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวหรือไม่

๓. มีกระบวนการค้นหาปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างไร ปัญหาอะไรที่พบบ่อยเมื่อพบแล้วมีวิธีการดำเนินการอย่างไร

● เพื่อให้โรงพยาบาลทบทวนว่ามีการให้ความสำคัญต่อปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

โครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล. (๒๕๓๙) **มาตรฐานโรงพยาบาล แนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฉบับปีกาณจนารักษิ** ก. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (๒๕๔๓) **แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA**. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (๒๕๔๓) **มาตรฐาน HA และเกณฑ์การพิจารณา: บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาล**. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.

คู่มือ การประเมินตนเอง ตามมาตรฐานโรงพยาบาล

หัวใจสำคัญของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) คือการเรียนรู้ การเรียนรู้นี้จะเกิดขึ้นอย่างมากภายในระหว่างประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลเพื่อเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก และจะเกิดขึ้นต่อเนื่องไปตลอด กล่าวได้ว่า การเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นเพียงเหตุการณ์เล็กๆ ในช่วงเวลาสั้นๆ เพื่อยืนยันและตอกย้ำความมั่นใจในการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น แม้จะเปรียบว่าการเยี่ยมสำรวจและการรับรองเท่ากับเป็นการประกันคุณภาพจากภายนอก นั่นก็เป็นการกล่าวในแง่มุมหนึ่งเท่านั้น แต่การประกันคุณภาพที่แท้จริงนั้นเกิดขึ้นโดยโรงพยาบาลเอง

การใช้มาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อประเมินตนเองมีเป้าหมายเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา สังเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นและบันทึกไว้เป็นบทเรียนเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

พฤษภาคม ๑๐๐ ปี สม พึ่ง พวงแก้ว



00002044

สถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล



ISBN 974-294-193-9



9 789742 944932

ราคา 80 บาท