

---

# Overall Scoring Enquiry Guide

---

## คำนำ

---

Overall Scoring Enquiry Guide ฉบับนี้ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จัดทำขึ้นเพื่อช่วยสร้างความเข้าใจในการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ด้วยการตั้งประเด็นคำถามให้ทีมงานของโรงพยาบาลพิจารณาเมื่อตอบว่าระดับการปฏิบัติของตนอยู่ในระดับ 3 ขึ้นไป (คำถามจะอยู่ภายใน bullet) หากสามารถตอบคำถามได้ก็จะเป็นการสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติในระดับคะแนนนั้นจริง

## I-1. การนำองค์กร

---

1. มีการทบทวนภารกิจและเป้าหมายของ รพ., ผู้นำใช้เวลากับการตามแก้ปัญหาต่างๆ เป็นส่วนใหญ
2. ให้นโยบายสนับสนุนการพัฒนา, Top down, QA
3. สร้างความร่วมมือและสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนา ชี้นำ สื่อสารและติดตามการพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
  - กลยุทธ์ที่ก่อให้เกิดความร่วมมือและความตื่นตัวในการพัฒนาองค์กรที่ผู้นำใช้และมีผลกระทบสูงคืออะไร
  - เนื้อหาและวิธีการที่ผู้นำใช้ในการชี้นำการพัฒนาองค์กรคืออะไร
  - อะไรคือแรงจูงใจที่มีพลังที่ผู้นำใช้
4. เน้นการเรียนรู้ เสริมพลัง, มีการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของระบบการนำ
  - ผู้นำใช้ผลการพัฒนามาสร้างกระบวนการเรียนรู้ในระดับทีมนำและระดับผู้ปฏิบัติงานอย่างไร มีการขยายผลหรือฝังความรู้ที่ได้เข้าไปในระบบงานอย่างไร ตัวอย่างการเรียนรู้สำคัญในองค์กรคืออะไร
  - เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติได้รับการเสริมพลังอย่างไร ตัวอย่างการเสริมพลังที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการคืออะไร
  - ประเด็นสำคัญที่ทีมนำใช้ในการประเมินประสิทธิผลของระบบการนำคืออะไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไร
5. ใช้วิสัยทัศน์และค่านิยม นำองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง (high performing) เป็นองค์กรที่ยั่งยืน (sustainable)
  - ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นว่ามีการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาใช้เป็นหลักในการตัดสินใจและกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กรอย่างกว้างขวาง เป็นเรื่องปกติ
  - ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่โดดเด่น ซึ่งเป็นผลจากการใช้วิสัยทัศน์และค่านิยมอย่างกว้างขวาง

## I-2. การบริหารเชิงกลยุทธ์

---

1. แผนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์อย่างมีจุดร่วม
2. มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี แต่ยังมีข้อด้อยสำคัญในด้านต่างๆ
3. แผนสอดคล้องกับบริบท ปราศจากข้อด้อยสำคัญ บุคลากรรับรู้ มีระบบรายงานและติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย
  - บริบทและความท้าทายของ รพ.คืออะไร แผนตอบสนองต่อบริบทและความท้าทายดังกล่าวเพียงใด ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆ ครบถ้วนหรือไม่

- มีการกำหนดเป้าหมายของแผนชัดเจนหรือไม่ สามารถวัดได้หรือไม่ ตัวชี้วัดตรงประเด็นกับเป้าหมายหรือไม่
  - ผู้นำติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนอย่างไร บ่อยเพียงใด ผลการติดตามเป็นอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไร
4. มีเป้าหมายที่ท้าทาย การทบทวนนำมาสู่จุดเน้นการพัฒนาที่ชัดเจนและรับรู้ทั่วกัน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผน
- เนื้อหาของแผนเป็นเรื่องของงานประจำหรืองานพัฒนา การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่คาดหวังไว้คืออะไร
  - เป้าหมายที่ท้าทายคืออะไร เป็นความท้าทายในภาพรวมหรือเฉพาะบางข้อ มีเป้าหมายเชิงปริมาณที่ท้าทายอย่างไร
  - จุดเน้นการพัฒนาในขณะนี้คืออะไร มีที่มาอย่างไร แตกต่างจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เพราะอะไรจึงมีการเปลี่ยนแปลงจุดเน้น
  - มีการประเมินการรับรู้แผน เป้าหมาย และจุดเน้นการพัฒนาอย่างไร
  - กระบวนการวางแผนแตกต่างไปจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เพราะอะไรจึงมีการปรับเปลี่ยน
5. องค์กรมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วเมื่อจำเป็น
- ขอให้ยกตัวอย่างความยืดหยุ่นและความรวดเร็วในการตอบสนองสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

### I-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

1. ตั้งรับ ตอบสนองข้อร้องเรียนที่สำคัญเป็นเรื่องๆ
2. ระบบจัดการข้อร้องเรียนมีประสิทธิภาพ มีการวิเคราะห์แนวโน้มและนำไปปรับปรุง
3. มีระบบรับรู้/เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ดี และนำไปใช้ประโยชน์ (ออกแบบ/ปรับปรุงระบบงาน), ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนของการดูแล
  - แหล่งข้อมูลและวิธีการที่ รพ.ใช้ในการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มีอะไรบ้าง สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสำคัญได้ดีเพียงใด สามารถรับรู้ความต้องการได้ลึกเพียงใด มีความต่อเนื่องพอที่จะรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพียงใด
  - มีการสรุปความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและนำไปใช้ประโยชน์ในการออกแบบหรือปรับปรุงระบบงานอย่างไร ทั้งในภาพรวมของ รพ.และบริการเฉพาะส่วน
  - อะไรคือความต้องการที่มีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้รับบริการในระดับสูง รพ.ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวอย่างไร
  - ประเด็นสำคัญของการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในแต่ละจุดหรือแต่ละขั้นตอนของการดูแลคืออะไร รพ.สร้างความมั่นใจในการคุ้มครองสิทธิดังกล่าวอย่างไร

4. ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบงาน, มีการประเมินและปรับปรุงการรับรู้และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการมุ่งเน้นผู้ป่วย
  - ขอให้ยกตัวอย่างการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการออกแบบ/ปรับปรุงระบบงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างจากการพัฒนาจากมุมมองของทีมผู้ให้บริการอย่างไร
  - มีการปรับปรุงวิธีการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการอย่างไร
  - อะไรคือสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่ามีการมุ่งเน้นผู้ป่วยมากขึ้นในช่วง 1-2 ปีนี้
5. มีสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ให้ความอบอุ่น เอื้อต่อการเยียวยา, การตอบสนองความต้องการมีความลึกซึ้งและมีความเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่ม
  - มีการนำแนวคิดเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) มาสู่การปฏิบัติอย่างไร เช่น ภาพ แสง เสียง กลิ่น สวน ปฏิสัมพันธ์
  - พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจและความรักที่ให้ความอบอุ่นใจแก่ผู้รับบริการ มีการปฏิบัติอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอเพียงใด
  - ขอให้ยกตัวอย่างการตอบสนองความต้องการที่มีความลึกซึ้งและมีความเฉพาะสำหรับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม การตอบสนองดังกล่าวมีที่มาอย่างไร

#### I-4.1 การวัดและวิเคราะห์

---

1. ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจากงานประจำหรืองานนโยบาย
2. ตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเอง
  - มีตัวชี้วัดใดบ้างที่สะท้อนปัญหาเฉพาะของ รพ.
3. มีการวัดผลงานที่ตรงประเด็นในทุกระดับ มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ (กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ)
  - การวิเคราะห์ service profile ของแต่ละหน่วยงาน ทำให้เห็นประเด็นคุณภาพของหน่วยงานนั้นๆ ได้ชัดเจน และมีการติดตามตัวชี้วัดตามประเด็นเหล่านั้นครบถ้วนเพียงใด
  - การวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของแต่ละระบบงาน ทำให้เห็นประเด็นคุณภาพของระบบงานนั้นๆ ได้ชัดเจน และมีการติดตามตัวชี้วัดตามประเด็นเหล่านั้นครบถ้วนเพียงใด
  - การวิเคราะห์ความท้าทายขององค์กร ทำให้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกันได้เพียงใด
  - มีการติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง/พัฒนา รวมถึงถ่ายทอดสู่การปฏิบัติอย่างไร
4. ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีบูรณาการของการวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์กร, มีการวัดผลงานเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น, มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน

- Critical success factor เพื่อการบรรลุเป้าหมายของ รพ.คืออะไร อะไรคือตัวชี้วัดตามปัจจัยดังกล่าว ตัวชี้วัดดังกล่าวมีความสอดคล้องกันทั้งองค์กรเพียงใด
  - มีตัวชี้วัดใดบ้างที่ควรวัดครอบคลุมทั้งองค์กร ทำอย่างไรให้เกิดความครอบคลุมดังกล่าว
  - มีตัวชี้วัดใดที่มีการวัดเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น
  - ระบบการวัดผลในปีนี้แตกต่างจากปีที่ผ่านมาอย่างไร เหตุใดจึงมีการปรับปรุง
5. ใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามและวิเคราะห์เพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- ทิมนำและทีมงานต่าง ๆ นำข้อมูลตัวชี้วัดที่ติดตามมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์อย่างไร
  - เกิดความรู้ในองค์กรอะไรบ้าง ที่เป็นผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานขององค์กร

#### I-4.2ข. การจัดการความรู้

---

1. เริ่มต้นการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร
2. มีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ
3. มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit & tacit), ข้อมูลมีความพร้อมใช้, นำความรู้มาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย
  - มีการกำหนดความรู้ที่จำเป็นเพื่อการบรรลุพันธกิจของ รพ.อย่างไร อะไรคือ explicit & tacit knowledge ที่จำเป็น
  - มีแนวทางในการแสวงหาความรู้ดังกล่าวอย่างไร ทำอย่างไรให้ข้อมูลมีความพร้อมใช้สำหรับผู้ต้องการใช้
  - ขอให้อีกตัวอย่างการนำความรู้ดังกล่าวมาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย
4. การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในระบบงาน และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการความรู้
  - มีนวัตกรรมในระบบงานอะไรบ้าง นวัตกรรมดังกล่าวเป็นผลมาจากการจัดการความรู้ได้อย่างไร
  - มีการนำความรู้จากการจัดการความรู้มาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์อย่างไร
  - มีการปรับปรุงระบบการจัดการความรู้อย่างไรในรอบปีที่ผ่านมา
5. การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดวิถีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ
  - อะไรคือ excellence practice ของ รพ., เป็นผลมาจากการจัดการความรู้ได้อย่างไร

#### I-5. ทรัพยากรบุคคล

---

1. มีระบบบริหารงานบุคคลตามมาตรฐานทั่วไป
2. บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะตามหน้าที่รับผิดชอบและปัญหาที่เกิดขึ้น, เริ่มต้นวางระบบประเมินผลงานและระบบแรงจูงใจ

3. มีบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมกับหน้าที่และมีจำนวนเพียงพอในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง, บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา มีขวัญกำลังใจ และสร้างผลงานที่ดี
  - หน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงของ รพ.ได้แก่อะไรบ้าง มีการกำหนดอัตรากำลังที่เหมาะสมไว้ อย่างไร สามารถจัดให้มีบุคลากรตามที่กำหนดไว้ได้หรือไม่
  - มีการประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็นในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงอย่างไร สร้างความมั่นใจอย่างไรว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าวมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
  - มีการประเมินระดับขวัญกำลังใจของบุคลากรหรือไม่ อย่างไร ผลเป็นอย่างไร
  - บุคลากรมีแรงจูงใจในการสร้างผลงานที่ดีเพียงใด ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างไร
4. บุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กร ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม, มีการประเมินและปรับปรุงระบบทรัพยากรบุคคล
  - ผู้นำทราบได้อย่างไรว่าบุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กรเพียงใด ใฝ่เรียนรู้ และสร้างนวัตกรรมเพียงใด มีการประเมินระดับความผูกพันของบุคลากรอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
  - มีการปรับปรุงระบบทรัพยากรบุคคลอะไรบ้างในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา การปรับปรุงดังกล่าวเป็นผลมาจากอะไร
5. ประยุกต์ใช้แนวคิด spirituality ในการทำงานกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน
  - แนวคิด spirituality ที่นำมาใช้มีอะไรบ้าง ก่อให้เกิดผลอย่างไรต่อบรรยากาศในองค์กรและการดูแลผู้ป่วย

### I-5.2ค.สุขภาพบุคลากร

1. ให้การดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม
2. มีระบบป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงานในเชิงรุก
  - โรคและอันตรายจากการทำงานที่มีการป้องกันในเชิงรุกมีอะไรบ้าง มีการติดตามการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้อย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
3. บุคลากรดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม
  - รพ.ส่งเสริมให้บุคลากรที่เจ็บป่วยและกลุ่มเสี่ยง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสภาวะสุขภาพดี, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพบุคลากร
  - มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพและระดับสภาวะสุขภาพของบุคลากรอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

- มีการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลสุขภาพบุคลากรอย่างไร เป็นผลมาจากอะไร
5. บุคลากรเป็นแบบอย่าง หรือเป็นผู้นำในด้านการสร้างสุขภาพ
- บุคลากรมีบทบาทอย่างไรในการเป็นแบบอย่างหรือเป็นผู้นำในการสร้างสุขภาพ บทบาทดังกล่าวได้รับการปฏิบัติโดยบุคลากรส่วนใหญ่และในทุกโอกาสหรือไม่

## I-6. การจัดการกระบวนการ

---

1. ใช้ 3P หรือ PDSA ในโครงการพัฒนาคุณภาพและงานประจำ, มีกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพอยู่ในงานประจำ
2. ใช้ 3P หรือ PDSA ในการบริหารหน่วยงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย รวมทั้งการติดตามกำกับงานประจำวัน (จุดเห็นของบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA), เข้าถึงหัวใจของกิจกรรมหัวหน้าพาทำคุณภาพ (มุ่งเน้นผู้รับผลงาน, พัฒนาต่อเนื่อง)
  - มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงานชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานเพียงใด
  - มีการกำหนดประเด็นคุณภาพสำคัญและจุดเน้นของการพัฒนาที่ชัดเจนเพียงใด มีกิจกรรมคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายและจุดเน้นเพียงใด
  - การออกแบบระบบงานในจุดสำคัญมีความเหมาะสมและรัดกุมเพียงใด
  - สมาชิกในหน่วยงานมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้ได้ดีเพียงใด
  - มีการควบคุมกำกับ การประเมินผล การติดตามและใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดต่างๆ อย่างไร
  - หน่วยงานต่างๆ มีระดับการใช้แนวคิดการจัดการกระบวนการในระดับที่ใกล้เคียงกันหรือแตกต่างกันอย่างไร
3. ใช้ 3P หรือ PDSA กับระบบงานหรือกระบวนการหลัก (กระบวนการที่สร้างคุณค่า) และประเด็นเชิงกลยุทธ์ (จุดเห็นของบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA)
  - ระบบงาน กระบวนการหลัก ประเด็นเชิงกลยุทธ์ ที่มีการใช้หลัก process management หรือ 3P หรือ PDSA มีอะไรบ้าง
  - มีการกำหนดประเด็นคุณภาพสำคัญและจุดเน้นของการพัฒนาที่ชัดเจนเพียงใด
  - การออกแบบระบบงานในจุดสำคัญมีความเหมาะสมและรัดกุมเพียงใด
  - มีการควบคุมกำกับ การประเมินผล การติดตาม และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัดต่างๆ อย่างไร
4. มีการประเมินและปรับปรุงสัมฤทธิ์ผลของการจัดการกระบวนการของทีมต่างๆ, การพัฒนาความชัดเจนในเรื่องการบูรณาการ (เชื่อมโยง) และนวัตกรรม
  - สัมฤทธิ์ผล (หรือการบรรลุเป้าหมาย) ของระบบงานและทีมงานต่างๆ เป็นอย่างไร มีการใช้หลักการจัดการกระบวนการ หรือ 3P หรือ PDSA ให้เกิดคุณค่าแก่ระบบงานและทีมงานอย่างไร

- มีตัวอย่างของการบูรณาการ (เชื่อมโยง) ระหว่างระบบงานและทีมงานต่างๆ อย่างไร ใช้หลักการหรือวิธีการอะไรในการส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการ
  - มีตัวอย่างการใช้นวัตกรรมในระบบงานต่างๆ อย่างไร
5. การพัฒนาส่งผลให้เกิดคุณค่าต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้นชัดเจน
- การใช้หลัก 3P หรือ PDSA หรือการจัดการกระบวนการส่งผลให้เกิดคุณค่าต่อผู้รับบริการอย่างไร

## II-1.1ค. การประเมินตนเอง

---

1. หาโอกาสพัฒนาจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น
  - มีการทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ในบันไดขั้นที่ 1) เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่มีพึงประสงค์และนำมาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่องเพียงใด
2. หาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ, มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ
  - หน่วยงานและระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ process flowchart ของตนเพื่อค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาได้ครอบคลุมเพียงใด
  - มีการนำโอกาสพัฒนาที่วิเคราะห์ได้ไปสู่การปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด
3. ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ด้วยความเข้าใจ
  - มีการส่งเสริมให้ใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลายต่อไปนี้เพียงใด: การประเมินจุดแข็งจุดอ่อนในงานที่ทำ, การติดตามตัวชี้วัด, การใช้ service profile เพื่อวิเคราะห์งานและการบรรลุเป้าหมาย, การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, การตามรอยทางคลินิก, การประเมินตนเองตามมาตรฐาน, การเยี่ยมหน่วยงานเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ
  - ทีมงานเข้าใจเป้าหมายของการประเมินตนเองและใช้ประโยชน์จากวิธีการประเมินตนเองต่างๆ อย่างเต็มที่หรือไม่
  - มีการประสานหรือบูรณาการวิธีการประเมินตนเองต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างไร
4. ใช้การวิจัยประเมินผล, มีการใช้ตัวเทียบเพื่อยกระดับเป้าหมาย เช่น ตัวเทียบในระดับกลุ่มหรือระดับชาติ / ความต้องการของผู้ป่วย / เป้าหมายขององค์กร
  - รพ. นำการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการประเมินตนเอง / ประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างไร มีการดำเนินการอย่างเรียบง่ายและกว้างขวางเพียงใด
  - รพ. ใช้ตัวเทียบเพื่อยกระดับเป้าหมาย (benchmark) อะไรบ้าง เทียบกับอะไร ผลการใช้ตัวเทียบทำให้เกิดการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดดหรือไม่ อย่างไร
5. มีวัฒนธรรมของการประเมินตนเอง
  - ตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่า รพ.มีวัฒนธรรมของการประเมินตนเองมีอะไรบ้าง

## II-1.1ง. การทำงานเป็นทีม

---

1. ความเป็นทีมในหน่วยงาน ในงานประจำ และการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน, มีแนวทางในการขอคำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนร่วมกันระหว่างสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. ความเป็นทีมในระบบงาน ทีมคร่อมสายงาน และทีม นำระดับต่างๆ (team formation) ร่วมกัน ทบทวนปัญหา และพัฒนาระบบงานต่างๆ
3. ทีมระบบงาน ทีมคร่อมสายงาน และทีมนำระดับต่างๆ ทำหน้าที่ดูแลภาพรวม ติดตามความก้าวหน้า เชื่อมโยงกับทีมนำสูงสุดและทีมที่เกี่ยวข้อง (effective function of team)
  - ขอให้ยกตัวอย่างบทบาทหน้าที่ของทีมระบบงาน (HR, IM, Env, IC, PTC, MSO, NSO, HP) ทีมคร่อมสายงาน (PCT/CLT) และทีมนำระดับต่างๆ
  - ทีมใดบ้างที่สามารถทำหน้าที่ดูแลภาพรวมและติดตามความก้าวหน้าได้ดี อะไรคือความสำเร็จที่เกิดขึ้น
  - ขอให้ยกตัวอย่างการเชื่อมโยงระหว่างทีมนำระดับกลางกับทีมนำสูงสุดและทีมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. มีการติดตามประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่างๆ
  - ประเด็นที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของทีมระบบงานต่างๆ มีอะไรบ้าง ผลการประเมินเป็นอย่างไร เรื่องอะไรที่เป็นจุดอ่อน ทีมใดที่เป็นจุดอ่อน มีการปรับปรุงอย่างไร
5. มีวัฒนธรรมของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ เป็นแบบอย่างที่ดี
  - ขอให้ยกตัวอย่างแบบอย่างของวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

## II-1.2ก. การบริหารความเสี่ยง

---

1. ตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์เฉพาะรายเหมาะสม
2. มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีการทำ RCA และวางระบบป้องกันที่รัดกุม, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ
  - มีวิธีการส่งเสริมให้มีการรายงานอุบัติการณ์อย่างทันท่วงทีและครอบคลุมอุบัติการณ์สำคัญให้มากที่สุดอย่างไร มีการวางระบบและแรงจูงใจอย่างไร
  - ทีมงานได้เรียนรู้คุณค่าของการทำ RCA อย่างไร ขอให้ยกตัวอย่าง RCA ที่ทีมคิดว่าทำให้เข้าใจความหมายของ root cause ได้ดีที่สุดมา 2-3 ตัวอย่าง มีการนำไปใช้วางระบบป้องกันอย่างไร มีการขยายผลความเข้าใจจากกรณีดังกล่าวอย่างไร
  - มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในเรื่องความเสี่ยงในงานปกติประจำอย่างไร (เช่น safety brief, patient safety walkround)
3. วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน (ทั้งที่เคยเกิดและที่มีโอกาสเกิด), ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ

- มีการรวบรวมสถิติเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นในองค์กรมา จัดลำดับความสำคัญ และออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงได้ครอบคลุมเพียงพอ, การออกแบบระบบมีความรัดกุมเพียงพอ, มีการพิจารณาแนวคิดเรื่องการออกแบบเพื่อ แก้ปัญหาข้อจำกัดของ human factor อย่างไร, มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ทางคลินิกได้ครอบคลุมเพียงพอ
  - มีการวิเคราะห์โอกาสเกิดความเสี่ยงในขั้นตอนและจุดต่างๆ ของการให้บริการอย่างไร, มี การออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงสอดคล้องกับโอกาสและความรุนแรงที่จะเกิด ความเสี่ยงอย่างไร
  - สร้างความมั่นใจอย่างไรว่าระบบที่ออกแบบไว้ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม, มีการ ติดตามการปฏิบัติในเรื่องที่สำคัญอะไรบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. บุคลากรระบบงานและระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง, มีการประเมินและ ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง
- มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และความเสี่ยงต่างๆ อย่างไร, มีการวิเคราะห์ ข้อมูลและรายงานผลอย่างไร
  - มีการตามรอยระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อตรวจสอบการ เชื่อมต่อระบบอย่างไร ผลเป็นอย่างไร
  - มีการนำข้อมูลจากระบบบริการความเสี่ยงไปใช้ประโยชน์ในระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างไร เช่น การพัฒนาบุคลากร การออกแบบระบบงานต่างๆ ในภาพรวม
  - มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริการความเสี่ยงอย่างไร นำไปสู่การปรับปรุง อะไรบ้าง
5. วัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด
- มีข้อมูลอะไรที่แสดงให้เห็นว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัย ทั้งในด้านเจตคติ ความเชื่อ พฤติกรรม กระบวนการและผลลัพธ์ (ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ)

## II-1.2ข. คุณภาพทางคลินิก

1. เริ่มต้นใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก เช่น indicator, CPG
2. ใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามหลัก 3P
  - มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขาที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างไร มี ความเชื่อมต่อระหว่างกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย กับการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ อย่างไร สามารถนำปัญหาที่พบจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยมาดำเนินการพัฒนาได้มาก น้อยเพียงพอ
  - ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญเหล่านั้น มีการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญ เป้าหมายการดูแล และตัวชี้วัดที่ ชัดเจนเพียงพอ

- มีการใช้เครื่องมือและแนวคิดต่อไปนี้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มอย่างไร: standardized process/QA, holistic/humanized, evidence based, human factor engineering, benchmarking, innovation
3. การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขา, มีการ monitor อย่างเหมาะสม, มีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- การพัฒนาคุณภาพทางคลินิกครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยสำคัญในแต่ละสาขาได้มากน้อยเพียงใด
  - มีการ monitor ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างไร
  - มีการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างไร มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างไร ใช้อะไรเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกเวชระเบียนมาทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถค้นพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้มากที่สุด
  - มีการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบมาสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใด
4. ใช้การตามรอยผู้ป่วย (patient tracer) เพื่อประเมินและปรับปรุงการดูแล, สามารถสรุปความรู้จากเครื่องมือคุณภาพทางคลินิกต่างๆ มาเป็นภาพรวมของการปฏิบัติตามมาตรฐานตอนที่ III ได้, ผสมผสานงานวิจัยกับการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ R2R, มีการประเมินและปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก, ผลลัพธ์ทางคลินิกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น
- มีการตามรอยผู้ป่วยโรคอะไรบ้าง นำมาสู่การปรับปรุงอะไร
  - มีการนำการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างไร
  - ผลการประเมินความพยายามในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
  - ผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นมีอะไรบ้าง กลุ่มเป้าหมายที่จะให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นคืออะไร
5. ผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเลิศ
- ผลลัพธ์ทางคลินิกที่อยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีเลิศมีอะไรบ้าง

## II-1.2. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ที่แนะนำไว้ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA)

1. มีการทบทวนเป็นครั้งคราว
2. มีการทบทวนที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน
3. มีการทบทวนที่ครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ, นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน
  - ประเภทและความถี่ของการทบทวนใน setting ของหน่วยงานต่างๆ เป็นอย่างไร
  - มีการปรับปรุงระบบงานอะไรบ้างที่เป็นผลจากการทบทวนดังกล่าว

4. มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน, มีการติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
  - มีวิธีการในการบูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำอย่างไร ทำอย่างไรไม่ให้รู้สึกว่าเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น
5. มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring ในรูปแบบต่างๆ
  - มีระบบ concurrent monitoring อะไรบ้างที่ทำให้ตรวจพบปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

## II-2.1ก. การบริหารการพยาบาล

---

1. มีการบริหารการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วม มีแนวทางหรือมาตรฐานการปฏิบัติงานที่จำเป็น
2. มีการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ, มีระบบประกันคุณภาพทางการพยาบาลในประเด็นที่สำคัญ
3. มีระบบการนิเทศงาน/กำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ, มีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง, ปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบทันการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นขององค์กรร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง
  - ฝ่ายการพยาบาลกำหนดประเด็นและเป้าหมายในการนิเทศงานอย่างไร ใช้เทคนิคในการนิเทศอย่างไรที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาของบุคลากรทางการพยาบาล (เช่น การเป็นโค้ช)
  - จุดแข็งจุดอ่อนในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการพยาบาลคืออะไร, มีการเชื่อมโยงการใช้กระบวนการพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยของวิชาชีพอื่นอย่างไร
  - มีการติดตามอย่างไรว่าปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยได้รับการตรวจพบอย่างทันการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม
  - ผลงานการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นของฝ่ายการพยาบาลมีอะไรบ้าง
  - ผลงานการพัฒนาคุณภาพตามจุดเน้นขององค์กรร่วมกับผู้เกี่ยวข้องมีอะไรบ้าง
4. มีนวัตกรรมหรือใช้ model เกื้อหนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการพยาบาลในลักษณะ holistic / humanized, มีการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงระบบงาน พัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากร, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริหารการพยาบาล
  - ขอให้ยกตัวอย่างการใช้นวัตกรรมหรือ model การดูแลทางการพยาบาลในลักษณะ holistic / humanized ที่สอดคล้องกับปัญหา วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย

- มีบทเรียนในนำปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาปรับปรุงระบบงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ อย่างไร ยกตัวอย่างการปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
  - มีบทเรียนในการนำปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มาพัฒนาวิชาชีพและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลอย่างไร
  - ประเด็นสำคัญในการประเมินระบบบริหารการพยาบาลมีอะไร ผลการประเมินเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
5. ระบบบริหารการพยาบาลมีขีดสมรรถนะสูง เป็นแบบอย่างที่ดี
- ขอให้นำเสนอแบบอย่างที่ดีของการบริหารการพยาบาล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

## II-2.2 องค์การแพทย์

1. มีการพบปะกันในกลุ่มแพทย์อย่างสม่ำเสมอและมีกิจกรรมร่วมกันเพื่อแสดงจุดยืนและชี้แจงไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งวิชาชีพ
2. มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์และกำหนดประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาและประสานเพื่อนำไปปฏิบัติ
  - ประเด็นสำคัญที่ต้องมีการพัฒนาในมุมมองขององค์กรแพทย์คืออะไร มีการนำไปดำเนินการอย่างไร
3. มีกลไกกำกับดูแลและส่งเสริมให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่ดี มีมาตรฐานและจริยธรรม, แพทย์แต่ละคนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของตนอย่างสม่ำเสมอและนำไปปรับปรุง
  - มีแนวทางให้แพทย์แต่ละคนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของตนอย่างไร มีแนวทางในการเลือกผู้ป่วยมาทบทวนอย่างไร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือสรุปบทเรียนอย่างไร มีการนำมาสู่การปรับปรุงแนวทางการดูแลร่วมกันอย่างไร
  - กลไกกำกับดูแลและส่งเสริมให้เกิดบริการทางการแพทย์ที่มี มาตรฐานและจริยธรรมมีอะไรบ้าง (เช่น กิจกรรมทบทวนคุณภาพต่างๆ การกำหนดแนวทางปฏิบัติ การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม การศึกษาต่อเนื่อง การประชุมวิชาการ การกำกับดูแลแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรม คุณภาพเวชระเบียน)
4. มีบทบาทเด่นชัดในการเป็นผู้นำและชี้ทิศทางเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย, มีการประเมินและปรับปรุงระบบกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรม
  - ขอตัวอย่างประเด็นที่องค์กรแพทย์ชี้ทิศทางเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
  - ประเด็นสำคัญในการประเมินระบบกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของบริการทางการแพทย์คืออะไร ผลการประเมินเป็นอย่างไร มีการปรับปรุงอย่างไร

5. องค์การแพทย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ รพ.มีบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและน่าไว้วางใจ
  - ขอให้นำเสนอแบบอย่างที่ดีของการส่งเสริมโดยองค์การแพทย์

### II-3.1 ก. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย

---

1. อาคารสถานที่ที่ได้รับการดูแลความสะอาดและเป็นระเบียบ, สถานที่อาจมีข้อจำกัดซึ่งไม่อาจแก้ไขได้ในเวลาอันสั้น
2. มีการปรับปรุงเพื่อลดความเสี่ยงทางโครงสร้างกายภาพที่เห็นชัดเจน
3. โครงสร้างอาคารสถานที่ที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด, เอื้อต่อการทำงานและให้บริการได้อย่างปลอดภัย สะดวกสบาย, พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม, มีระบบระบายอากาศที่ดี, อาคารสถานที่ที่ได้รับการบำรุงรักษาอย่างดี
  - มีการตรวจสอบสถานะของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและโครงสร้างอาคารสถานที่ในประเด็นเรื่องความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเพียงพอของพื้นที่ใช้สอย แสงสว่าง อุณหภูมิ ระบบระบายอากาศ รวมทั้งระดับเสียง อย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการปรับปรุงอย่างไร
  - มีหลักประกันอย่างไรว่าอาคารสถานที่ที่ได้รับการบำรุงรักษาอย่างเหมาะสม มีความปลอดภัย พร้อมใช้งาน ไม่เสื่อมสภาพเร็วเกินไป, มีระบบรับเสียงสะท้อนของผู้ใช้อย่างไร
4. เป็นสถานที่ที่ให้ความอบอุ่น เป็นมิตร, มีการออกแบบโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค
  - มีการจัดสถานที่อย่างไรที่ให้ความรู้สึกอบอุ่น เป็นมิตร มีการประเมินการรับรู้ของผู้รับบริการอย่างไร
5. สถานที่เอื้อต่อการเยียวยา
  - มีการนำแนวคิดเรื่องสถานที่ที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) มาปรับปรุงสถานที่อย่างไร

### III-3.1 ข.-ง. วัสดุ/ของเสียอันตราย ภาวะฉุกเฉิน อัคคีภัย

---

1. โครงสร้างอาคารสถานที่ไม่มีความเสี่ยงด้านอัคคีภัยที่ชัดเจน, มีการจัดทำแผนป้องกันและรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ
2. มีการอบรมและฝึกซ้อมแผน, มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยอย่างเหมาะสมกับประเภทวัสดุที่ติดไฟในแต่ละพื้นที่, มีการวางระบบเกี่ยวกับการจัดการกับวัสดุ/ของเสียอันตรายอย่างเหมาะสม
  - ภาวะฉุกเฉินที่มีการวางแผนรองรับมีอะไรบ้าง ในรอบปีที่ผ่านมา มีการซ้อมแผนอัคคีภัยและภาวะฉุกเฉินอะไรบ้าง กี่ครั้ง เมื่อใด
  - การปรับปรุงการติดตั้งเครื่องมือและระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยครั้งล่าสุดกระทำเมื่อใด มีการปรับปรุงอะไรบ้าง

- มีการเลือกใช้อุปกรณ์ดับเพลิงที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่อย่างไร
  - รพ.มีวัสดุ/ของเสียอันตรายอะไรบ้าง มีการวางระบบจัดการอย่างไร
3. การซ่อมแผนภูมิอักษะและภาวะฉุกเฉินครอบคลุมทุกสถานการณ์และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอก รพ. นำผลไปปรับปรุงแผนและการเตรียมความพร้อม, มีการตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงต่ออักษะ วัสดุและของเสียอันตรายอย่างสม่ำเสมอ และปรับปรุงเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง
- มีการซ่อมแผนภูมิอักษะและภาวะฉุกเฉินครอบคลุมทุกสถานการณ์อย่างไร มีใครเข้าร่วม พบประเด็นปัญหาอะไรบ้าง
  - จากการฝึกซ้อมแผน นำมาสู่การปรับปรุงแผนและการเตรียมความพร้อมอะไรบ้าง
  - ในรอบปีที่ผ่านมา มีการตรวจสอบอาคารสถานที่เมื่อไร พบปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง มีการปรับปรุงเพื่อป้องกันอย่างไร
4. มีการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการจัดการวัสดุ/ ของเสียอันตราย ภาวะฉุกเฉิน และอักษะ
- ผลการประเมินเป็นอย่างไร มีการปรับปรุงอะไรบ้าง
5. มีการจัดการและการเตรียมความพร้อมเป็นแบบอย่างที่ดี
- ขอให้ยกตัวอย่างแบบอย่างที่ดีของการจัดการและการเตรียมความพร้อมในเรื่องของเสีย/ วัสดุอันตราย ภาวะฉุกเฉิน อักษะ

## II-3.2 เครื่องมือ

1. มีระบบการจัดการ การตรวจสอบความเพียงพอ ดูแลความพร้อมใช้ของเครื่องมือและวัสดุ อุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน
2. มีการกำหนดระดับขั้นต่ำของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละหน่วยงาน สรรวจและวางแผน จัดหา
3. มีเครื่องมือและระบบสาธารณสุขโรคเพียงพอพร้อมใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน ทดสอบ ตรวจสอบ และ calibrate ที่เหมาะสม.
  - เครื่องมือที่จำเป็นและเคยเป็นปัญหาไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วยมีอะไรบ้าง มีการปรับปรุง ใดๆ เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีเครื่องมือพร้อมใช้
  - ระบบน้ำประปาของโรงพยาบาลใช้น้ำจากแหล่งใด มีการติดตามประเมินคุณภาพน้ำอย่างไร ผลเป็นอย่างไร
  - ระบบไฟฟ้าสำรองของโรงพยาบาลมีอย่างไร ขนาดเท่าไร ใช้กับอะไรบ้าง
  - มีการวางระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันสำหรับเครื่องมืออย่างไร ครอบคลุมเครื่องมืออะไรบ้าง ค่าใช้จ่ายสำหรับการซ่อมเครื่องมือในแต่ละปีมีมูลค่าเท่าไร ระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้งาน เครื่องมือได้เนื่องจากส่งซ่อมนานเท่าไร

- ผู้ใช้ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ในการดูแลรักษาและใช้เครื่องมืออย่างไร
  - มีการ calibrate เครื่องมืออะไรบ้าง ทำโดยหน่วยงานใด มีการใช้ผลการ calibrate อย่างไร มีแผนที่จะ calibrate เครื่องมืออะไรเพิ่มเติมในอนาคต
4. มีระบบการจัดการและสำรองเครื่องมือเพื่อให้เกิดความเพียงพอและมีประสิทธิภาพ, มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อปรับปรุงระบบและการจัดหาทดแทน
- มีระบบการจัดการและสำรองเครื่องมืออย่างไร มีการรวมศูนย์เครื่องมือบางประเภทหรือไม่อะไรบ้าง
  - มีระบบบันทึกข้อมูลแสดงถึงความเพียงพอ/ไม่เพียงพอ ความพร้อมใช้/ไม่พร้อมใช้ หรือไม่, ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นอย่างไร, นำไปใช้ปรับปรุงระบบการจัดการและสำรองเครื่องมือรวมทั้งการจัดหาทดแทนอย่างไร
5. ให้คำปรึกษาการบำรุงรักษาแก่ รพ. ในเครือข่ายหรือหน่วยงานใกล้เคียงภายนอกได้
- มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาการบำรุงรักษาเครื่องมือแก่ใครบ้าง

### II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

1. มีความพยายามในการแก้ไขปัญหาในระบบบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะซึ่งอาจจะมีโครงสร้างไม่เหมาะสมกับ รพ.
2. มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความปลอดภัยทางกายภาพและปราศจากการรบกวน, ระบบบำบัดน้ำเสียมีขนาดเหมาะสมกับ รพ., มีกระบวนการที่ชัดเจนในการบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะโดยผู้มีความรู้
3. มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์และความผ่อนคลาย, มีระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะที่มีประสิทธิภาพ, คำนึงถึงที่ผ่านการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐาน
  - มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน และระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการอย่างไร เช่น ที่นั่งรอที่ OPD, เคาน์เตอร์ที่มาติดต่อ หอผู้ป่วย
  - มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการผ่อนคลายอย่างไร
  - มีการใช้ตัวชี้วัดอะไรติดตามประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการนำมาใช้ประโยชน์อย่างไร
  - มีการตรวจน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดบ่อยเพียงใด ผลลัพธ์ในรอบปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
4. มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของผู้รับบริการอย่างได้ผล, รพ. พยายามลดปริมาณของเสียและลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม, รพ. ร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ในการพิทักษ์และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม
  - ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง มีการประเมินผลการใช้ประโยชน์อย่างไร
  - มีแนวทางในการลดปริมาณของเสียและลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างไร

- มีความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ในการพิทักษ์และปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอย่างไร
5. เป็นแบบอย่างในการเรียนรู้ให้แก่องค์กรอื่นๆ
- ขอให้ยกตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

## II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

1. มีผู้รับผิดชอบงาน IC ชัดเจน, เริ่มมีแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น
2. ผู้รับผิดชอบมีความรู้และคุณสมบัติเหมาะสม, มีมาตรการป้องกันครอบคลุมการติดเชื้อที่พบบ่อยและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ
3. การป้องกันและควบคุมครอบคลุมการติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทของ รพ., มาตรการที่กำหนดได้รับการปฏิบัติ, ระบบเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ
  - การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทของ รพ.มีอะไรบ้าง มีการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมอย่างไร, แนวโน้มของอัตราการติดเชื้อในตำแหน่งดังกล่าวเป็นอย่างไร
  - มีการสร้างความมั่นใจอย่างไรว่ามีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ มีการติดตาม monitor การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่สำคัญอย่างไร
  - ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีจุดเน้นที่ไหน สร้างความมั่นใจอย่างไรว่าการเฝ้าระวังครอบคลุมโอกาสเกิดการติดเชื้อมากที่สุด มีศึกษาเพื่อให้ทราบอัตราการติดเชื้อที่ใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุดอย่างไร
4. มีบูรณาการระหว่างงาน IC กับ CQI และระบบงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ชัดเจนมีประสิทธิภาพ, การป้องกันและควบคุมครอบคลุมการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาทั้งหมด รวมทั้งที่บ้านของผู้ป่วย และการส่งต่อระหว่าง รพ., มีการประเมินและปรับปรุงระบบ IC
  - มีการทำโครงการ CQI เกี่ยวกับการติดเชื้อในโรงพยาบาลอะไรบ้าง มีการทดสอบแนวคิดอะไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร โครงการ CQI นำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน IC อย่างไร
  - ขอให้ยกตัวอย่างความเชื่อมโยงระหว่างงาน IC กับระบบงานอื่น เช่น การพัฒนาบุคลากร การบริหารความเสี่ยง การส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม ระบบสารสนเทศ
  - โรคติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาใน รพ.มีอะไรบ้าง (ดูตัวอย่างใน SPA) มีมาตรการป้องกันและควบคุมอย่างไร
  - มาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อที่บ้านของผู้ป่วย และการส่งต่อระหว่าง รพ.มีอะไรบ้าง
  - ประเด็นสำคัญในการประเมินผลระบบ IC คืออะไร ผลการประเมินเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไร
5. มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นแบบอย่าง, อัตราการติดเชื้อสำคัญอยู่ในระดับต่ำ
  - อัตราการติดเชื้อในปัจจุบันและแนวโน้มเป็นอย่างไร ผลการเทียบกับ รพ.ในระดับเดียวกันเป็นอย่างไร

- ขอให้ยกแนวทางปฏิบัติที่สามารถเป็นแบบอย่างให้แก่ รพ.อื่น

## II-5 ระบบเวชระเบียน

1. มีแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึก การแก้ไข การจัดเก็บ และการเข้าถึงเวชระเบียนที่เหมาะสม
2. ระบบบริหารเวชระเบียนมีประสิทธิภาพ, มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนตามแบบฟอร์มของ สปสช./พรพ. หรือเทียบเท่า ตามเกณฑ์ และแพทย์รับรู้คะแนนความสมบูรณ์ในเวชระเบียนที่ตนรับผิดชอบ
  - ประเด็นประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียนที่ รพ.ให้ความสำคัญคืออะไร (เช่น ความรวดเร็วในการทำบัตร/การค้นหาเวชระเบียน อัตราการหายของเวชระเบียน ระยะเวลาที่ใช้ในการประมวลผล)
  - รพ.สามารถทบทวนเวชระเบียนได้ครอบคลุมเพียงใด
    - สำหรับโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 100 เตียง ควรทบทวนเวชระเบียนของแพทย์ทุกคน คนละ 5-10 ฉบับ ทุกช่วงเวลา 3 เดือน
    - สำหรับโรงพยาบาลตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป ควรทบทวนเวชระเบียนทุก 3 เดือน โดยใช้จำนวนตัวอย่างตามความเหมาะสม ให้ครอบคลุมแพทย์แต่ละคนให้มากที่สุด
  - มีแนวทางอย่างไรให้แพทย์เจ้าของไข้รับรู้คะแนนความสมบูรณ์ในเวชระเบียนที่ตนรับผิดชอบ
  - มีการประมวลผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนอย่างไร นำข้อมูลไปใช้หรือเผยแพร่ข้อมูลอย่างไร
  - แนวโน้มของความสมบูรณ์ของเวชระเบียนมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
3. เวชระเบียนมีความสมบูรณ์ไม่น้อยกว่า 50%, มีการประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและการปรับปรุงดูแลผู้ป่วย,
  - คะแนนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเป็นอย่างไร
  - มีการประมวลผลข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อประโยชน์ในการวางแผนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
4. มีการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากเวชระเบียน และนำปัญหาที่พบไปปรับปรุงระบบงาน (เช่น การใช้ trigger เพื่อคัดกรองเวชระเบียนมาทบทวนหา AE และปรับปรุง)
  - ใช้เกณฑ์อะไรในการเลือกเวชระเบียนมาใช้ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, สร้างความมั่นใจอย่างไรว่าเวชระเบียนที่นำมาทบทวนนั้นครอบคลุมโอกาสพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้มากที่สุด
  - ขอให้ยกตัวอย่างประเด็นปัญหาที่พบจากการทบทวนเวชระเบียน และการปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น (ทั้งการดูแลผู้ป่วยและระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง)

5. ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
  - มีการประเมินความเพียงพอของข้อมูลที่บ้านทั้งในเวชระเบียนเพื่อเป้าหมายการใช้ต่างๆ ข้างต้นอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

## II-6 ระบบจัดการด้านยา

---

1. มีการค้นหาและทบทวนกรณีเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ME/ADE)
2. มีการออกแบบหรือปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ME/ADE) ที่สำคัญ
  - ความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ADE) ที่สำคัญของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง เกิดขึ้นกับยากลุ่มไหน มีข้อมูลสนับสนุนหรือไม่ มีการวางแผนทางป้องกันอย่างไร
3. มาตรการป้องกัน ME/ADE ได้รับการปฏิบัติ, มีระบบเฝ้าระวัง ME/ADE ที่มีประสิทธิภาพ, ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมและมีระบบติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย, มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มียาที่มีคุณภาพและเพียงพอ
  - สร้างความมั่นใจอย่างไรว่ามาตรการป้องกัน (ME/ADE) ที่กำหนดไว้เป็นที่เข้าใจของผู้เกี่ยวข้องและได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างครบถ้วน, มีการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้อย่างไร
  - มีระบบรายงานและเฝ้าระวังเกี่ยวกับ ME/ADE อย่างไร, มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มีการรายงานที่ครอบคลุม ME/ADE มากที่สุด, มีการเฝ้าระวัง ADE ในยากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงอย่างไร, มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังอย่างไร
  - การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยามุ่งเน้นที่ยากลุ่มใด ผลลัพธ์ของการให้คำแนะนำเป็นอย่างไร
  - มีระบบติดตามการใช้ยาในยากลุ่มใดบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
  - โอกาสที่จะเกิดปัญหาเรื่องคุณภาพและความเพียงพอของเวชภัณฑ์มีอะไรบ้าง, มีแนวทางในการป้องกันอย่างไร
4. มีการประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา, มีการนำนวัตกรรมต่างๆ มาใช้เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา, มีระบบส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยา, มีการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
  - ประเด็นสำคัญของระบบจัดการด้านยาคืออะไร มีการประเมินอย่างไร นำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงอย่างไร

- มีการนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาอะไรบ้าง
  - มีแนวทางในการส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยาอย่างไร ยาตัวใดที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย มีการติดตามผลอย่างไร ผลการติดตามเป็นอย่างไร
  - ผู้ป่วยได้รับการเสริมพลังอย่างไรเพื่อให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบจัดการด้านยา, มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย
- ขอให้นำเสนอแบบอย่างที่ดีของระบบจัดการด้านยา
  - ขอให้นำเสนอผลลัพธ์เกี่ยวกับความเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัยในการใช้ยา

## II-7ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

1. มีบริการ lab ชั้นพื้นฐานที่จำเป็น, มีแนวทางปฏิบัติในการเก็บส่งตรวจ ปฏิบัติการตรวจ และการควบคุมคุณภาพที่จำเป็น
2. มีบริการ lab ที่จำเป็นตลอดเวลา สามารถส่งตรวจภายนอกเมื่อจำเป็น, มีระบบควบคุมคุณภาพภายใน (เครื่องมือ น้ำยา และผลการตรวจ) และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม, ผู้เกี่ยวข้องได้รับผลในเวลาที่กำหนด
  - บริการ lab ที่ต้องส่งตรวจภายนอกเมื่อจำเป็นมีอะไรบ้าง
  - บริการ lab ที่มีการพัฒนาให้ตรวจเพิ่มขึ้นในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมามีอะไรบ้าง
  - มีบทเรียนจากระบบควบคุมคุณภาพภายในอย่างไร (ระบบควบคุมทำให้พบปัญหาอะไร แก้ไขอย่างไร)
3. มีระบบการทดสอบความชำนาญ (proficiency test) และมีการตอบสนองอย่างเหมาะสม, มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะสำคัญ ที่ได้รับจากองค์กรวิชาชีพ (สำหรับ รพ. 60 เดียงขึ้นไป) หรือพีแอลในเครือข่าย (สำหรับ รพ. เล็กกว่า 60 เดียง), มีระบบป้องกันการรายงานผลผิดพลาดและการรายงานคำวิฤติ
  - มีการเข้าร่วมระบบทดสอบความชำนาญในการตรวจ lab อะไรบ้าง มีบทเรียนในการปรับปรุงเพื่อตอบสนองผลการทดสอบความชำนาญอย่างไร
  - องค์กรวิชาชีพหรือพีแอลในเครือข่ายเข้าเยี่ยมบ่อยเพียงใด ให้ข้อเสนอแนะอะไร สามารถปรับปรุงได้ตามข้อเสนอแนะเพียงใด
  - มีแนวทางในการป้องกันการรายงานผลผิดพลาดและการรายงานคำวิฤติอย่างไร มีการติดตามผลอย่างไร
4. มีระบบบริหารคุณภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ, มีการทบทวนความเหมาะสม และคุ้มค่าในการส่งตรวจ, มีระบบการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผล, มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่น

- มีการนำมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพของห้องปฏิบัติการ (เช่น ISO15189) มาใช้ได้ครบถ้วนเพียงใด
  - ผลการทบทวนความเหมาะสมและคุณค่าในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นอย่างไร มีการปรับปรุงและแนวโน้มอย่างไร
  - ผลการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผลเป็นอย่างไร
  - มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่นในเรื่องอะไรบ้าง
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบบริหารคุณภาพด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เช่น ได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอกที่ให้การรับรองมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ
- อะไรคือลักษณะของระบบบริหารคุณภาพที่เป็นแบบอย่างที่ดี
  - หากได้รับการรับรองจากองค์กรภายนอก ได้การรับรองจากใคร เมื่อใด ครอบคลุมการตรวจอะไรบ้าง

## II-7ข. คลังเลือด

(ไม่มีคลังเลือดของ รพ.)

1. มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เลือด รวมทั้งการระบุแหล่งที่จะขอรับเลือดในกรณีต่างๆ
2. มีระบบการขอเลือด ขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือด ที่มีประสิทธิภาพ, มีการเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด และมีการนำบทเรียนมาทบทวนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่รัดกุมปลอดภัยในการให้เลือด
  - อะไรคือสิ่งที่บ่งบอกว่าระบบการขอเลือด ขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือด เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ
  - ผลการเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือดเป็นอย่างไร มีการปรับปรุงการปฏิบัติให้รัดกุมขึ้นอย่างไร
3. มีการติดตามผลการดำเนินการ และแสดงให้เห็นว่าสามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยทันเวลา
  - มีการติดตามผลเกี่ยวกับความปลอดภัยและความทันเวลาในการให้เลือดแก่ผู้ป่วยอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

## II-7ข. คลังเลือด

(มีคลังเลือดของ รพ.)

1. มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการรับบริจาคโลหิต และการให้บริการโลหิต
2. มีการนำมาตรฐานการบริการโลหิตของสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทยมาประเมินและปรับปรุงในส่วนขาด

- ส่วนขาดที่พบจากการประเมินตามมาตรฐานการบริการโลหิตของสมาคมฯ ไทยมีอะไรบ้าง มีการปรับปรุงอะไรบ้าง
3. สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการโลหิตของสมาคมฯ ไทยในหัวข้อที่จำเป็นกับบริบทได้ครบถ้วน
    - มาตรฐานการบริการโลหิตของสมาคมฯ ไทยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้มีอะไรบ้าง เป็นเพราะเหตุใด มีแนวทางป้องกันปัญหาจากการที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าวอย่างไร
  4. สามารถเป็นที่พึ่งในด้านบริการโลหิตให้แก่ รพ.ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
    - รพ.มีบทบาทอะไรบ้างในการเป็นที่พึ่งด้านการให้บริการโลหิตแก่ รพ.ในเขตใกล้เคียง
    - อะไรคือตัวบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานดังกล่าว
  5. เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบการให้บริการโลหิต
    - รพ.เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบการให้บริการโลหิตในเรื่องใด มีการเปรียบเทียบกับ รพ.อื่นอย่างไร (ทั้งในด้านการกระบวนการและผลลัพธ์)

## II-7ค. บริการรังสีวิทยา

1. มีบริการรังสีวิทยาที่จำเป็น, มีระบบในการเตรียมผู้ป่วย, มีแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น
2. สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ เป็นไปตามมาตรฐานและได้รับการตรวจสอบ, มีระบบป้องกันอันตรายจากรังสี สารทึบรังสี และการแผ่รังสีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
  - มีการตรวจสอบสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในบริการรังสีวิทยาอย่างไร จากหน่วยงานใดตรวจครั้งสุดท้ายเมื่อไร
  - มีระบบป้องกันอันตรายจากรังสีและสารทึบรังสีอย่างไร ในรอบปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากสารทึบรังสีบ้างหรือไม่ อย่างไร จำนวนเท่าใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
  - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มารับบริการรังสีวิทยาได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มใด มีระบบเฝ้าระวังอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
3. บริการรังสีวิทยา ให้ภาพวินิจฉัยที่มีคุณภาพและการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด, ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายผลการตรวจตามความเหมาะสม
  - มีการประเมินคุณภาพของภาพถ่ายทางรังสีอย่างไร มีการประกันคุณภาพในกระบวนการทางรังสีเทคนิคอย่างไรบ้าง
  - มีแนวทางอย่างไรในการที่จะลดปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่จะได้รับให้เหลือน้อยที่สุด รวมทั้งในผู้ป่วยหรือในตำแหน่งที่ต้องให้การระมัดระวังเป็นพิเศษ, มีการลดการถ่ายภาพรังสีซ้ำโดยไม่จำเป็นอย่างไร

- มีการแปลผลการตรวจทางรังสีโดยใคร มีการบันทึกผลการอ่านภาพรังสีอย่างไร มีการอธิบายผลการตรวจแก่ผู้ป่วยอย่างไร
4. มีระบบบริหารคุณภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ, มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่น, มีการทบทวนความเหมาะสมในการส่งตรวจ, มีระบบการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผล
- มีระบบบริหารคุณภาพของบริการรังสีวิทยาครอบคลุมประเด็นเหล่านี้เพียงใด: การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางรังสี / medical imaging อื่นๆ และแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, การควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม, การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้, การป้องกันและติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ความเสี่ยงจากการได้รับรังสี ความเสี่ยงในการใช้ยา, การทบทวนอุบัติการณ์และการหาโอกาสพัฒนา, การประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่, การทบทวนแผนงานบริหารคุณภาพประจำปี
  - มีการพัฒนาคุณภาพร่วมกับวิชาชีพอื่นอย่างไรบ้าง
  - มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจและทบทวนความเหมาะสมในการส่งตรวจอย่างไร
  - มีการติดตามความน่าเชื่อถือของการแปลผลอย่างไร, มีระบบในการขอคำปรึกษาอย่างไร เมื่อมีข้อสงสัยหาก รพ.ไม่มีรังสีแพทย์
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของบริการรังสีวิทยา
- รพ.เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบการให้บริการรังสีวิทยาในเรื่องใด มีการเปรียบเทียบกับ รพ.อื่นอย่างไร (ทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์)

## II-8 ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

1. มีระบบรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามที่ สธ.กำหนด
2. มีการวิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่และจัดระบบเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม
  - โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่มีอะไรบ้าง, มีการจัดระบบเฝ้าระวังอย่างไรให้มั่นใจว่าสามารถตรวจพบการระบาดหรือเรียนรู้ลักษณะการระบาดของโรคดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว
3. มีการติดตามสถานการณ์และแนวโน้ม, เผยแพร่ข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง, ตอบสนองต่อการระบาด (หรือ cluster ของการเจ็บป่วย) อย่างเหมาะสม
  - ผลการติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ในข้อ 2 เป็นอย่างไร, มีการเผยแพร่ข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างไร
  - ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา มีการระบาด (หรือ cluster ของการเจ็บป่วย) ของโรคและภัยสุขภาพอะไรบ้าง, มีการตอบสนองอย่างไร, ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. มีความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องใน รพ.และเครือข่ายนอก รพ. ในการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ

- มีความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง, อะไรคือสิ่งที่บ่งบอกว่าความร่วมมือดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
5. เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
- รพ.เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในเรื่องใด มีการเปรียบเทียบกับ รพ.อื่นอย่างไร (ทั้งในด้านการบริหารและผลลัพธ์)

## II-9 การทำงานกับชุมชน

1. เรียนรู้ชุมชนและความต้องการของชุมชน, สร้างเครือข่ายระหว่าง รพ.กับชุมชน
2. จัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน
  - ความต้องการด้านบริการสุขภาพที่สำคัญของชุมชนคืออะไร, มีการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวอย่างไร, บริการใดบ้างที่เป็นบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน
3. วางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน, สนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน
  - มีบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนอะไรบ้าง, มีการวางแผนและออกแบบบริการร่วมกับชุมชนอย่างไร, มีการจัดบริการร่วมกับชุมชนอย่างไร
  - สนับสนุนให้ชุมชนค้นหาปัญหาของชุมชนอย่างไร, ปัญหาสำคัญที่ชุมชนค้นหาได้แก่อะไรบ้าง, ส่งเสริมความสามารถให้ชุมชนแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างไร
4. ชี้นำและสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะ, สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการทำงานกับชุมชน
  - นโยบายสาธารณะที่เป็นประเด็นสำคัญสำหรับพื้นที่ใดแก่อะไรบ้าง, มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อชี้นำและสนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะดังกล่าว
  - ชุมชนใดบ้างที่เป็นต้นแบบของการพัฒนา, เป็นต้นแบบในเรื่องใด, มีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชนอย่างไร
  - ผลการประเมินระบบการทำงานกับชุมชนเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
5. ชุมชนมีความเข้มแข็ง เป็นแบบอย่างของการพึ่งตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่
  - ชุมชนใดบ้างที่มีความเข้มแข็งและเป็นแบบอย่างในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่, ผลลัพธ์ของการจัดการกับปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างไร, รพ.มีบทบาทอย่างไรในการส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน

## III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

1. มีระบบการประเมินเบื้องต้น ให้การช่วยเหลือฉุกเฉินและส่งต่ออย่างเหมาะสม, มีแนวทางปฏิบัติในการระบุ และทวนสอบตัวผู้ป่วยก่อนการให้บริการในขั้นตอนต่างๆ

2. มีการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย
3. กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจ
  - ผู้ป่วยฉุกเฉินและเร่งด่วนที่พบบ่อยได้แก่อะไรบ้าง มีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยดังกล่าวได้รับไว้อย่างทันเวลาและมีการประสานงานที่ดี
  - เป้าหมายหลักของการใช้ informed consent ของ รพ.คืออะไร มีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เป็นและเป็นที่ยอมรับก่อนที่จะลงนามยินยอม
4. มีการประเมินและปรับปรุงการเข้าถึงและกระบวนการรับผู้ป่วยในเชิงรุก (เช่น ปรับปรุงการเข้าถึงของกลุ่มที่ไม่รับรู้ความต้องการของตนเอง ผู้ด้อยโอกาส การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การให้ข้อมูล การรอคิวผ่าตัดหรือตรวจรักษาบางอย่าง), มีการประเมินและปรับปรุงระบบส่งต่อ
  - กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มผู้ป่วยที่จะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการมีกลุ่มใดบ้าง ผลการประเมินการเข้าถึงเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงการเข้าถึงอะไรบ้าง
  - การประเมินผลความเหมาะสมและความทันเวลาในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
  - การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
5. มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่างๆ อย่างเหมาะสมกับ health need
  - อะไรคือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในชุมชน มีข้อมูลอะไรที่แสดงให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

### III-2 การประเมินผู้ป่วย

1. มีการกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูล, มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่เกินความสามารถของ รพ., การประเมินและการวินิจฉัยโรคเน้นตามอาการสำคัญและประเมินทางร่างกาย
2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและมีภาวะเสี่ยงได้รับประเมิน / บ่งชี้ปัญหาและความต้องการอย่างเหมาะสม, ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมในเวลาเร็วที่สุดและบันทึกในเวชระเบียน
  - ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อไปนี้ได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมหรือไม่
    - ผู้ป่วยฉุกเฉิน
    - ผู้ป่วยทารกและผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้
    - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด

- มารดาที่มีอาการเจ็บครรภ์
  - ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์หรือจิตเวช
  - ผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อของการถูกทารุณกรรม ถูกทอดทิ้ง หรือสงสัยว่ามีการใช้สารเสพติด
  - ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อไปนี้ได้รับการประเมินอย่างเหมาะสมหรือไม่
    - ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม
    - ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
    - ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการมีปัญหากลไกการ
    - ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
  - มีการทบทวนการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับว่าเป็นไปอย่างเหมาะสมและบันทึกในเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่ อย่างไร
3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพเมื่อแรกรับครบถ้วน (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม) และเหมาะสม (ตาม CPG/evidence), มีการบันทึกข้อมูลการประเมินและการวินิจฉัยโรคที่สมบูรณ์พร้อมข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม คือกลุ่มโรคใด มีวิธีการอย่างไรที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจิตใจและสังคม)
  - มีการทบทวนการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งการทบทวนข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
  - มีการใช้ CPG หรือข้อมูลวิชาการมากำหนดแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคใดบ้าง มีการอำนวยความสะดวกให้ใช้แนวทางดังกล่าวอย่างไร มีการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใด มีแนวทางที่ครอบคลุมโรคสำคัญที่อาจเป็นปัญหาได้มากเพียงใด
  - มีการกำหนดเวลาและรายละเอียดที่ต้องบันทึกข้อมูลการประเมินไว้อย่างไร ได้รับการปฏิบัติได้ดีเพียงใด
  - โรคที่อาจมีปัญหาคือความถูกต้องในการวินิจฉัยมีอะไรบ้าง มีการดำเนินการปรับปรุงอย่างไร
4. มีความร่วมมือและประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย, มีการทบทวนความถูกต้องครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคพร้อมทั้งนำมาปรับปรุง
- ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องมีการประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง มีวิธีการในการประสานระหว่างวิชาชีพอย่างไร มีการใช้ประโยชน์จากการบันทึกร่วมกันอย่างไร

- มีการทบทวนความถูกต้องครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วยอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการปรับปรุงอย่างไร
  - การวินิจฉัยโรคที่มักจะเป็นปัญหาหรือไม่ชัดเจนมีอะไรบ้าง มีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการปรับปรุงอย่างไร
5. การประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง ทันเวลา ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่น่าพอใจ
- มีการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับคุณภาพของการประเมินและการวินิจฉัยโรคอย่างไร

### III-3.1 การวางแผนดูแลผู้ป่วย

1. มีแผนการดูแลที่แฝงอยู่ในคำสั่งการรักษาหรือบันทึกต่าง ๆ
2. มีแผนการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เริ่มมีเป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ
  - แผนการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพมีความชัดเจนหรือไม่, มีการระบุเป้าหมายการดูแลไว้ในแผนของแต่ละวิชาชีพหรือไม่
  - มีการสื่อสารแผนการดูแลในระหว่างทีมอย่างไรเพื่อให้แผนนั้นนำไปสู่การปฏิบัติ
3. มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการประเมิน โดยการประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และมีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน
  - มีการทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องระหว่างแผนดูแลผู้ป่วยกับผลการประเมินผู้ป่วยหรือไม่ ผลการทบทวนเป็นอย่างไร
  - มีการประสานแผนการดูแลที่แต่ละวิชาชีพจัดทำไว้อย่างไร
  - ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่จำเป็นต้องมีการประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ มีกระบวนการในการประสานงานเพื่อวางแผนร่วมกันอย่างไร มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกันที่ชัดเจนหรือไม่
  - แผนการดูแลผู้ป่วยรูปแบบใดที่ส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ
4. แผนครอบคลุมเป็นองค์รวม ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวางแผนดูแลผู้ป่วย
  - มีการทบทวนคุณภาพของแผนการดูแลผู้ป่วยในแง่ความครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมหรือไม่ อย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
  - ทีมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายอย่างไร
  - ทีมมีการทบทวนการประเมินและการวางแผน รวมทั้งนำผลที่ได้จากการทบทวนมาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
5. แผนการดูแลมีความสมบูรณ์ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจ

- มีการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับคุณภาพของแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

### III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

1. มีการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ รพ.กำหนด
2. มีการประเมินข้อบ่งชี้ที่จะต้องวางแผนจำหน่าย, มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้บางส่วน
  - ทีมงานเข้าใจคุณค่าของการวางแผนจำหน่ายอย่างไร, ข้อบ่งชี้ที่จะต้องวางแผนจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายอย่างไร
  - การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ทำเป็นประจำมีอะไรบ้าง
3. มีการค้นหา/ระบุ ปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่ายอย่างชัดเจน (รวมทั้งข้อจำกัดต่าง ๆ), มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการดังกล่าว โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
  - มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อดูคุณภาพของการวางแผนจำหน่ายหรือไม่ อย่างไร ในประเด็นต่อไปนี้
    - การระบุปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย และข้อจำกัดต่าง ๆ ของผู้ป่วย
    - การเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความต้องการดังกล่าว
  - การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวนั้นได้ผลดีเพียงใด สามารถแก้ปัญหาหรือรองรับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้หรือไม่ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมเพียงใด
4. การเตรียมจำหน่ายคำนึงถึงมิติต่าง ๆ อย่างรอบด้าน, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน (ตามความเหมาะสม), มีการประเมินและปรับปรุงระบบการวางแผนจำหน่าย
  - มิติใหม่ ๆ ที่ทีมงานได้เรียนรู้จากการวางแผนจำหน่ายมีอะไรบ้าง
  - ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายอย่างไร
  - มีการประเมินระบบการวางแผนจำหน่ายอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร นำไปสู่การปรับปรุงอะไรบ้าง
5. มีระบบประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงทรัพยากรจากชุมชนในระยะยาว
  - ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร ในกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงทรัพยากรจากชุมชน ผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ที่ขาดผู้ดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร

### III-4.1 การดูแลทั่วไป

1. มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับได้สำหรับกระบวนการดูแลที่สำคัญ รวมทั้งการกำหนดความรับผิดชอบของบุคลากรระดับต่างๆ
2. มีการติดตามเพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลต่างๆ เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้, มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยที่ดี
  - มีการส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่มีความสำคัญอย่างไร มีการติดตามกำกับอย่างไร
  - สถานการณ์และประเด็นที่ต้องมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล และประสานการดูแลระหว่างวิชาชีพต่างๆ คืออะไร มีข้อมูลอะไรที่บ่งบอกว่ามีการสื่อสารและประสานงานที่ดี รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ
  - ขอให้บทวนตัวอย่างผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้ป่วย ว่าเมื่อเกิดเหตุดังกล่าวมีการสื่อสารระหว่างวิชาชีพอย่างไร มีการตอบสนองอย่างไร
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและแผนการดูแลที่จัดทำไว้
  - มีการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้อย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
    - ความทันท่วงที
    - ความปลอดภัย
    - ความเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ
    - ความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและแผนการดูแล
  - มีระบบการทบทวนตรวจสอบความเสี่ยง หรือโอกาสที่การดูแลรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ/แผนการดูแลที่กำหนดอย่างไร มีการนำผลมาปรับปรุงอย่างไร
4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการตอบสนองปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม, ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดการดูแล และแก้ไขปัญหา
  - ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคมที่พบบ่อยในการดูแลประจำวันคืออะไร มีวิธีการอย่างไรให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว
  - ทีมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และแก้ปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคมอย่างไร
  - มีข้อมูลอะไรที่จะบ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย
5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เกินความคาดหวัง
  - มีการประเมินผลลัพธ์การดูแลเปรียบเทียบกับระดับความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

### III-4.2 การดูแลที่มีความเสี่ยงสูง

1. มีการระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบริการที่มีความเสี่ยงสูงของ รพ. และจัดทำแนวทางการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยดังกล่าว
2. มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย, ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสม, มีความพร้อมในด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม
  - โรคหรือสภาวะของผู้ป่วยที่มีความรุนแรงหรือมีโอกาสเปลี่ยนแปลง และต้องเฝ้าระวังอย่างเหมาะสม มีอะไรบ้าง ผลลัพธ์ของการเฝ้าระวังที่เป็นอยู่สามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงได้ทันทั่วทั้งที่เพียงพอ
  - มีการจัดการส่งต่อผู้ป่วยต่อไปได้อย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร สามารถส่งต่อได้ในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ มีการดูแลก่อนและระหว่างส่งต่อเหมาะสมหรือไม่
    - ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติและต้องส่งต่ออย่างรวดเร็ว
    - ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ทรุดลงหลังจากที่รับไว้สังเกตอาการหรือรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล
  - การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย ก่อให้เกิดการปรับปรุงอะไรบ้าง
  - โรคและบริการที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง มีการเตรียมการด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลโรคดังกล่าวอย่างไร มีการฝึกอบรมบุคลากรสำหรับดูแลโรคดังกล่าวอย่างไร มีการจัดทำแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลโรคดังกล่าวอย่างไร ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวเป็นอย่างไร
3. มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วและเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ
  - มีการทบทวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติอะไรบ้าง ผลการทบทวนทำให้เห็นจุดอ่อนในระบบการดูแลอย่างไร
  - มีการกำหนดเกณฑ์ (early warning sign) ที่จะต้องรายงานหรือขอความช่วยเหลือจากผู้มีความรู้ความสามารถอย่างไร
  - มีการจัดระบบเพื่อให้มีผู้มีความรู้ความสามารถมาดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึงอย่างไร
4. มีระบบงานที่ดีและการประสานงานที่ดีกับองค์กรอื่น ทั้งในด้านการขอปรึกษาและการส่งต่อ, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
  - อะไรคือสิ่งที่บ่งบอกว่าระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลเป็นระบบที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ
  - อะไรคือสิ่งที่บ่งบอกว่ามีการประสานงานที่ดีกับองค์กรอื่น ในการขอปรึกษาและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
  - ยกตัวอย่างรูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการทบทวนระบบการขอคำปรึกษา หรือส่งต่อ นำมาสู่การเรียนรู้ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

5. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนในระดับที่ต่ำมาก
  - มีการติดตามแนวโน้ม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อน ที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร ผลเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกันเป็นอย่างไร

### III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด

---

1. ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเรื่องอาหารด้วยตนเอง
2. ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการพื้นฐาน, การผลิตอาหารเป็นไปตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ป้องกันความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย และการแพร่กระจายของเชื้อโรค
  - มีการนำหลักสุขาภิบาลอาหาร (ของกรมอนามัย) มาเป็นแนวทางปฏิบัติในการผลิตอาหารอย่างไร มีการประเมินอย่างไร ผลการประเมินมีประเด็นอะไรที่ยังปฏิบัติไม่ได้
3. มีบริการอาหารเฉพาะโรค, มีการคัดกรองปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยทุกราย, มีการประเมินภาวะโภชนาการและให้บริการโภชนาบำบัดที่เพียงพอและปลอดภัยเมื่อมีข้อบ่งชี้
  - ผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเฉพาะโรคมีอะไรบ้าง มีแนวทางอย่างไรในการจัดอาหารเฉพาะโรคให้แก่ผู้ป่วย มีการประเมินความเหมาะสมของการได้รับอาหารเฉพาะโรคอย่างไร
  - มีการคัดกรองปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยอย่างไร พบปัญหามากน้อยเพียงใด ในผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง
4. มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์, มีการประเมินและปรับปรุงระบบบริการอาหารและโภชนาการ
  - การให้ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่ลักษณะที่พึงประสงค์ได้เพียงใด
  - มีการประเมินระบบบริการอาหารและโภชนาการอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร นำไปสู่การปรับเปลี่ยนอะไร
5. มีการจัดระบบที่เป็นแบบอย่างได้, ผลลัพธ์การใช้โภชนาบำบัดในการดูแลอยู่ในระดับดีมาก
  - รพ.เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบบริการอาหารและโภชนาบำบัดเรื่องใด มีการเปรียบเทียบกับรพ.อื่นอย่างไร (ทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์)

### III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง

---

1. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน
2. มีการประเมินและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง

- มีแนวทางอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่าการให้ข้อมูลและการพัฒนาทักษะที่จำเป็นนั้นสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเป็นไปอย่างได้ผล
4. มีการประเมินและปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลัง, ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองตามแผนการดูแลที่ร่วมกันกำหนด
    - ประเด็นสำคัญในการประเมินระบบการให้ข้อมูลและเสริมพลังคืออะไร ผลการประเมินเป็นอย่างไร นำมาสู่การปรับปรุงอย่างไร
    - มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสำหรับตนเองอย่างไร เน้นในโรคใดบ้าง มีการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร มีการติดตามและปรับแผนร่วมกันอย่างไร
  5. ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองและมีส่วนในการช่วยเหลือและแนะนำผู้อื่น
    - มีการจัดระบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนในการช่วยเหลือและแนะนำผู้ป่วยอื่นๆ อย่างไร (เช่น self help group, กลุ่ม KM)

### III-6 การดูแลต่อเนื่อง

1. มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องและมีระบบติดตาม
2. มีระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาก่อนวันนัดหมาย หรือระบบช่วยเหลือโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมารพ., มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง
  - กลุ่มผู้ป่วยสำคัญหรือกลุ่มเสี่ยงที่จัดระบบช่วยเหลือหรือดูแลต่อเนื่องไว้มีอะไรบ้าง มีระบบช่วยเหลืออย่างไร
3. มีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการในพื้นที่ ทีมเยี่ยมบ้าน/ทีมเชิงรุก และแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ
  - กลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่องเข้าไปในพื้นที่ได้แก่อะไรบ้าง มีการประสานข้อมูลกับหน่วยบริการในพื้นที่อย่างไร มีการจัดทีมเข้าไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มใดบ้าง
  - การดูแลต่อเนื่องครอบคลุมได้มากเพียงใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
4. นำข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องมาวิเคราะห์และปรับปรุงอย่างเป็นระบบ, มีระบบสะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
  - ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องเป็นอย่างไร มีการนำมาใช้ปรับปรุงอย่างไร มีการสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างไร มีการตอบสนองจากหน่วยงานดังกล่าวอย่างไร
5. มีการสร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพให้กับหน่วยงานต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในลักษณะ seamless และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้
  - มีการสร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพให้หน่วยงานที่ต้องรับดูแลต่อเนื่องอย่างไร

- อะไรคือสิ่งที่แสดงให้เห็นว่ามีระบบบริการแบบ seamless สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้