

---

แนวทางการประเมินตนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
สำหรับ รพ.ที่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA  
(Provincial KM)  
ปีงบประมาณ 2556

---

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



---

## คำนำ

---

แนวทางการประเมินตนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 สู่อันดับ HA จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง สำหรับโรงพยาบาลที่มีความมุ่งมั่นในการธำรงการพัฒนามันได้ขั้นที่ 2 และมีความประสงค์ในการขับเคลื่อนองค์กรสู่การรับรองในขั้น 3 และสำหรับสถานพยาบาลที่ได้รับ HA แล้ว ได้ทบทวนตนเอง เชื่อมโยงเครือข่ายและมีโอกาสเชื่อมโยงระบบให้ไร้รอยต่อยิ่งขึ้น

แนวทางฉบับนี้เป็นการขยายข้อความสำคัญ (Key word) ที่ปรากฏอยู่ในคะแนนแต่ละระดับของ Overall Scoring ซึ่งจัดทำขึ้นตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ให้เกิดความชัดเจน เป็นรูปธรรม และมีลำดับขั้นของการพัฒนาที่เป็นยอมรับกันโดยทั่วไป ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลสามารถประเมินสถานะปัจจุบันของการพัฒนาคุณภาพของตนได้อย่างชัดเจน และสามารถกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพในแต่ละช่วงเวลาของอนาคตได้ง่ายขึ้น ลำดับขั้นที่ใช้ในแนวทางฉบับนี้ มีทั้งในลักษณะพื้นฐาน คือ มี/ไม่มี และที่แบ่งซับซ้อนขึ้นเป็น 4 – 6 ระดับ

แนวทางฉบับนี้ควรใช้ร่วมกับการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระหว่างโรงพยาบาล (Provincial KM) ซึ่งเป็นเวทีแห่งการเติมเต็มให้กันและกัน ได้ทั้งความเข้าใจ ได้เห็นทางออกใหม่ ๆ และเกิดการเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดี (Good practice) ร่วมกัน และเกิดกิจกรรมพัฒนาในส่วนขาด (gap) โดยผลผลิตที่คาดว่าจะได้รับ คือ โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน หวังว่าการทำกิจกรรม Provincial KM ในปีนี้ 2 นี้จะมีความสุข ผ่อนคลาย ได้ประโยชน์กับ รพ.และผู้ป่วยของ รพ.ไม่แพ้ในรอบปีที่ผ่านมา

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนในการร่วมสร้างแนวทางฉบับนี้ และยินดีรับข้อเสนอแนะตลอดจนข้อติชมต่างๆจากผู้ใช้นี้ ทั้งนี้ เพื่อให้แนวทางฉบับนี้สร้างประโยชน์สูงสุดให้กับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทยสืบไป

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พฤศจิกายน 2555

---

## สารบัญ

---

คำนำ .....	i
สารบัญ .....	ii
ที่มา Provincial KM เพื่อการรํารงบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA.....	1
แนวทางการทำกิจกรรม .....	2
แนวทางการประเมินตนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้.....	5
I-1 การนําร่องค์กร .....	5
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ .....	9
I-4 การวัดวิเคราะห์ และการจัดการความรู้.....	13
I - 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ .....	14
I-4.2ข. การจัดการความรู้.....	16
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล .....	18
II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง.....	22
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย .....	27
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.....	29
II-6 ระบบยา.....	32
II-7 ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์.....	35
II-7 ข. คลังเลือด.....	37
II-7ค. บริการรังสีวิทยา.....	40
II-9 การทำงานกับชุมชน .....	42
II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ.....	46
III กระบวนการดูแลผู้ป่วย .....	49
ตัวอย่างการเขียน Good practice .....	58

## ที่มา PROVINCIAL KM เพื่อการรับรองบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA

### คืออะไร

เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับสถานพยาบาลที่นำกระบวนการ HA ไปใช้ในการพัฒนา โดยเน้นเนื้อหาสำหรับระดับการพัฒนาของสถานพยาบาลส่วนใหญ่ คือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่สองสู่ HA และกำลังจะพัฒนาสู่การรับรอง HA หรืออ้างบันไดขั้นที่สองไว้

### ที่มา

สรรพ.จัดให้มีระบบรับรองเป็นลำดับขั้น (Stepwise recognition) หรือบันไดสามขั้นสู่ HA เพื่อให้สถานพยาบาลได้พัฒนาคุณภาพเป็นลำดับขั้นตามความพร้อมของตน ขณะนี้สถานพยาบาลส่วนใหญ่พัฒนาอยู่ในระดับบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA และจำนวนหนึ่งมีความพร้อมที่จะก้าวสู่บันไดขั้นที่สาม ทั้งนี้โดย 3<sup>rd</sup> party payer นำสถานภาพการรับรองมาพิจารณาในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลด้วย

เพื่อให้สถานพยาบาลที่อยู่ในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA สามารถอ้างสถานภาพ มีความตื่นตัวในการพัฒนา และทำงานพัฒนาคุณภาพด้วยความผ่อนคลาย สรรพ.จึงปรับวิธีการอ้างสถานภาพการรับรองบันไดขั้นที่ 2 จากการเยี่ยมชมสำรวจมาเป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีเครื่องมือประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา

### กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัดคือสถานพยาบาลทุกแห่งที่นำกระบวนการ HA ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพของตน ซึ่ง *ประโยชน์ในภาพรวมคือการแบ่งปันบทเรียนระหว่างกัน* สำหรับประโยชน์เฉพาะที่สถานพยาบาลซึ่งได้รับการรับรองแต่ละระดับจะได้รับ มีดังนี้

- สถานพยาบาลที่ยังไม่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA จะเห็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมเพื่อการประเมินบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ได้ชัดเจนขึ้น
- สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA จะเห็นแนวทางในการพัฒนาต่อเนื่องสู่การรับรอง HA
- สถานพยาบาลของรัฐที่ได้รับกิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ซึ่งมีจำนวนเต็มที่เปิดดำเนินการจริงไม่เกิน 120 เตียง จะได้รับสิทธิในการอ้างบันไดขั้นที่ 2 จากการพิจารณาการมีส่วนร่วมนำเสนอข้อมูลความก้าวหน้าในการพัฒนา และการสุ่มเยี่ยมโรงพยาบาล
- สถานพยาบาลที่ได้รับ HA แล้ว ได้ทบทวนตนเอง ได้เชื่อมโยงเครือข่ายและมีโอกาสเชื่อมโยงระบบให้ไร้รอยต่อยิ่งขึ้น

## แนวทางการทำกิจกรรม

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นขั้นตอนในช่วงกลางของกิจกรรมทั้งหมดสามขั้นตอนซึ่งมีความสำคัญเท่าเทียมกัน โดยที่แต่ละขั้นตอนมีแนวคิดและเทคนิคดังนี้

**ขั้นที่หนึ่ง** การทบทวนในแต่ละ รพ.ก่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเตรียมตัวเพื่อให้พร้อมที่จะเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย

- **การเตรียมคน** เป็นการมอบหมายให้ผู้ที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบเรื่องนั้นโดยตรงทำการทบทวน และเข้าร่วมในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ระดับจังหวัดด้วยตนเอง (ค้นหาคนที่ใช่)
- **การประเมินตนเองและทบทวนความก้าวหน้า**
  - ทำความเข้าใจกับเครื่องมือประเมินตนเองที่ สรพ.พัฒนาไว้ และทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นโดยอาจศึกษาจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ประกอบ
  - ทบทวนความก้าวหน้าในการปฏิบัติตาม self recommendation ในปีที่ผ่านมา ทั้งในส่วนของผลลัพธ์และบทเรียนจากการปฏิบัติ เตรียมการนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนกับ รพ.อื่น
  - พิจารณาเลือกประเด็นที่อยากให้เพื่อนช่วยอย่างน้อย 2 ประเด็น พร้อมทั้งคำถามที่มีลักษณะเจาะลึกเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- **ฝึกฝนการเป็น Facilitator และ Note taker** ให้รู้จักจับประเด็นและสามารถบันทึกได้อย่างครอบคลุม
- **ใช้หลักความเรียบง่าย คลายความกังวล**
  - ไม่ต้องกังวลเรื่องการจัดทำเอกสาร
  - ไม่ต้องกังวลกับข้อความในเครื่องมือประเมินที่ยังไม่เข้าใจ
  - ไม่ต้องกังวลว่าจะประเมินถูกต้องตามเกณฑ์หรือไม่
  - ไม่ต้องกังวลว่าจะต้องให้คะแนนตนเองให้ครบถ้วน
  - เตรียมตัวไปแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยความปลอดภัย

**ขั้นที่สอง** การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล เป็นเวทีแห่งการเติมเต็มให้กันและกัน ได้ทั้งความเข้าใจ ได้เห็นทางออกใหม่ๆ และได้เห็นจุดบอดที่ตนเองมองไม่เห็น

### ● บรรยากาศ

- เตรียมตัวเตรียมใจมาช่วยกันสร้างเวทีสนทนาที่ผลิตรายการที่มีพลัง และสร้างสรรค์ หลีกเลี่ยงการพูดคุยแบบโต้เถียงหรือดูรับข้อมูลมาสู่การพูดคุยอย่างเปิดใจและรับฟังกัน (สุนทรียสนทนาหรือสานเสวนา) มีสติกับปัจจุบันเห็นแบบปัญญาญาณ และครุ่นคิดด้วยหัวใจ รวมคลื่นของสมาชิกเป็นมณฑลแห่งพลังในทางบวก
- ปรับจูนคลื่นใจ ความรู้สึก ความสัมพันธ์กันก่อนที่จะกระโดดเข้าสู่เนื้อหา

### ● วิธีการเสวนา

- ใช้เวลาสั้นๆ ในการทำความเข้าใจเนื้อหาที่ไม่เข้าใจกับผู้แทนของ สรพ.
- แยกวงไปสานเสวนาในกลุ่มที่ได้รับมอบหมาย (อาจจะมีการเสวนาคู่ขนานกันไปหลายๆ กลุ่ม) โดยมีแนวทางหรือกติกาในการเสวนาดังนี้

- กำหนดให้มี facilitator\* ประจำกลุ่มหนึ่งท่าน
- กำหนดให้มี note taker\* ประจำกลุ่มสองท่าน เพื่อช่วยกันเก็บประเด็น จดบันทึกความรู้เชิงปฏิบัติไว้สำหรับใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด
- จัดทำ “ตารางเพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แต่ละโรงพยาบาลระบุสิ่งที่โดดเด่นที่พร้อมจะช่วยเหลือเพื่อนของตน และสิ่งที่ยากจะให้เพื่อนช่วย ซึ่งเมื่อนำมาจับคู่กันก็จะเห็นชัดเจนว่าควรจะดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างไร
- ใช้ “ตารางเพื่อนช่วยเพื่อน” เป็นเครื่องมือในการเลือกประเด็นเสวนาและผู้ที่จะเสวนา อาจเริ่มด้วย รพ.ที่ต้องการขอคำปรึกษาหรือ รพ.ที่ยากจะเล่า good practice ถ้าจะเล่า good practice ในเรื่องใด ต้องขอให้ รพ.ที่ต้องการขอคำปรึกษาเรื่องนั้นอธิบายปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการปรึกษาก่อน
- ทุกโรงพยาบาลควรมีโอกาสนำประเด็นมาปรึกษาวางเสวนาอย่างน้อย 1 ประเด็น
- ประเด็นที่นำมาปรึกษาควรเป็นจุดอ่อนที่ส่งผลกระทบต่อสำคัญ
- สมาชิกในวงเสวนาช่วยกันนำเสนอประสบการณ์ที่เป็น good practice ของตนมาแบ่งปัน แนะนำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ขอคำปรึกษา
- สมาชิกในวงเสวนาร่วมกันเจาะลึกด้วยคำถาม “ทำอย่างไร” ในสถานการณ์ต่างๆ และอาจใช้เทคนิค “พูดแทนเพื่อน” คือฟังแล้วสรุปข้อคิดที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่องอื่นๆ ในลักษณะที่เป็นหลักการทั่วไปด้วยคำพูดของผู้พูดเองโดยเฉพาะในการเสวนาเรื่องการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจจะนำบทเรียนของโรคที่แตกต่างกันมาพูดคุยพร้อมกัน
- สมาชิกที่ยังไม่ได้แบ่งปัน good practice เพราะไม่มีผู้ขอคำปรึกษา ให้นำเสนอโดยสรุป ถ้ามีผู้สนใจเจาะลึกค่อยขยายความ

#### หมายเหตุ

##### **\*Facilitator** มีบทบาทหน้าที่

1. เป็นผู้ตั้งประเด็นให้กลุ่มคิดเป็นระบบ
2. ช่วยให้สมาชิกสะท้อนประสบการณ์ หรือปัญหารวมทั้งแนวทางแก้ไข
3. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มรับฟังซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม
4. ช่วยให้กลุ่มสามารถค้นหาวิธีการ แก้ไขปัญหา โดยไม่แสดงความคิดเห็นเรื่องที่กลุ่มอภิปราย
5. ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
6. เป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งมิตรภาพ

##### **\*Note taker หรือผู้จดบันทึกในวงพูดคุย** มีบทบาทหน้าที่

1. สรุปเป็นประเด็นสำคัญ
2. จัดกลุ่มข้อมูล
3. นำเสนอให้กลุ่มฟังถึงประเด็นที่จด
4. จัดทำเป็นข้อสรุปสมบูรณ์ ส่งให้ สสจ.และ สรพ.

● ผลที่ได้จากการเสวนาคือ

- ความรู้เชิงปฏิบัติที่ได้จากการแลกเปลี่ยน ที่แต่ละคนซึมซับไป และที่ note taker บันทึกไว้
- บัญชีรายการประเด็นที่โรงพยาบาลจะพัฒนาในช่วงเวลา 3 เดือนและหนึ่งปีข้างหน้า ถือว่าเป็น self recommendation และคำแนะนำสัญญาที่จะนำไปปฏิบัติ โดยเขียนในลักษณะ bullet ระบุประเด็นที่จะพัฒนาให้ชัดเจนอย่างสั้นๆ และระบุความสำคัญ/ความเร่งด่วน ความยาวประมาณ 1-2 หน้า
- ได้แนวทางการปฏิบัติที่ดี (good practice) ระดับโรงพยาบาลที่นำไปสู่การพัฒนาและสามารถเผยแพร่สู่การเรียนรู้ร่วมกันและขยายผลในวงกว้างให้กับสถานพยาบาลอื่น ๆ หรือผู้ที่สนใจต่อไปได้
- เป็นจุดเริ่มต้นสู่การเกิดชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice : CoP) ระดับจังหวัดต่อไป

**ขั้นที่สาม การธำรงคุณภาพ** เป็นช่วงที่ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องให้ฝังเข้าอยู่ในงานปกติประจำมีเกลโกติดตามภายใน การติดตามจากภายนอก และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อเนื่อง

- ดำเนินการพัฒนาตามประเด็นที่วางแผนไว้
- มีเกลโกติดตามภายในของ รพ.
- มีการติดตามความก้าวหน้าจาก สสจ.
- มีการสุ่มเยี่ยมสำรวจจาก สรพ.
- มีการรับรู้ความก้าวหน้าผ่านการทำ Teleconference ระหว่าง รพ. กับ สรพ.และ สสจ.
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่ายเฉพาะประเด็นหรือตามวิชาชีพภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

## แนวทางการประเมินตนเองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

### I-1 การนำองค์กร

#### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้ชี้ให้เห็นลำดับขั้นของวิธีการดำเนินงานจากวิธีการที่เรียบง่าย สู่วิธีการที่เป็นระบบ และก้าวหน้ายิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรนำวิธีการดำเนินงานที่ตนใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง หรือทดลองใช้วิธีการที่เป็นระบบและก้าวหน้ายิ่งขึ้น (ส่วนที่ระบายสีเหลืองคือความคาดหวังสำหรับบันไดขั้นที่ 2 และส่วนที่ระบายสีเขียวคือความคาดหวังสำหรับการได้รับ HA)

	1	2	3	4	5
I-1. การนำองค์กร	มีการทบทวนภารกิจและเป้าหมายของรพ., ผู้นำใช้เวลากับการตามแก้ปัญหาต่างๆ เป็นส่วนใหญ่	ให้นโยบายสนับสนุนการพัฒนา, Top down, QA	สร้างความร่วมมือและสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนา ชั้นนำ สื่อสารและติดตามการพัฒนา สร้างแรงจูงใจ	เน้นการเรียนรู้เสริมพลัง, มีการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำ	ใช้วิสัยทัศน์และค่านิยม นำองค์กรให้มีขีดสมรรถนะสูง (high performing) เป็นองค์กรที่ยั่งยืน (sustainable)

#### ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

<b>การชี้นำองค์กร</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. องค์กรได้รับการชี้นำด้วยนโยบายระยะสั้นของผู้บริหารสูงสุด</li> <li>ii. องค์กรได้รับการชี้นำด้วยพันธกิจและนโยบายของต้นสังกัด</li> <li>iii. องค์กรได้รับการชี้นำด้วยวิสัยทัศน์และค่านิยมซึ่งมีนาระดับสูงกำหนด</li> <li>iv. องค์กรได้รับการชี้นำด้วยวิสัยทัศน์และค่านิยมซึ่งมีกระบวนการจัดทำและถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง</li> <li>v. องค์กรแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทิศทางที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และค่านิยม</li> </ul>	
<b>การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพสู่ความยั่งยืน</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ผู้นำกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (priority หรือ เข้มมุ่งในแต่ละช่วงเวลา)</li> <li>ii. ผู้นำสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพด้วยการฝึกอบรมและให้โอกาส, ให้แนวทางและความช่วยเหลือ, จัดอุปสรรคในการพัฒนา, สนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น,</li> <li>iii. ผู้นำติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย, จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้, รับฟังปัญหา ร่วมเรียนรู้และแก้ไขปัญหา, ให้คำปรึกษา, ติดตามให้กำลังใจ, สร้างแรงจูงใจและให้รางวัล</li> <li>iv. ผู้นำปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ</li> <li>v. ผู้นำส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้, เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้</li> </ul>	



<p><b>การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดนวัตกรรม</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีรางวัลและการยกย่องชมเชยแก่ผู้สร้างนวัตกรรมซึ่งเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ</li> <li>ii. มีการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจเพื่อการเสนอแนะข้อคิดเห็นที่นำไปใช้ประโยชน์ได้</li> <li>iii. มีการฝึกอบรมวิธีการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์อย่างเป็นระบบ จัดเวทีนำเสนอและให้แรงจูงใจ</li> <li>iv. นวัตกรรมส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการประดิษฐ์อุปกรณ์เพื่อแก้ปัญหาในการทำงาน</li> <li>v. มีนวัตกรรมเชิงระบบงานที่สามารถเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของบริการสุขภาพ</li> </ul>	
<p><b>การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและประสานบริการ</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. การประสานงานมีลักษณะเฉพาะกิจเมื่อมีปัญหาหรือความจำเป็น</li> <li>ii. จัดตั้งคณะกรรมการคร่อมสายงาน/สหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ชัดเจน, คณะกรรมการอยู่ในช่วงเรียนรู้ แสวงหาวิธีการทำงาน, มีกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน</li> <li>iii. คณะกรรมการคร่อมสายงาน/สหสาขาวิชาชีพเริ่มแสดงให้เห็นผลงาน, มีการประสานคน/แผน/กิจกรรม/ทรัพยากร, มีช่องทางการสื่อสารและประสานงานที่ได้ผล, เริ่มนำแนวคิดองค์กรที่มีชีวิตมาใช้ เช่น เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ</li> <li>iv. คณะกรรมการคร่อมสายงาน/สหสาขาวิชาชีพมีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แนวคิดองค์กรที่มีชีวิตถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง</li> <li>v. ทีมงานทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ร่วมมือกันสร้างนวัตกรรมของระบบงานจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ไม่นั่นนอน หรือคลุมเครือ</li> </ul>	
<p><b>การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความคล่องตัวขององค์กร</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ตั้งรับแก้ปัญหาความไม่คล่องตัวตามคำร้องเรียนที่เกิดขึ้น</li> <li>ii. ผู้นำวางระบบรับรู้ความไม่คล่องตัวจากหลายมุมมองและนำมาจัดลำดับความสำคัญ</li> <li>iii. ผู้นำมอบอำนาจให้ผู้บริหารระดับต้นและเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน สามารถตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างรวดเร็ว</li> <li>iv. มีการปรับเปลี่ยนข้อบังคับ แนวทางปฏิบัติงาน ออกแบบระบบงานใหม่ เพื่อลดความสูญเปล่าและเพื่อความคล่องตัวขององค์กร</li> <li>v. องค์กรมีความยืดหยุ่นและคล่องตัว พร้อมทั้งรับมือกับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลง</li> </ul>	
<p><b>การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ผู้นำส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่หน้างาน</li> <li>ii. ผู้นำส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่หน้างานร่วมกับการใช้ชุมชนผู้ปฏิบัติซึ่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการฝึกฝนทักษะที่จำเป็น และสนับสนุนแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้</li> <li>iii. ผู้นำสนับสนุนให้นำผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ในการเรียนรู้</li> <li>iv. ผู้นำสนับสนุนให้สร้างความเป็นนักวิจัยทั่วทั้งองค์กร</li> <li>v. ผู้นำเป็นผู้ใช้ผลการเรียนรู้ระดับองค์กรเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสำคัญ</li> </ul>	
<p><b>การสื่อสาร</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. การสื่อสารมีลักษณะเป็นทางเดียว และช่องทางการสื่อสารค่อนข้างจำกัด</li> <li>ii. ผู้นำมีการทบทวนถึงวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร/กลุ่มเป้าหมาย ความถี่ในการสื่อสาร มาปรับปรุงระบบการสื่อสารที่มีอยู่ให้สามารถสื่อสารกับบุคลากรทุกระดับในโรงพยาบาล</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>iii. ผู้นำปรับระบบการสื่อสารให้เป็นแบบสองทาง เพื่อเสริมพลังให้บุคลากรมีช่องทางในการแลกเปลี่ยนกับผู้นำ และการสื่อสารระหว่างบุคลากรด้วยกันเพิ่มขึ้น</li> <li>iv. ผู้นำสื่อสารกับบุคลากรผ่านช่องทางที่มีการปรับเปลี่ยนและเริ่มมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการสื่อสาร</li> <li>v. ผู้นำสื่อสารกับบุคลากรโดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั่วถึง มีการสื่อสารที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กรโดยผู้นำทุกระดับ มีการสื่อสารกับเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร เป้าหมายขององค์กรและการตัดสินใจสำคัญของผู้นำได้รับการสื่อสารเป็นที่เข้าใจ มีการประเมินและปรับปรุงระบบการสื่อสารขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ</li> </ul>	
<b>การมุ่งเน้นที่การปฏิบัติ (Focus on Action)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ผู้นำระบุจุดเน้นอย่างกว้างๆ ไม่มีที่มาที่ไป</li> <li>ii. ผู้นำ มีการนำปัญหา ความต้องการที่สำคัญของผู้รับบริการ และแผนกลยุทธ์ที่สำคัญมากำหนดเป็นจุดเน้น</li> <li>iii. ผู้นำมีการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการ วิเคราะห์ความก้าวหน้าการพัฒนาตามแผน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร มากำหนดเป็นจุดเน้น มีการกำหนดช่วงเวลา และระดับความคาดหวังที่ต้องการ มีการสื่อสารเพื่อนำจุดเน้นไปปฏิบัติอย่างจริงจัง</li> <li>iv. ผู้นำมีการติดตามการปฏิบัติตามจุดเน้นอย่างต่อเนื่อง มีการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญในนำจุดเน้นสู่การปฏิบัติ</li> <li>v. ผู้นำทบทวนการบรรลุเป้าหมายสำคัญอย่างสม่ำเสมอ เลือกสรรประเด็นที่ต้องมีการดำเนินการเพิ่มเติม กำหนดความคาดหวังที่ชัดเจน สื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สร้างแรงจูงใจ ให้การสนับสนุน ติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังในการมุ่งเน้นผู้ป่วยและก่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่ดี</li> </ul>	
<b>การเสริมพลัง</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ผู้นำให้นโยบายว่าต้องการให้แต่ละคนตัดสินใจด้วยตนเองมากขึ้น</li> <li>ii. ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการทำงานเป็นทีมโดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ มีการกำหนดเป้าหมาย การให้อำนาจในการตัดสินใจร่วมกันในทีม</li> <li>iii. ผู้นำระดับสูงปรับโครงสร้างการบริหารองค์กรให้บุคลากรทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการ การบริการ และการพัฒนาคุณภาพผ่านช่องทางที่หลากหลาย</li> <li>iv. ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและปฏิบัติงานทุกระดับ ยกตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น สนับสนุนข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่จำเป็น มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องนี้อย่างสม่ำเสมอ</li> <li>v. มีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงอย่างเป็นระบบ</li> </ul>	
<b>การสร้างแรงจูงใจ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. การสร้างแรงจูงใจเป็นไปตามระบบปกติ</li> <li>ii. ผู้นำจัดกิจกรรมในการสร้างแรงจูงใจในภาพรวม เช่น การส่งฝีกอบรม การปรับค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย เป็นต้น</li> <li>iii. ผู้นำร่วมกับบุคลากรกำหนดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแยกตามกลุ่มของบุคลากร และสร้างแรงจูงใจมีพลังในการกระตุ้นให้บุคลากรมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการสร้างผลงานที่ดี</li> <li>iv. ผู้นำมีการนำผลการประเมินความพึงพอใจ ความต้องการของบุคลากร มาตอบสนองเพื่อสร้างแรงจูงใจใน</li> </ul>	

การทำงานตามกลุ่มของบุคลากร

- v. ผู้นำสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรเกิดความมุ่งมั่นต่อการสร้างผลงานที่ดีและการพัฒนางาน ทั้งในเรื่องเล็กน้อย และการบรรลุเป้าหมายขององค์กร ทั้งในรูปแบบที่ไม่เป็นตัวเงิน (เช่น คำขอบคุณ การยกย่องชมเชย) และที่เป็นตัวเงิน (เช่น การมีระบบค่าตอบแทนที่สัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน) มีการประเมินและปรับปรุงระบบแรงจูงใจ

#### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

#### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นลำดับขั้นของวิธีการดำเนินงานจากวิธีการที่เรียบง่าย สู่วิธีการที่เป็นระบบ และก้าวหน้า ยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรนำวิธีการดำเนินงานที่ตนใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง หรือทดลองใช้วิธีการที่เป็นระบบและก้าวหน้ายิ่งขึ้น

	1	2	3	4	5
I-2. การบริหารเชิงกลยุทธ์	แผนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์อย่างมีจุดร่วม	มีการประมวลแผนเป็นหนึ่งเดียว มีกระบวนการจัดทำตามขั้นตอนที่ดี แต่ยังมีข้อด้อยสำคัญในด้านต่างๆ	แผนสอดคล้องกับบริบท ปราศจากข้อด้อยสำคัญ บุคลากรรับรู้ มีระบบรายงานและติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย	มีเป้าหมายที่ท้าทาย การทบทวนนำมาสู่จุดเน้นการพัฒนาที่ชัดเจน และรับรู้ทั่วกัน, มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผน	องค์กรมีความยืดหยุ่นและเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วเมื่อจำเป็น

### ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

กระบวนการวางแผนกลยุทธ์	
i. มีการจัดทำแผนโดยผู้ที่เกี่ยวข้อง และแผนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาพรวม	
ii. มีกระบวนการจัดทำที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้นำ และบุคลากรในโรงพยาบาล มีการกำหนดขั้นตอนและกรอบเวลาในการจัดทำที่ชัดเจน และมีแผนกลยุทธ์รวมเป็นแผนเดียว	
iii. มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร และปัจจัยสำคัญอื่นๆ นำมากำหนดเป็นความท้าทายและข้อได้เปรียบขององค์กรตามลำดับความสำคัญ	
iv. มีการรับฟังหรือแสวงหาข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้ได้รับรู้ในสิ่งที่เรามองไม่เห็นด้วยตัวเอง (potential blind spot) ทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน หรือโอกาสและสิ่งคุกคาม	
v. มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจว่าแผนจะนำไปสู่การบรรลุตามความคาดหวังที่กำหนด	
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	
i. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความต้องการของหน่วยเหนือ/เจ้าของกิจการ	
ii. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองความต้องการของทุกฝ่าย มีการระบุกรอบเวลาที่จะบรรลุ	
iii. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์มีความสอดคล้องกับความท้าทายและข้อได้เปรียบขององค์กร ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมาย มีการอบการดำเนินการที่ชัดเจน	
iv. มีการกำหนดเป้าหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ในระดับที่ท้าทายมีการใช้ข้อได้เปรียบขององค์กรและมีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของสังคม	

<p>v. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่จะสร้างความเข้มแข็ง ความสำเร็จและความยั่งยืนให้กับกรดำเนินงานขององค์กร เช่น การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวัตกรรม การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ เป็นต้น</p>	
<p><b>การจัดทำแผนปฏิบัติการ</b></p>	
<p>i. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำของหน่วยงาน</p> <p>ii. หน่วยงานจัดทำแผนปฏิบัติการตามแผนกลยุทธ์เป็นแผนเดียวกับแผนปฏิบัติการประจำของหน่วยงาน</p> <p>iii. ในการจัดทำแผนปฏิบัติการจะมีการวิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน / ระบบงาน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการซึ่งมีความแตกต่างจากแผนปฏิบัติการประจำของหน่วยงาน</p> <p>iv. แผนปฏิบัติการมีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กำหนดตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญตามเป้าหมาย ระบุกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน</p> <p>v. มีการติดตามประเมินผลการนำแผนปฏิบัติการลงสู่การปฏิบัติ การดำเนินการตามแผน และนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ</p>	
<p><b>การนำแผนลงสู่การปฏิบัติ</b></p>	
<p>i. ไม่มีการนำลงสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม</p> <p>ii. ผู้รับผิดชอบหน่วยงานนำแผนปฏิบัติการนำไปปฏิบัติ และมีการสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบเป้าหมายของแผน และร่วมในการนำแผนลงสู่การปฏิบัติ</p> <p>iii. ผู้นำมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงานทำการมอบหมายแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดให้บุคลากรในหน่วยงานให้รับผิดชอบและดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>iv. ผู้นำมีการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า ตัวชี้วัด ฯลฯ</p> <p>v. มีการติดตามประเมินการนำแผนไปปฏิบัติการ เช่น การปฏิบัติตามแผน การบรรลุเป้าหมาย และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อนำผลมาประกอบปรับวิธีหรือแนวทางการถ่ายทอดสู่แผนกลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติ</p>	
<p><b>การจัดสรรทรัพยากร</b></p>	
<p>i. การจัดสรรทรัพยากรตามความต้องการของหน่วยงาน ไม่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์</p> <p>ii. มีการวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่จำเป็น และจัดสรรสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ในบางส่วน</p> <p>iii. มีการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับแผนกลยุทธ์ จัดหาและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นให้สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานทั้งหมด</p> <p>iv. มีการจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรทุกด้านให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุล</p> <p>v. มีการติดตามประเมินผลกระบวนการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการบรรลุตามแผนกลยุทธ์ที่กำหนด และนำผลมาปรับปรุงกระบวนการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์</p>	

การวางแผนบุคลากร	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. การจัดทำแผนบุคลากรยังไม่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ แต่มีการวางแผนตามความต้องการของหน่วยงาน</li> <li>ii. มีการวางแผนบุคลากรเริ่มมีความสอดคล้องกับการนำแผนกลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติในบางส่วน เช่นความต้องการบุคลากรเพิ่ม หรือการพัฒนาบุคลากรในการนำแผนลงสู่การปฏิบัติ</li> <li>iii. มีการวิเคราะห์วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรครอบคลุม ความเสี่ยง ความเพียงพอการพัฒนาบุคลากร การออกแบบระบบงาน ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหาร, การเพิ่มอำนาจในการตัดสินใจ เพื่อนำมาวางแผนบุคลากรทั้งระยะสั้น ระยะยาว</li> <li>iv. มีการจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรบุคคลให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุล</li> <li>v. มีการติดตามประเมินผลกระบวนการวางแผนบุคลากร และนำผลมาประกอบในการปรับปรุงกระบวนการวางแผน</li> </ul>	
การติดตามความก้าวหน้า	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. การวางระบบการติดตามยังไม่ชัดเจน</li> <li>ii. มีการติดตามความก้าวหน้าปีละ 2 ครั้ง (ทุก 6 เดือน)โดยฝ่ายที่ทำหน้าที่ในการจัดทำแผน</li> <li>iii. มีการวางระบบการติดตามทุกเดือนหรือทุก 3 เดือน มีการกำหนดวิธีการติดตามและผู้รับผิดชอบในการติดตามอย่างต่อเนื่อง</li> <li>iv. มีข้อ iii และ มีการนำผลการติดตามตัวชี้วัดมาทบทวน สนับสนุนทรัพยากร และมีการปรับปรุงแผนปฏิบัติการในบางครั้ง</li> <li>v. มีการติดตามตัวชี้วัดตามแผนมาอย่างต่อเนื่องและมีการปรับปรุงแผนกลยุทธ์ มีการสรุปความสำเร็จตามตัวชี้วัด และสามารถยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการบรรลุตามเป้าหมาย</li> </ul>	
การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีการกำหนดตัวชี้วัดแต่ไม่มีการติดตามและเปรียบเทียบผลงาน</li> <li>ii. มีการจัดทำตัวชี้วัดเพื่อติดตามความก้าวหน้าซึ่งเครื่องชี้วัดโดยรวมเป็นเครื่องชี้วัดในงานประจำหรือที่หน่วยงานต้นสังกัดกำหนดมา</li> <li>iii. มีการจัดทำและกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ (KPI) ตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์ และมีการเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด</li> <li>iv. มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสมในการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI มีการตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างผลงานจริงกับผลงานที่คาดหวัง</li> <li>v. มีการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่ทำนายในการคาดการณ์เป้าหมายตาม KPI, มีนวัตกรรมในการวัดผล</li> </ul>	

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## I-4 การวัดวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นลำดับขั้นของวิธีการดำเนินงานจากวิธีการที่เรียบง่าย สู่วิธีการที่เป็นระบบ และก้าวหน้ายิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรนำวิธีการดำเนินงานที่ตนใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง หรือทดลองใช้วิธีการที่เป็นระบบและก้าวหน้ายิ่งขึ้น

	1	2	3	4	5
I-4.1 การวัดและวิเคราะห์	ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มาจากงานประจำหรืองานนโยบาย	ตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเอง	มีการวัดผลงานที่ตรงประเด็นในทุกระดับ มีการวิเคราะห์และนำไปใช้ประโยชน์ (กำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ)	ตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน, มีบูรณาการของการวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์กร, มีการวัดผลงานเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น, มีการประเมินและปรับปรุงระบบวัดผลงาน	ใช้ข้อมูลที่ได้จากการติดตามและวิเคราะห์เพื่อเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้

### ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

<b>การกำหนด/คัดเลือกตัวชี้วัด</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. การกำหนดตัวชี้วัดมาจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือมาจากนโยบายที่กำหนดมาจากหน่วยงานต้นสังกัด</li> <li>ii. การกำหนดตัวชี้วัดมาจากปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ มาตรฐานและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ (หน่วยงาน/ทีม/โรงพยาบาล)</li> <li>iii. มีข้อ ii และตัวชี้วัดมาจากการวิเคราะห์บริบทของตนเองในทุกระดับ(หน่วยงาน/ทีม/โรงพยาบาล)และมีความสอดคล้องตามเป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ</li> <li>iv. มีข้อ iii และมีการกำหนดตัวชี้วัดตาม critical success factor ของทั้งองค์กรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในทุกระดับ</li> <li>v. มีการทบทวนและปรับปรุงตัวชี้วัดให้สามารถแสดงให้เห็นความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนสม่ำเสมอ</li> </ul>	
<b>การวัดผลงาน</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีการวัดผลดำเนินงานตามหน่วยงานต้นสังกัดกำหนด หรือตามนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด</li> <li>ii. มีการวัดผลงานจากตัวชี้วัดหน่วยงาน ทีมและระดับโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวันและติดตามความก้าวหน้าตามแผนงาน/โครงการ</li> <li>iii. มี ii และมีการวัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ</li> </ul>	



<p>iv. มี iii และมีการวัดผลงานที่เปรียบเทียบกับองค์กรอื่น ระบบวัดผลงานสนับสนุนการตัดสินใจ การสร้าง นวัตกรรม และบรรลุกลยุทธ์</p> <p>v. มีการปรับปรุงระบบการวัดผลงานขององค์กรโดยพิจารณาจาก ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป)</p>
<p><b>การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำไปใช้ประโยชน์</b></p>
<p>i. มีการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด แต่ไม่มีการวิเคราะห์ และยังไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์</p> <p>ii. มีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบง่าย ๆ เช่น การวิเคราะห์แนวโน้ม การจำแนกข้อมูลตัวชี้วัดในหน่วยงาน ทีม และระดับโรงพยาบาล เริ่มมีการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพ</p> <p>iii. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนผลงานขององค์กร นำผลมาสู่การกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุง และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ</p> <p>iv. มีข้อ iii และมีการนำมาสู่การปรับปรุงระบบงาน/นโยบายสำคัญ</p> <p>v. มีข้อ iii ข้อ iv และมีการนำสู่การสร้างนวัตกรรม การปรับปรุงความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p>

#### I - 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ

<p><b>การจัดการสารสนเทศ</b></p>
<p>i. มีการรวบรวมและรายงานข้อมูลตามความต้องการของหน่วยงาน และนำเสนอข้อมูลตามที่ร้องขอจากทีม/หน่วยงาน/บุคคล</p> <p>ii. มีการสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของผู้เกี่ยวข้อง นำมาจัดหมวดหมู่ และสามารถตอบสนองความต้องการได้บางส่วนเมื่อมีการร้องขอ</p> <p>iii. มีการดำเนินการตามข้อ ii มีการกำหนดมาตรฐานข้อมูล เกณฑ์การเก็บข้อมูล ระยะเวลาและวิธีการคงเก็บข้อมูล เกณฑ์การปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย มีระบบในการตอบสนองความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศที่มีคุณภาพ (มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทันเวลา) ได้เป็นส่วนใหญ่ ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน</p> <p>iv. มีการนำเสนอข้อมูลและสารสนเทศที่มีคุณภาพ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสามารถตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้ในเวลาที่เหมาะสม</p> <p>v. มีการประเมินและปรับปรุง การจัดการสารสนเทศอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้องค์กรเป็นตัวอย่างในการจัดการ เพื่อให้มีสารสนเทศที่มีคุณภาพพร้อมใช้สำหรับทุกฝ่าย</p>
<p><b>การจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศ</b></p>
<p>i. กำหนดให้มี IT (ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์) ที่จำเป็นเบื้องต้นในการใช้งาน</p> <p>ii. มีการสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการ มีการปรับปรุงระบบ IT (ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์) และนำระบบ IT มาใช้ในการสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วยในบางส่วน</p> <p>iii. มีระบบ IT (ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์) ที่ใช้งานง่าย มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง สามารถเชื่อมโยงระบบงาน/ระบบการให้บริการเป็นส่วนใหญ่ (บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การบริหารจัดการ )</p> <p>iv. มีข้อ iii และมีการนำระบบ IT ที่มีความก้าวหน้าทันสมัยมาเชื่อมโยงและสนับสนุนการให้บริการ การแลกเปลี่ยน</p>

<p>เรียนรู้ การสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เช่น E – learning, Mobile devices (M Health) ในการรายงานข้อความ ภาพ ที่เกี่ยวกับการประเมิน การติดตามอาการผู้ป่วย เป็นต้น มีการบูรณาการของซอฟต์แวร์ระบบงานที่ดี</p> <p>v. มีการดำเนินการตามข้อ iii – iv มีการประเมินและปรับปรุงการจัดการ IT อย่างเป็นระบบ นำผลมาปรับปรุงให้มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดี</p>	
<b>การรักษาความลับ ความปลอดภัยของข้อมูล</b>	
<p>i. มีระบบการรักษาความลับ ความปลอดภัยเบื้องต้นเท่าที่จำเป็น</p> <p>ii. มีการวิเคราะห์ระบบเพื่อค้นหาความเสี่ยง และเริ่มนำผลมากำหนดมาตรการในการรักษาความลับ ความปลอดภัยของระบบ IT แต่ยังไม่แยกตามลำดับความสำคัญ เช่น สถานที่ในการตั้งระบบแม่ข่ายที่ปลอดภัย กำหนด Username Password ระบบการจกเก็บข้อมูล ระบบการสำรองข้อมูล เป็นต้น</p> <p>iii. มีการดำเนินการตามข้อ ii มีการกำหนดระดับและความสำคัญของข้อมูล ระบบและลำดับความสำคัญของการเข้าถึงซอฟต์แวร์ และการป้องกันการสูญหายและการป้องกันเปิดเผยความลับที่ครอบคลุม เช่น ระบบการป้องกันไวรัส ระบบการป้องกันการบุกรุก ระบบสำรองข้อมูล ระบบแก้ปัญหากรณีระบบมีปัญหา เป็นต้น และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง</p> <p>iv. เริ่มมีการประเมินและเริ่มนำข้อกำหนดของระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (ISMS) มาปฏิบัติ</p> <p>v. มีการดำเนินการตามข้อ iii – iv และมีการประเมินและปรับปรุงการรักษาความลับ ความปลอดภัย อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มีระบบบริหารความมั่นคงปลอดภัยสารสนเทศ (Information Security Management System) ที่ได้มาตรฐาน</p>	

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

I-4.2ข. การจัดการความรู้

	1	2	3	4	5
I-4.2ข. การจัดการความรู้	เริ่มต้นการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร	มีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit & tacit), ข้อมูลมีความพร้อมใช้, นำความรู้มาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง	การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในระบบงาน และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, มีการประเมินและปรับปรุงระบบการจัดการความรู้	การจัดการความรู้ส่งเสริมให้เกิดวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

<b>การแลกเปลี่ยนเรียนรู้</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีและระบุความต้องการความรู้ที่จำเป็นสำหรับองค์กร โดยเชื่อมโยงมาจากทิศทางองค์กรและความสามารถ/ความเชี่ยวชาญองค์กรที่ระบุไว้</li> <li>ii. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นทางการตามที่กำหนดไว้</li> <li>iii. มีการเริ่มต้นจัดตั้ง CoP และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</li> <li>iv. มีวัฒนธรรมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เช่น การทำ AAR ในงานประจำทุกวันครอบคลุมทุกหน่วยงาน</li> <li>v. มีการรวบรวมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในงานประจำ</li> </ul>	
<b>มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น (ทั้ง explicit &amp; tacit)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ไม่มีการแสวงหาความรู้ที่จำเป็น</li> <li>ii. เริ่มมีการแสวงหาความรู้เพื่อปรับปรุงระบบงานที่มาจากการทำกิจกรรมทบทวน</li> <li>iii. มีการระบุความต้องการความรู้ที่จำเป็นสำหรับองค์กร โดยเชื่อมโยงมาจากทิศทางองค์กรและความสามารถ/ความเชี่ยวชาญองค์กรที่ระบุไว้ (I-6)</li> <li>iv. มีการรวบรวมและหาข้อมูล/ความรู้เพื่อใช้ในการทำงาน (explicit)</li> <li>v. มีการรวบรวมและสรุปบทเรียนจากการใช้ความรู้ในการทำงาน (tacit) ภายในองค์กร</li> </ul>	
<b>การนำความรู้มาออกแบบระบบงานเพื่อให้เกิดประโยชน์</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีการนำความรู้โดยการรับฟังมาปฏิบัติ</li> <li>ii. มีการวางระบบในการค้นหาและกำหนดแหล่งอ้างอิง มีการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาปฏิบัติ</li> <li>iii. มีการออกแบบระบบงานโดยการฝังความรู้เข้าระบบงานหลัก และมีการนำความรู้มาปรับปรุงคู่มือในการปฏิบัติงาน</li> <li>iv. มีการนำความรู้ นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน</li> <li>v. มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานและการสร้างความรู้ใหม่ การใช้ความรู้ใหม่ มีความต่อเนื่องกันไป</li> </ul>	

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นลำดับขั้นของวิธีการดำเนินงานจากวิธีการที่เรียบง่าย สู่วิธีการที่เป็นระบบ และก้าวหน้า ยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรนำวิธีการดำเนินงานที่ตนใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุด สำหรับตนเอง หรือทดลองใช้วิธีการที่เป็นระบบและก้าวหน้ายิ่งขึ้น

	1	2	3	4	5
I-5. ทรัพยากรบุคคล	มีระบบบริหารงานบุคคลตามมาตรฐานทั่วไป	บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะตามหน้าที่รับผิดชอบและปัญหาที่เกิดขึ้น, เริ่มต้นวางระบบประเมินผลงานและระบบแรงจูงใจ	มีบุคลากรที่มีความรู้เหมาะสมกับหน้าที่ และมีจำนวนเพียงพอในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง, บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา มีขวัญกำลังใจ และสร้างผลงานที่ดี	บุคลากรมีความผูกพันและอุทิศตนให้กับองค์กร ใฝ่เรียนรู้ สร้างนวัตกรรม, มีการประเมินและปรับปรุงระบบทรัพยากรบุคคล	ประยุกต์ใช้แนวคิด spirituality ในการทำงานกับผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน

### ประเมินความครอบคลุมครบถ้วน

ระบบบริหารงานบุคคล	มี	ไม่มี
มีการกำหนด JD ของบุคลากรแต่ละตำแหน่ง		
แฟ้มข้อมูลบุคลากรมีคำบรรยายลักษณะงาน เอกสารคุณสมบัติ และประวัติการทำงาน		
แฟ้มข้อมูลบุคลากรมีผลการประเมินการปฏิบัติงาน		
แฟ้มข้อมูลบุคลากรมีบันทึกการเข้าร่วมการศึกษาอบรม		

### ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

การหา Learning Need	
i. ถามความต้องการของบุคลากร ii. หัวหน้าหน่วยงานนำปัญหาจากการปฏิบัติงานและเป้าหมายของหน่วยงานมากำหนด iii. ใช้ ii และข้อมูลจากระบบงานต่างๆ รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติงานมากำหนด iv. ใช้ ii, iii, ร่วมกับ core competency และความท้าทายขององค์กรมากำหนด v. ใช้ ii, iii, iv และนำความท้าทายในอนาคตมากำหนด	
กระบวนการเรียนรู้และพัฒนาสำหรับบุคลากร	
i. ส่งฝึกอบรมภายนอกโดยไม่ชัดเจนว่าใช้หลักเกณฑ์อะไร ii. ส่งฝึกอบรมภายนอกตาม learning need iii. มีการจัดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาที่เหมาะสมกับ learning need โดยผสมผสานการอบรมภายนอก	

<p>การเรียนรู้ที่หน้างาน และการเรียนรู้ด้วยตนเอง</p> <p>iv. มี iii ร่วมกับการส่งเสริมการเรียนรู้เป็นทีม และ/หรือ ส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละบุคคล</p> <p>v. มี iii, iv และมีระบบส่งเสริมให้ใช้ความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้มาในการปฏิบัติงาน</p>	
<p><b>การประเมินผลการเรียนรู้และพัฒนา</b></p>	
<p>i. ส่วนใหญ่เป็นการประเมินความพึงพอใจ</p> <p>ii. ส่วนใหญ่เป็นการประเมินความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>iii. มี ii และประเมินการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้</p> <p>iv. มี ii, iii และประเมินผลกระทบของการใช้ความรู้</p>	
<p><b>การจัดการเพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร</b></p>	
<p>i. ประเมิน performance ของบุคลากรโดยใช้ดุลยพินิจของหัวหน้างาน</p> <p>ii. ประเมิน performance ของบุคลากรตามเกณฑ์ที่สามารถบรรลุได้ง่ายไม่ทำทนาย</p> <p>iii. ประเมิน performance ของบุคลากรตามเกณฑ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กร</p> <p>iv. มี iii และใช้ Performance Management System (PMS) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและความคาดหวังขององค์กรร่วมกัน</p> <p>v. มี iii, iv และ PMS ช่วยหนุนเสริมให้บุคลากรมีแรงจูงใจในการมุ่งเน้นผู้รับบริการและมุ่งผลสำเร็จขององค์กร</p>	
<p><b>ความรู้และทักษะของบุคลากร</b></p>	
<p>i. บุคลากรทำงานตามที่ได้รับคำสั่งหรือทำตามแนวทางที่ปฏิบัติกันมาไม่มีการประเมินความรู้และทักษะของบุคลากรอย่างเป็นระบบ</p> <p>ii. การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากรครอบคลุมการประเมินความรู้ทางทฤษฎีเป็นหลัก</p> <p>iii. การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากรครอบคลุมข้อ ii และความถูกต้องของการปฏิบัติงานในกระบวนการสำคัญ</p> <p>iv. การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากรครอบคลุมข้อ ii, iii รวมทั้งความเข้าใจเหตุผลหรือเป้าหมายของกระบวนการดังกล่าว</p> <p>v. การประเมินความรู้และทักษะของบุคลากรครอบคลุมข้อ ii, iii, iv และความสามารถในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝัน</p>	
<p><b>บุคลากรมีจำนวนเพียงพอ</b></p>	
<p>i. ตั้งรับ แก้ปัญหาบุคลากรด้วยการจัดอัตรากำลังทดแทน</p> <p>ii. ใช้จำนวนประชากรที่รับผิดชอบมาวิเคราะห์อัตรากำลังที่ต้องการและความขาดแคลน</p> <p>iii. มี ii และใช้ภาระงานจริงเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลังที่ต้องการและความขาดแคลน รวมทั้งวางแผนเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลน</p> <p>iv. มี iii และมีการจัดการเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงมีจำนวนเพียงพอรวมทั้งมีความยืดหยุ่นในการจัดบุคลากรเพื่อส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>v. มี iii และมีการจัดการเพื่อให้บุคลากรในทุกหน่วยงานมีจำนวนเพียงพอ</p>	

	1	2	3	4	5
I-5.2ค.สุขภาพ บุคลากร	ให้การดูแลเมื่อ เกิดการเจ็บป่วย อย่างเหมาะสม	มีระบบป้องกัน โรคและอันตราย จากการทำงาน ในเชิงรุก	บุคลากรดูแล สุขภาพตนเอง อย่างเหมาะสม	บุคลากรส่วนใหญ่ มีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี มี สภาวะสุขภาพดี, มีการประเมินและ ปรับปรุงระบบ การดูแลสุขภาพ บุคลากร	บุคลากรเป็น แบบอย่าง หรือเป็น ผู้นำในด้านการ สร้างสุขภาพ

**ประเมินความครอบคลุมครบถ้วน**

การดูแลเมื่อเจ็บป่วย	ดี	พอใช้	ไม่มี
บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม			
มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้สำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ			
มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในเรื่องการจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ตามข้อบ่งชี้			
มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในเรื่องการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ (เช่น HIV, Bird Flu) ซึ่งครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการปฏิบัติงาน			
มีการประมวลผลข้อมูลการเจ็บป่วยของบุคลากรและตอบสนองอย่างเหมาะสม			
การป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงาน	ดี	พอใช้	ไม่มี
มีการวิเคราะห์โรคและความเสี่ยงจากการทำงานในหน่วยงานต่างๆ			
มีการตรวจวัดระดับความเสี่ยงหรือผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน			
มีการจัดอุปกรณ์ป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงานอย่างเหมาะสม			
บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคอย่างเหมาะสม			
การป้องกันโรคและอันตรายจากการทำงาน (ต่อ)	ดี	พอใช้	ไม่มี
มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย (วัณโรค ไวรัสตับอักเสบบี HIV)			
มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการป้องกันการบาดเจ็บจากเข็มฉีดยาหรือของมีคมบาด			
มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีในห้องปฏิบัติการ			
มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการป้องกันอันตรายจากยาเคมีบำบัด			

ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพและพฤติกรรมสุขภาพบุคลากร
i. มีการตรวจสอบสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงานและตรวจสอบสุขภาพประจำปี
ii. มีการวิเคราะห์ข้อมูลผลการตรวจสอบสุขภาพ จัดกลุ่ม และเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ
iii. มีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับกลุ่มเสี่ยง และมีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ
iv. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพมีแนวโน้มที่ดีขึ้น
v. บุคลากรเป็นแบบอย่างในด้านสุขภาพ หรือเป็นผู้นำในด้านการสร้างสุขภาพ

การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

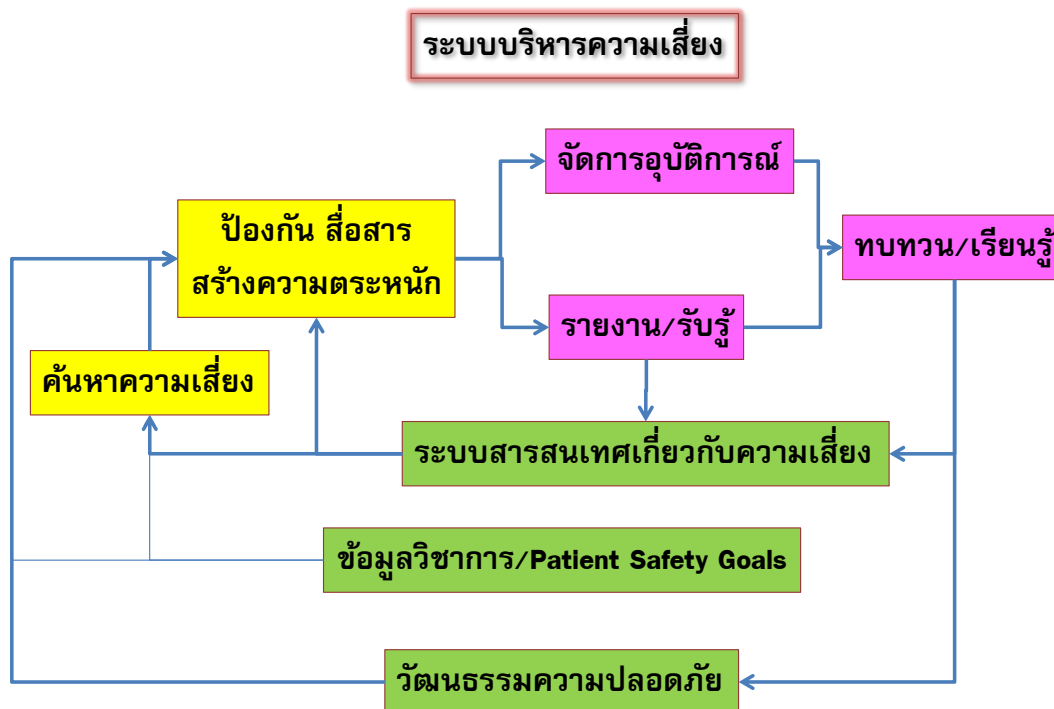
การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน



## II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง

ภาพรวมของระบบบริหารความเสี่ยง



แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นลำดับขั้นของวิธีการดำเนินงานจากวิธีการที่เรียบง่าย สู่วิธีการที่เป็นระบบ และก้าวหน้ายิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรนำวิธีการดำเนินงานที่ตนใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง หรือทดลองใช้วิธีการที่เป็นระบบและก้าวหน้ายิ่งขึ้น

	1	2	3	4	5
II-1.2ก. การบริหารความเสี่ยง	ตอบสนองปัญหา/ เหตุการณ์เฉพาะ รายเหมาะสม				

ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

การตอบสนองปัญหา/เหตุการณ์เฉพาะราย (การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์)
i. เป็นการแก้ไขตามศักยภาพของผู้ประสบเหตุการณ์ ii. มีการสื่อสารและระดมความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงานเข้ามาแก้ไขปัญหา iii. มีการตอบสนองปัญหาด้วยความพร้อมตามแนวทางที่ได้เตรียมการไว้ ทั้งด้านแนวทางปฏิบัติ และอุปกรณ์ (โดยเฉพาะกรณีที่เป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบสูง) iv. มีระบบที่จะระดมความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาแก้ไขปัญหา

	1	2	3	4	5
II-1.2ก. การบริหารความเสี่ยง		มีระบบรายงานอุบัติการณ์, มีการทำ RCA และวางระบบป้องกันที่รัดกุม, มีกิจกรรมสร้างความตื่นตัวในงานประจำ			วัฒนธรรมความปลอดภัยเด่นชัด

ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

<b>การรายงาน/รับรู้</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. การรับรู้อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เป็นการรายงานด้วยวาจา</li> <li>ii. การบันทึกอุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้และจัดการภายในหน่วยงาน</li> <li>iii. มีการวางระบบรายงานอุบัติการณ์ขององค์กร</li> <li>iv. มีการรายงานอุบัติการณ์ตามระบบที่วางไว้ และมีจำนวนการรายงานในระดับที่น่าพอใจ</li> <li>v. มีการใช้วิธีการอื่นๆ ในการรับรู้อุบัติการณ์ เช่น การทบทวนเวชระเบียน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การจัดเวทีสนทนากลุ่มเป็นระยะ</li> <li>vi. มีการประเมินความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ เทียบเคียงกับประมาณการอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง</li> </ul>	
<b>การทบทวน/การเรียนรู้</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ทำตามรูปแบบโดยไม่มีความเข้าใจและไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้</li> <li>ii. พยายามเรียนรู้เป้าหมายและวิธีการของการทบทวน แต่ยังขาดมุมมองอย่างรอบด้าน (โดยเฉพาะมุมมองของแพทย์ในกรณีความเสี่ยงด้านคลินิก)</li> <li>iii. การทบทวนทำให้เริ่มเรียนรู้ที่จะมองเห็นจุดเปลี่ยนและสาเหตุเชิงระบบ</li> <li>iv. การทบทวนส่วนใหญ่สามารถระบุจุดเปลี่ยนและสาเหตุเชิงระบบได้</li> <li>v. มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ทบทวนทุกครั้งที่มีโอกาส นำไปสู่มาตรการป้องกันที่ได้ผล</li> </ul>	
<b>การสร้างความตื่นตัวในงานประจำ / การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. พูดคุยกันอย่างง่าย ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงและความปลอดภัยในทุกโอกาส เช่น ระหว่างการทำงาน ระหว่างส่งเวร ค่อยๆ เข้า ทบทวนข้างเตียง ก่อให้เกิดบรรยากาศของความไว้วางใจในการพูดคุยเรื่องความเสี่ยง</li> <li>ii. สร้างความตื่นตัวเรื่องความปลอดภัยให้ทีมงานผ่าน (1) กรณีศึกษา (2) การตามรอยการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญ (3) การตรวจเยี่ยมเรื่องความปลอดภัยโดยทีมนำ (Patient Safety Leadership Walk round) แล้วสรุปบทเรียนจากกิจกรรมข้างต้น เก็บลงฐานข้อมูลเพื่อขยายการเรียนรู้</li> <li>iii. ใช้ข้อมูลสะท้อนกลับ (สถานการณ์ปัญหา การรายงานอุบัติการณ์ การแก้ไขปัญหา) เพื่อให้ทีมงานเรียนรู้คุณค่าและเต็มใจที่จะรายงานความผิดพลาดหรืออุบัติการณ์</li> <li>iv. มีปรับปรุงวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตามประเด็นที่ได้จากผลการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร</li> </ul>	

- v. มีการปรับปรุงองค์กร (นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ โครงสร้างองค์กร ระบบบริหาร ความยืดหยุ่น/การปรับตัว) เพื่อสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย รวมทั้งมีวัฒนธรรมของการปรับปรุงระบบงานให้เรียบง่ายและส่งผลต่อความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

	1	2	3	4	5
II-1.2ก. การบริหารความเสี่ยง			วิเคราะห์ความเสี่ยงรอบด้าน, ระบบงานได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมและนำไปปฏิบัติ		

ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

<b>การค้นหาค้นหาหรือระบุความเสี่ยง (Risk Identification) ในระดับหน่วยงาน</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. สมาชิกร่วมกันระดมสมองค้นหาความเสี่ยงของหน่วยงาน</li> <li>ii. ระบุความเสี่ยงอย่างเป็นระบบด้วยการวิเคราะห์กระบวนการสำคัญของหน่วยงาน</li> <li>iii. ใช้การสังเกตกระบวนการทำงานในพื้นที่จริงเพื่อระบุความเสี่ยงของหน่วยงาน</li> <li>iv. ใช้ข้อมูลสถิติอุบัติการณ์จากระบบรายงานในการระบุความเสี่ยงของหน่วยงาน</li> <li>v. ใช้ข้อมูลอื่นๆ ร่วมกับรายงานอุบัติการณ์ในการระบุความเสี่ยงของหน่วยงาน เช่น บทเรียนของผู้อื่น การทบทวนความรู้ทางวิชาการ การทบทวนเวชระเบียน</li> </ul>	
<b>การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในระดับหน่วยงาน</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ใช้ความเห็นของสมาชิกกำหนดความสำคัญในบัญชีรายการความเสี่ยง</li> <li>ii. ใช้หลักเกณฑ์ที่ชัดเจนขึ้นในการกำหนดลำดับความสำคัญในบัญชีรายการความเสี่ยง</li> <li>iii. ใช้ความถี่และความรุนแรงมาจัดลำดับความสำคัญโดยสรุปออกมาเป็น risk profile ง่ายๆ เช่น 2x2 matrix</li> <li>iv. มีการกำหนด objective criteria ของเกณฑ์ความถี่และความรุนแรง และ risk profile มีการแยกแยะมากขึ้น เช่น 3x3 หรือ 4x4 matrix</li> <li>v. มีการวิเคราะห์ลักษณะ การกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ และนำเสนอด้วยแผนภูมิ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น</li> </ul>	
<b>การระบุและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงในระดับองค์กร</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีการระบุความเสี่ยงในระดับองค์กรในลักษณะบัญชีรายการความเสี่ยง</li> <li>ii. มีการเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงานกับความเสี่ยงสำคัญขององค์กร</li> <li>iii. มีการระบุความเสี่ยงสำคัญขององค์กรที่คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้รับบริการและต่อองค์กร (แสดงการวิเคราะห์ผลกระทบให้เห็น)</li> </ul>	
<b>การกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยง</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีลักษณะตั้งรับปัญหา</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>ii. มีลักษณะเชิงรุกมากขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุมสาเหตุสำคัญ ยังมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุซ้ำได้ง่าย</li> <li>iii. มาตรการป้องกันส่วนใหญ่เป็นผลของการวิเคราะห์ root cause หรือ FMEA และมาตรการเน้นไปที่การป้องกันสาเหตุที่แท้จริงอย่างครบถ้วน</li> <li>iv. มาตรการป้องกันส่วนใหญ่มีการใช้แนวคิด human factor engineering เพื่อออกแบบระบบงานหรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงาน</li> <li>v. มีระบบติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้</li> <li>vi. มีข้อมูลแสดงให้เห็นสัมฤทธิ์ผลในการป้องกันความเสี่ยง</li> </ul>	
<p><b>การใช้ข้อมูลวิชาการ</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. นำ CPG ที่สามารถหาได้มาปฏิบัติ ยังมี gap ในเรื่องความครอบคลุมค่อนข้างมาก</li> <li>ii. มีการออกแบบกระบวนการทำงานให้สอดคล้องการปฏิบัติตาม CPG, ยังมี gap ในเรื่องความครอบคลุมปานกลาง, มีการประเมินเพื่อปรับปรุง compliance ในการปฏิบัติตาม CPG</li> <li>iii. มีการเลือก CPG ที่จัดทำโดยองค์กรหรือมีกระบวนการจัดทำที่น่าเชื่อถือ, มีการประยุกต์ (ถ้าจำเป็น)โดยอธิบายที่มาที่ไปได้, เกือบไม่มี gap ในเรื่องความครอบคลุม, มีการประเมิน clinical outcome ที่เป็นผลจากการใช้ CPG</li> <li>iv. มีการวิเคราะห์และเลือกสรรหลักฐานทางวิชาการเพื่อนำมาจัดทำ CPG สำหรับเรื่องที่ไม่มีการจัดทำมาก่อน</li> <li>v. มีการทำ critical appraisal เพื่อหาคำตอบสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกรณี</li> </ul>	
<p><b>การใช้ PSG: SIMPLE</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีการทำ gap analysis และวางแผนปรับปรุง</li> <li>ii. มีการปฏิบัติตามแผนเพื่อลด gap ระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติกับแนวทางใน SIMPLE</li> <li>iii. มีการตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางใน SIMPLE ในสถานการณ์จริง</li> <li>iv. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติอย่างรอบด้านเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางใน SIMPLE</li> <li>v. ใช้การวิจัยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางใน SIMPLE</li> </ul>	
<p><b>ระบบสารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยง</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีสารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยงกระจายตามหน่วยงาน/บุคคลที่รับผิดชอบ</li> <li>ii. มีการสื่อสารและเชื่อมโยงสารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยงเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะเฉพาะกิจ</li> <li>iii. มีการสื่อสารและเชื่อมโยงสารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์และสร้างหลักประกันเรื่องคุณภาพความน่าเชื่อถือของข้อมูล ไม่มี gap ในเรื่องความครอบคลุมของสารสนเทศที่จำเป็น</li> <li>iv. มีการวิเคราะห์สารสนเทศเกี่ยวกับความเสี่ยงเพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหาและประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยง</li> </ul>	

**การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล**

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นองค์ประกอบสำคัญของสิ่งแวดล้อมและการจัดการที่ควรมีในโรงพยาบาลในบันไดขั้นที่ 2  
สู่ HA ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรตรวจสอบตนเอง วางแผนพัฒนาให้สมบูรณ์ และแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี

### ประเมินความครอบคลุม

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย</b>			
โครงสร้างอาคารสถานที่ที่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด			
มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม มีระบบระบายอากาศที่ดี			
อาคารสถานที่เอื้อต่อการทำงานและให้บริการได้อย่างปลอดภัย สะดวกสบาย มีความเป็นสัดส่วน มี flow ของการให้บริการที่ดี ไม่สับสน			
อาคารสถานที่ได้รับการบำรุงรักษาอย่างเหมาะสม			
มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยง เป็นผลจากการสำรวจความเสี่ยงด้านกายภาพอย่างสม่ำเสมอ			
<b>วัสดุและของเสียอันตราย</b>			
มีบัญชีวัสดุและของเสียอันตรายที่มีในองค์กร			
มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ กำจัด และสื่อสารให้หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบ			
<b>การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน</b>			
มีการระบุภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิดขึ้น			
มีการวางแผนเตรียมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉินอย่างชัดเจน ครอบคลุมภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสเกิด (ตามบริบท)			
มีการฝึกซ้อมการปฏิบัติร่วมของเจ้าหน้าที่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติที่สำคัญดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ			
<b>ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย</b>			
มีการสำรวจ ค้นหาและปรับปรุง เพื่อลดความเสี่ยงด้านอัคคีภัย			
มีป้ายบอกทางหนีไฟ ทางหนีไฟสะดวกไม่มีสิ่งกีดขวาง มีการจัดทำแผนป้องกันและรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัย			
มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยอย่างเหมาะสมกับประเภทวัสดุที่ติดไฟ ในแต่ละพื้นที่ มีการตรวจสอบ บำรุงรักษาเครื่องมือในการป้องกันระงับอัคคีภัยให้มีความพร้อมใช้			
มีการอบรมและฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>เครื่องมือและสาธารณูปโภค</b>			
เครื่องมือที่จำเป็นต่อการให้บริการและการช่วยชีวิตผู้ป่วยมีความเพียงพอ			
มีการเตรียมความพร้อมใช้เครื่องมืออย่างสม่ำเสมอ			
เริ่มมีการสอบเทียบเครื่องมือที่สำคัญ			
มีการกำหนดระดับขั้นต่ำของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่มีในแต่ละหน่วยงาน			
มีระบบบริการแก๊สทางการแพทย์ที่ครอบคลุมหน่วยงานสำคัญ สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีการจัดผู้ดูแลระบบ สถานที่และการจัดเก็บมีความปลอดภัย มีการตรวจสอบความปลอดภัยของระบบ			
มีระบบไฟฟ้า/เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองซึ่งสามารถสนับสนุนการทำงานในจุดบริการที่สำคัญ เช่น ER LR OR ICU WARD และมีการบำรุงรักษาที่ดี			
มีน้ำประปาที่มีคุณภาพ พร้อมระบบสำรองที่สามารถใช้งานได้แม้ในภาวะฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 72 ชม. และมีการติดตามคุณภาพของน้ำอย่างสม่ำเสมอ			
<b>สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม</b>			
มีระบบบำบัดน้ำเสีย ที่มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำเสียของโรงพยาบาล			
มีกระบวนการดูแลบำรุงรักษาระบบบำบัดน้ำเสียและการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ชัดเจนโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้			
มีการกำหนดประเภทขยะที่สอดคล้องกับภารกิจ พื้นที่ มีอุปกรณ์ในการจัดเก็บ อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย สถานที่จัดเก็บ และการกำจัดตามประเภทของขยะ			

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้เป็นชี้ให้เห็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่ควรมีในโรงพยาบาลในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรตรวจสอบตนเอง วางแผนพัฒนาให้สมบูรณ์ และแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี

	1	2	3	4	5
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	มีผู้รับผิดชอบงาน IC ชัดเจน, เริ่มมีแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และคุณสมบัติเหมาะสม, มีมาตรการป้องกันครอบคลุมการติดเชื้อที่พบบ่อยและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ	ครอบคลุมการติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทของ รพ., มาตรการที่กำหนดได้รับการปฏิบัติ, ระบบเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพ	มีบูรณาการระบบงาน, ครอบคลุมการติดเชื้อที่สำคัญทางระบาดวิทยาทั้งหมด, มีการประเมิน/ปรับปรุงระบบ IC	มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นแบบอย่าง, อัตราการติดเชื้อสำคัญอยู่ในระดับต่ำ

### ประเมินความครอบคลุม

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>การออกแบบระบบ</b>			
ระบุปัญหา และเป้าหมายในการดำเนินงานของทีม จากการติดเชื้อสำคัญตามลักษณะของ รพ.และผู้ป่วย ร่วมกับข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อหรือการสำรวจ			
มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานวิชาการครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน เลือกสรรแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือมาใช้ ได้รับการทบทวนและปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ มีการออกแบบระบบงานเพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ			
มีการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์โอกาส/ลักษณะที่จะไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ และออกแบบวิธีการปฏิบัติงานโดยใช้หลัก HFE เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติ			
<b>การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันที่กำหนดไว้ (พิจารณาทั้งความสมบูรณ์ของมาตรการ และการนำมาตรการไปปฏิบัติ)</b>			
1. Standard precautions และ isolation precautions			
2. การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ			
3. การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค			
4. การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล			
5. การควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม			



	ดี	พอใช้	ไม่มี
6. การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยวิกฤติ			
7. การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอก หน่วยจ่ายกลาง โรงครัว กายภาพบำบัด ห้องเก็บศพ			
8. การป้องกันการติดเชื้อในการทำหัตถการสำคัญ			
9. การป้องกันการติดเชื้อสำคัญที่ รพ.ระบุว่าปัญหา			
10. การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ			
11. การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่			
12. มีการสร้างความตื่นตัวด้านการป้องกันการติดเชื้อให้แก่ทีมงานผ่าน 1) การตาม รอยดูการปฏิบัติจริง 2) กรณีศึกษา 3) การทำwalk round ของทีมผู้บริหาร นำมาทบทวน ปรับปรุง ค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติใหม่ๆที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ บุคลากรร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบาย/มาตรการการป้องกันและมีผลลัพธ์ที่ดี ขึ้นบางส่วน			
<b>การเฝ้าระวัง การควบคุม และการปรับปรุง</b>			
มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในเชิงรุกและมุ่งเป้า (target surveillance) หรือระบบที่เหมาะสมกับ รพ. เช่น การติดตามที่มุ่งเน้นกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และ การติดตามที่มุ่งเน้นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก			
มีการวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง ทบทวนการรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อ ตรวจสอบความผิดปกติอย่างสม่ำเสมอ			
มีการควบคุมการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม			
มีการรวบรวมปัญหาจาก การควบคุมและเฝ้าระวังการติดเชื้อมาทำการทบทวน แก้ไขเชิง ระบบอย่างสม่ำเสมอ			
<b>การจัดการและทรัพยากร</b>			
มีการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ ที่ครอบคลุมทุกมาตรการการป้องกันที่คณะกรรมการกำหนดไว้ ทุกปีและประเมินผล และเน้นเสริมส่วนขาดที่พบจากการตามรอย			
มี ICN จำนวนที่เหมาะสมกับขนาดของโรงพยาบาล (1 คนต่อ 200 เตียง) ซึ่งได้รับ การศึกษาอบรมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในระดับที่เพียงพอ เหมาะสม กับโรงพยาบาล (2 สัปดาห์ในโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 90 เตียง และ 4เดือนใน โรงพยาบาลที่มากกว่า 90เตียง)			
มีทรัพยากรที่จำเป็นพื้นฐาน เช่น PPE, alcohol hand rub, antiseptic, ใช้ในทุก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงได้			

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## II-6 ระบบยา

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการจัดการด้านยาที่ควรมีในโรงพยาบาลในขั้นที่ 2 ของ HA ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรตรวจสอบตนเอง วางแผนพัฒนาให้สมบูรณ์ และแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี

	1	2	3	4	5
<b>II-6 ระบบจัดการด้านยา</b>	มีการค้นหาและทบทวน ME/ADE	มีการออกแบบหรือปรับปรุงระบบเพื่อป้องกัน ME/ADE ที่สำคัญ	มาตรการป้องกัน ME/ADE ได้รับการปฏิบัติ, มีระบบเฝ้าระวัง ME/ADE, ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ, มีระบบติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย, มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ	มีการประเมินและปรับปรุง, มีการนำนวัตกรรมต่างๆ มาใช้, ส่งเสริมความเหมาะสมในการใช้ยา, สร้างการมีส่วนร่วมและเสริมพลัง	เป็นแบบอย่างที่ดี, มีผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย

### ประเมินความครอบคลุม

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>การวางแผนและการจัดการ</b>			
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบนโยบายและระบบจัดการด้านยา			
มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลซึ่งมีการทบทวนอย่างน้อยปีละครั้ง โดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม			
มีการกำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD) ครอบคลุมยาในกลุ่ม heparin, insulin, morphine, potassium chloride และ warfarin (ถ้ามีการใช้) เป็นอย่างน้อย พร้อมทั้งกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยง/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมกับบริบทของ รพ. และเริ่มนำแนวทางที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติ			
มีการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน			
มีการกำหนดมาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา			
มีการสื่อสารและประสานความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ เพื่อให้ความเข้าใจและความตระหนักในการปฏิบัติอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ			
<b>การจัดหาและเก็บสำรองยา</b>			
มีการคัดเลือกผู้ขายและตรวจรับยาที่มั่นใจว่าจะได้ยาที่มีคุณภาพ			
มีการเก็บสำรองยาอย่างปลอดภัย รัศกุ่ม ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม			

	ดี	พอใช้	ไม่มี
มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยและมีระบบทดแทนทันทีหลังจากที่ใช้			
มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ			
<b>การสั่งใช้ยา</b>			
ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น			
มีการทบทวน วิเคราะห์ปัญหาจากการสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง และนำมากำหนดมาตรการป้องกัน			
มีการวิเคราะห์ความต้องการใช้ข้อมูลยา ข้อมูลเฉพาะตัวของผู้ป่วย และกำหนดวิธีการที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เช่น ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ การมีข้อมูลการวินิจฉัยโรค/ข้อบ่งชี้การใช้ยาในใบสั่งยา การบันทึกข้อมูลแพ้ยาในใบคำสั่งการรักษาทุกใบ			
เริ่มมีระบบ drug reconcile ในกลุ่มผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์			
<b>การเตรียม จัดจ่าย และส่งมอบยา</b>			
มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ และตอบสนองอย่างเหมาะสม			
มีการให้ข้อมูลการเตรียมยาที่ถูกต้องให้กับผู้เกี่ยวข้อง			
มีการนำข้อมูลจากการทบทวนคำสั่งใช้ยา, pre- dispensing error, dispensing error ที่พบบ่อยมาปรับระบบงาน เช่น กลุ่มยา LASA, HAD, DI เป็นต้น			
มีการปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดไว้เกี่ยวกับการติดฉลากยา การส่งมอบยาหรือการกระจายยาที่สำคัญ การบริหารหรือการให้ยา			
มีระบบการเตรียมยาที่เป็นมาตรฐาน (สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เทคนิควิธี การติดฉลากและผู้รับผิดชอบ) และการตรวจสอบก่อนส่งมอบ			
มีการส่งมอบยาพร้อมข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสม			
<b>การบริหารยาและติดตามผล</b>			
มีการวิเคราะห์โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการเตรียมและบริหารยา (ยาน้ำ ยาฉีด ยาเม็ด) และกำหนดมาตรการป้องกัน			
มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ มีระบบ double check ที่เหมาะสม			
มีระบบบันทึกและติดตามผลการให้ยา			
มีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหา (แพทย์ผู้เกี่ยวข้อง ระบบรายงาน/การจัดการความเสี่ยงของโรงพยาบาล)			

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่ อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## II-7 ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้เป็นชี้ห้องค์ประกอบสำคัญของบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ควรมีในโรงพยาบาลในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรตรวจสอบตนเอง วางแผนพัฒนาให้สมบูรณ์ และแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี

	1	2	3	4	5
II-7ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์	มีบริการ lab ขั้นพื้นฐานที่ จำเป็น,	ส่งตรวจ ภายนอกเมื่อ จำเป็น, มี ระบบควบคุม คุณภาพภายใน	มีระบบการ ทดสอบความ ชำนาญ (proficiency test) , มีระบบ ป้องกันการ รายงานผล ผิดพลาดและ การรายงานค่า วิกฤติ	มีระบบบริหาร คุณภาพที่ ครอบคลุมและมี ประสิทธิภาพ,	เป็นแบบอย่างที่ดี ของระบบบริหาร คุณภาพด้าน ห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์

### การประเมินความครอบคลุม

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์</b>			
สถานที่เจาะเลือด สถานที่ตรวจวิเคราะห์ สถานที่ทำงานแยกจากกันเป็นสัดส่วน			
มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการให้บริการ มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และการ สอบเทียบ มีระบบการสำรอง / จัดหาเครื่องมือ เมื่อเครื่องหลักเสีย			
<b>เจ้าหน้าที่</b>			
เจ้าประจำได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ทักษะในการทดสอบเครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ การ ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ การรายงานผล			
<b>การจัดบริการทางห้องปฏิบัติการ</b>			
มีบริการ lab ที่จำเป็นทั้งในและนอกเวลาราชการ และวันหยุดราชการ มีระบบในการส่ง ตรวจภายนอกเมื่อไม่สามารถให้บริการได้			
มีแนวทาง /คู่มือสิ่งส่งตรวจครอบคลุมประเด็น การเก็บ การสัมผัส การซีบ่ง, การบรรจุ, การเขียนฉลาก, การรักษาความคงตัว, ใบส่งตรวจ และการขนส่ง			
มีแนวทางในการรับ / ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจมีการทบทวนในการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ รวมทั้งมี การเก็บข้อมูลและสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่ถูกปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ			
มีการเก็บรักษาสิ่งที่ตรวจตามความคงตัวของแต่ละสิ่งส่งตรวจ และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่ ถูกต้องตามประเภท			

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>การวิเคราะห์และรายงานผล</b>			
มีการ verify น้้ายา วิธีการทดสอบ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ และผลการตรวจ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้ตามประเภทของการตรวจ(IQC) และมีแนวทางปฏิบัติในกรณีที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด			
มีการประกันระยะเวลาในการตรวจวิเคราะห์ และการรายงานผล			
มีระบบการรายงานผลที่เป็นความลับ มีระบบรายงานค่าวิกฤติ มีระบบตรวจสอบและรับรองรายงานผล มีการจัดเก็บสำเนาหรือสำรองข้อมูลผลการตรวจ			
<b>การทดสอบความชำนาญ</b>			
มีการทำ EQC โดยองค์กรภายนอกตามระยะเวลาที่กำหนด และมีการทบทวนผลการทำ EQC นำผลที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาปรับปรุงแก้ไข			
<b>ระบบบริหารคุณภาพ</b>			
มีการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวน			
มีการกำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ			
มีการพัฒนาคุณภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ เช่น การปรับขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ การให้บริการ การปรับระบบรายงานผล			

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## II-7 ข. คลังเลือด

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้ชี้ให้เห็นองค์ประกอบสำคัญของบริการให้เลือดผู้ป่วยทั้งที่มีคลังเลือดและไม่มีคลังเลือดที่ควรมีในโรงพยาบาลในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรตรวจสอบตนเอง วางแผนพัฒนาให้สมบูรณ์ และแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี

	1	2	3	4	5
II-7ข. คลังเลือด (ไม่มีคลังเลือดของ รพ.)	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เลือด รวมทั้งการระบุแหล่งที่จะขอรับเลือดในกรณีต่างๆ	มีระบบการขอเลือด ขนส่งเลือด หรือส่งผู้ป่วยไปรับเลือด ที่มีประสิทธิภาพ, มีการเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด และมีการนำบทเรียนมาทบทวนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่รัดกุมปลอดภัยในการให้เลือด	มีการติดตามผลการดำเนินการ และแสดงให้เห็นว่าสามารถให้เลือดแก่ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ทันเวลา		

### การประเมินความครอบคลุม

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>คลังเลือด (ไม่มีคลังเลือด)</b>			
มีระบบและแนวทางการขอเลือดกับหน่วยงานที่บริการโลหิตหรือโรงพยาบาลใกล้เคียง มีแนวทางการขนส่งเลือดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน สามารถรักษาคุณภาพของโลหิตได้			
มีระบบการให้เลือด มีการเฝ้าระวังและติดตามปฏิกิริยาจากการให้เลือด			
มีระบบการบันทึกประวัติของผู้รับบริการโลหิตที่สามารถค้นหาได้ง่าย			
มีระบบการส่งผู้ป่วยไปรับเลือดที่หน่วยบริการโลหิต (กรณีไม่มีระบบการขอเลือดมาให้ที่รพ.)			



	1	2	3	4	5
<b>II-7ข. คลังเลือด</b> (มีคลังเลือดของ รพ.)	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการรับบริจาคโลหิต และการให้บริการโลหิต	มีการนำมาตรฐานการบริการโลหิตของสภากาชาดไทยมาประเมินและปรับปรุงในส่วนขาด	สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานการบริการโลหิตของสภากาชาดไทยในหัวข้อที่จำเป็นกับบริบทได้ครบถ้วน	สามารถเป็นที่พึงในด้านบริการโลหิตให้แก่ รพ.ในเขตใกล้เคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เป็นแบบอย่างที่ดีของระบบการให้บริการโลหิต

**การประเมินความครอบคลุม**

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์</b>			
สถานที่ในคลังเลือดแบ่งเป็นสัดส่วนคือ บริเวณรับบริจาค บริเวณตรวจวิเคราะห์ บริเวณจัดเก็บเลือด บริเวณปนเปื้อน			
มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และตู้เย็นเก็บเลือดที่เพียงพอ มีการเตรียมความพร้อมใช้ การสอบเทียบ และการบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่เหมาะสม			
<b>การรับบริจาค (กรณีมีการรับบริจาค)</b>			
มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก การกำหนดข้อมูลที่ต้องให้กับผู้บริจาคเลือด			
มีแนวทางในการส่งเลือดที่ได้รับบริจาคไปตรวจสอบ และเตรียมส่วนประกอบของเลือด			
<b>การสำรองเลือด</b>			
มีระบบสำรองเลือดสำหรับผู้ป่วย มีการตรวจสอบยอดสำรองทุกวัน การควบคุมอุณหภูมิในการจัดเก็บ และมีการตรวจสอบอายุของเลือด			
มีแนวทางการทำลายเลือดที่หมดอายุที่ชัดเจน ไม่แพร่กระจายเชื้อ			
<b>การให้บริการคลังเลือด/การควบคุมคุณภาพ</b>			
มีระบบการทำ cross-match ทั้งในกรณีปกติ และกรณีต้องใช้เลือดเร่งด่วน			
มีระบบ การติดตามผลการให้เลือดและปฏิกิริยาจากการให้เลือด			
มีระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย ประวัติของผู้รับบริการโลหิตที่สามารถค้นหาได้ง่าย			
มีการควบคุมคุณภาพภายใน (IQC) มีการทำ EQC ตามระยะเวลาที่กำหนด			
<b>ระบบบริหารคุณภาพ</b>			
มีการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวน			
มีการกำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ			
มีการพัฒนาคุณภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย			

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## II-7ค. บริการรังสีวิทยา

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้เป็นชี้แจงองค์ประกอบสำคัญของบริการรังสีวิทยาที่ควรมีในโรงพยาบาลในบันไดขั้นที่ 2 สู่ HA ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรตรวจสอบตนเอง วางแผนพัฒนาให้สมบูรณ์ และแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดี

	1	2	3	4	5
II-7ค. บริการ รังสีวิทยา	มีบริการที่ จำเป็น	สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์	บริการมีคุณภาพ ปลอดภัย	มีระบบบริหาร คุณภาพ	แบบอย่างที่ดี

### ประเมินความครอบคลุมของการพัฒนา

	ดี	พอใช้	ไม่มี
<b>สถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์</b>			
การจัดพื้นที่ห้องตรวจ สถานที่/ห้องรอตรวจ ห้องทำงาน ห้องล้างฟิล์ม ห้องเก็บฟิล์มแยก เป็นสัดส่วน			
มีการแยกบริเวณรังสีและมีป้ายบ่งชี้ที่ชัดเจน			
มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ในการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ เช่น เสื้อตะกั่ว ถุงมือตะกั่ว สัญญาณเตือนขณะเอกซเรย์ เป็นต้น			
มีเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตตามความเหมาะสมและความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการตรวจทางรังสี			
<b>เจ้าหน้าที่</b>			
เจ้าประจำได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ทักษะในการถ่ายภาพทางรังสี การใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย			
<b>การให้บริการรังสีวิทยา</b>			
มีบริการรังสีวิทยาที่จำเป็นตลอดเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการและวันหยุดทำการ			
มีแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น เช่น การจัดทำ และการตั้งค่าในการถ่ายภาพทางรังสี			
ผู้เกี่ยวข้องได้รับภาพถ่ายทางรังสีหรือผลการตรวจในเวลาที่กำหนด			
<b>การจัดเก็บฟิล์ม/ผลการตรวจ</b>			
สถานที่จัดเก็บภาพถ่ายทางรังสีมีความมิดชิด มีระบบควบคุมการจัดเก็บ			
<b>ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย</b>			
มีการนำอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวน			
มีการกำหนดและติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ			
มีการควบคุมคุณภาพในการถ่ายภาพและการล้างฟิล์ม เช่น การตรวจสอบความสะอาดของห้องมืด การเปลี่ยนน้ำยาล้างฟิล์ม การทำความสะอาด Cassette x-ray			

	ดี	พอใช้	ไม่มี
มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และมีการพัฒนาคุณภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องรวดเร็ว มีความปลอดภัย เช่น การปรับขั้นตอน, ระบบรายงานผล			

#### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

#### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## II-9 การทำงานกับชุมชน

### แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำเนินงานของแต่ละโรงพยาบาล

แนวทางต่อไปนี้จะชี้ให้เห็นลำดับขั้นของวิธีการดำเนินงานจากวิธีการที่เรียบง่าย สู่วิธีการที่เป็นระบบ และก้าวหน้า ยิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรนำวิธีการดำเนินงานที่ตนใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุด สำหรับตนเอง หรือทดลองใช้วิธีการที่เป็นระบบและก้าวหน้ายิ่งขึ้น

	1	2	3	4	5
II-9 การทำงาน กับชุมชน	เรียนรู้ สร้าง เครือข่าย	จัดบริการ HP	สนับสนุนชุมชน		

### ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา

<b>การกำหนดชุมชน</b>	
<p>รพ.ที่มีชุมชนทางภูมิศาสตร์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. กำหนดบางพื้นที่ในตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล เป็นชุมชนที่รับผิดชอบ</li> <li>ii. กำหนดทุกพื้นที่ในตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล เป็นชุมชนที่รับผิดชอบ</li> <li>iii. กำหนดพื้นที่ทั้งอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาล เป็นชุมชนที่รับผิดชอบ</li> </ul> <p>รพ.ที่ไม่มีชุมชนทางภูมิศาสตร์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. ใช้หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เป็นชุมชนที่รับผิดชอบ</li> <li>ii. ใช้ self-help group ของผู้ป่วยบางกลุ่ม เป็นชุมชนที่รับผิดชอบ</li> <li>iii. ใช้ self-help group ของผู้ป่วยหลายกลุ่ม เป็นชุมชนที่รับผิดชอบ</li> <li>iv. ใช้ประชาชนทั้งสังคม เป็นเป้าหมายของการทำ policy advocacy หรือการให้บริการเฉพาะทาง</li> </ul>	
<b>การประเมินความต้องการของชุมชน</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. ประเมินโดยอาศัยข้อมูลการใช้บริการในสถานพยาบาล</li> <li>ii. ประเมินโดยอาศัยข้อ i และข้อมูลระบาดวิทยาในพื้นที่</li> <li>iii. ประเมินโดยอาศัยข้อ i, ii และข้อมูลจากการสำรวจชุมชน (เช่น family folder)</li> <li>iv. ประเมินโดยอาศัยข้อ i, ii, iii และข้อมูลจากการสำรวจชุมชนซึ่งครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน</li> </ul>	
<b>การประเมินศักยภาพของชุมชน</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มุ่งเน้นที่การค้นหาบุคคลที่เป็นที่ยอมรับหรือเป็นแกนนำของชุมชน</li> <li>ii. มีข้อ i ร่วมกับการประเมินศักยภาพของกลุ่มบุคคลที่มีการรวมตัวกัน</li> <li>iii. มีข้อ i, ii ร่วมกับการประเมินศักยภาพในการใช้ข้อมูลและการแก้ปัญหา</li> <li>iv. มีข้อ i, ii, iii ร่วมกับการประเมินศักยภาพในการมองและแก้ปัญหาอย่างเชื่อมโยง โดยคำนึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรม</li> </ul>	

<b>การส่งเสริมการสร้างเครือข่ายของชุมชนและการเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชน</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. รพ.ไปร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายที่ชุมชนมีอยู่แล้ว</li> <li>ii. รพ.ค้นหาชุมชนต้นแบบการพัฒนาที่มีความเข้มแข็ง</li> <li>iii. รพ.สนับสนุนการสร้างเครือข่ายของชุมชน</li> <li>iv. รพ.เป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการคืนข้อมูลให้ชุมชน แลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้และทักษะ ร่วมกับชุมชน ติดตามผลการดำเนินงาน</li> <li>v. จัดหาเวทีเพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างชุมชน และขยายผลชุมชนต้นแบบ</li> </ul>

	1	2	3	4	5
II-9 การทำงานกับชุมชน	เรียนรู้ชุมชน	จัดบริการ HP	สนับสนุนชุมชน		

**ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา**

<b>การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพให้ชุมชน</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพตามโปรแกรมที่ส่วนกลางและ รพ.กำหนด</li> <li>ii. มีข้อ i และบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบผลการวิเคราะห์ความต้องการของชุมชน</li> <li>iii. มีการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน</li> <li>iv. มีความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ</li> <li>v. มีการติดตามประเมินผลและปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพ บริการที่จัดให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ, การช่วยเหลือสนับสนุน, การส่งเสริมการเรียนรู้, การพัฒนาทักษะสุขภาพ</li> </ul>
<b>การสนับสนุนชุมชน</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>i. มีสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน พัฒนาศักยภาพชุมชน (ผู้เกี่ยวข้อง/เครือข่าย)</li> <li>ii. มีส่วนร่วมในการชี้แนะ แลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร ร่วมกับชุมชน(ผู้เกี่ยวข้อง/เครือข่ายในชุมชน) อย่างต่อเนื่อง</li> <li>iii. มีการร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล และความสามารถกลุ่ม/เครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ</li> <li>iv. มี i, ii, iii รวมทั้งเริ่มมีการชี้แนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และบริการช่วยเหลือทางสังคม</li> <li>v. มี i, ii, iii รวมทั้งสามารถชี้แนะ/สนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และบริการช่วยเหลือทางสังคม อย่างได้ผล</li> </ul>

**การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล**

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

## กิจกรรมทบทวนคุณภาพ & กระบวนการดูแลผู้ป่วย

เพื่อให้กิจกรรมทบทวนคุณภาพเอื้อต่อการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย จึงได้นำกิจกรรมทบทวนคุณภาพและมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วยมาสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

สำหรับกิจกรรมทบทวนคุณภาพ ขอให้มีการเตรียมตัวดังนี้

1. ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนาในกิจกรรมทบทวนทั้ง 12 กิจกรรม นำประเด็นที่ต้องการความช่วยเหลือมาปรึกษา และนำเทคนิคการทบทวนใหม่ๆ ที่ได้ผลมาเสนอในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เหมือนเดิม)
2. เลือกการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการทบทวนอุบัติการณ์ซึ่งให้บทเรียนแก่ทีมมากที่สุดและน่าจะเป็นประโยชน์แก่ รพ.อื่น 10 ประเด็น มานำเสนอในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (โดยพิมพ์ในกระดาษ A4 หนึ่งหน้า เพื่อมาติดบอร์ดให้เพื่อนร่วมกลุ่มได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน)

สำหรับกระบวนการดูแลผู้ป่วย ขอให้มีการเตรียมตัวดังนี้

1. เลือกโรคมา 3 โรคเพื่อประเมินลำดับขั้นของการพัฒนาในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย โดยมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การให้คะแนนในปีนี้ให้สอดคล้องกับ Scoring Guideline ที่ใช้ในการเยี่ยมสำรวจ คือ iii เป็นระดับที่มีการปฏิบัติตามสิ่งที่ระบุไว้ในมาตรฐาน iv มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง v มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก
2. เตรียมนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดที่ สรพ.เลือกสรรมาจากตัวชี้วัดที่ รพ.ต่างๆ เก็บอยู่แล้ว เพื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่าง รพ.ในจังหวัด และเรียนรู้จากผู้ที่ปฏิบัติได้ดี
3. เลือกโรค 3 โรคที่ไม่ได้อยู่ในข้อ 1 และ 2 มาวิเคราะห์ performance การดูแลโรคนั้นในมิติคุณภาพต่างๆ ตามแนวทางที่ สรพ.ให้ไว้



## II-1.2 กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

### ลำดับขั้นของการทบทวนคุณภาพ

แนวทางต่อไปนี้ชี้ให้เห็นลำดับขั้นของวิธีการดำเนินงานจากวิธีการที่เรียบง่าย สู่วิธีการที่เป็นระบบ และก้าวหน้ายิ่งขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลควรนำวิธีการดำเนินงานที่ตนใช้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเอง หรือทดลองใช้วิธีการที่เป็นระบบและก้าวหน้ายิ่งขึ้น

ขอให้ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนาในแต่ละกิจกรรมทบทวนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีการทบทวนเป็นครั้งคราว
2. มีการทบทวนและปรับปรุงที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
3. กิจกรรมทบทวนครอบคลุมโอกาสเกิดปัญหาสำคัญ มีการวิเคราะห์ root cause เพื่อหาต้นเหตุเชิงระบบ นำมาสู่การปรับปรุงระบบงานซึ่งเน้นไปที่การป้องกันสาเหตุที่แท้จริงอย่างครบถ้วน
4. มีการทบทวนที่บูรณาการเข้าเป็นกิจกรรมประจำของหน่วยงาน มีความไวในการตรวจพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงาน, มีการติดตามการปฏิบัติตามระบบงานที่ได้รับการปรับปรุงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5. มีวัฒนธรรมของการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีระบบ concurrent monitoring ในรูปแบบต่างๆ

กิจกรรมทบทวน	ลำดับขั้นของการพัฒนา				
	1	2	3	4	5
1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย					
2. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ					
3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา					
4. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า					
5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง					
6. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล					
7. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา					
8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ					
9. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน					
10. การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ					
11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร					
12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ					

การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผลจากการทบทวน

	ลักษณะอุบัติการณ์ (ระบุแต่ key word)	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

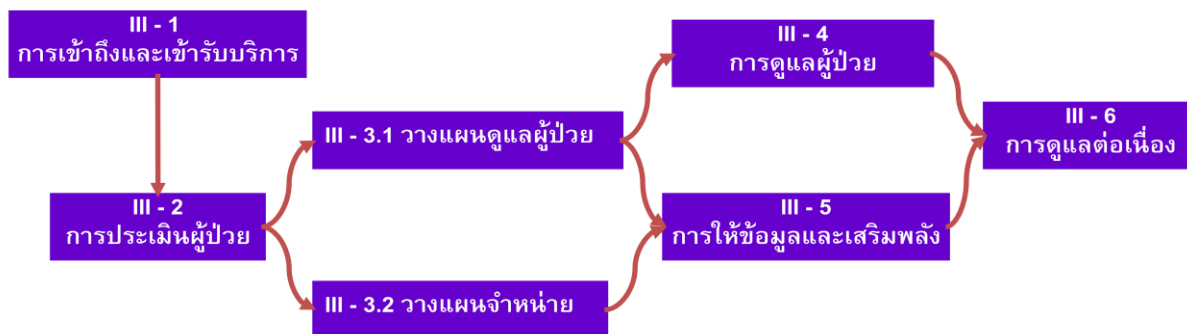
### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในจังหวัด

1. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง อยู่ที่ใด
2. ประเด็นที่ควรมีการพัฒนาร่วมกันทั้งจังหวัดเพื่อยกระดับความก้าวหน้าของระบบงาน ได้แก่อะไรบ้าง ในแต่ละประเด็นจะให้ รพ.ใดเป็นผู้ประสานงานในการพัฒนา
3. ประเด็นที่แต่ละ รพ.ต้องเร่งพัฒนาให้ทันเพื่อนมีอะไรบ้าง รพ.ใดจะยินดีเข้าไปให้ความช่วยเหลือในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน

### III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



#### 1. ประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ในปี 2556 มีการเปลี่ยนแปลง 2 ประเด็นคือ (1) ให้ รพ.เลือกประเมินเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนกันเพียง 3 (แต่ รพ. ควรประเมินโรคอื่นๆ ด้วยเพื่อการพัฒนาของ รพ.เอง) (2) มีการเปลี่ยนแปลง scoring เพื่อให้สอดคล้องกับ scoring guideline ที่ผู้เยี่ยมสำรวจใช้ให้มากขึ้น ดังนั้นเกณฑ์ใน score v ในปี 2555 จะปรับมาอยู่ที่ score 3 ในปี 2556 และมีเพิ่ม score 4 “มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง” กับ score 5 “มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก”

**เกณฑ์เชิงกระบวนการดูแลผู้ป่วย** จะเขียนอธิบายลักษณะการปฏิบัติที่พึงประสงค์ไว้ที่คะแนน 3 แต่เว้นว่างคะแนน 1, 2 ไว้เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการใช้สำหรับแต่ละ รพ. ให้แต่ละ รพ. นำโรคที่เลือกมาประเมินที่ละโรคตามแบบฟอร์ม ในการแลกเปลี่ยนกันนั้น ควรส่งเสริมให้แลกเปลี่ยนไปที่กระบวนการ และส่งเสริมให้แลกเปลี่ยนระหว่างโรคที่แตกต่างกัน

**เกณฑ์การให้คะแนนด้านตัวชี้วัด**จะแตกต่างออกไป โดยจะมีการประเมินทั้งในส่วนของ outcome indicator, evidence-based process indicator, และ process indicator อื่นๆ โดยยึดหลักการวัดที่ตรงประเด็นเป็นสำคัญ การประเมินรอบปี 2556 นี้จะเน้นเพื่อช่วยให้ รพ. ได้ทบทวนว่ามีการเก็บข้อมูลให้ตรงประเด็น ครบถ้วน และมีการนำไปใช้ประโยชน์

เกณฑ์การให้คะแนนด้านตัวชี้วัด ใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

- 1 = เริ่มมีการติดตามวัดผลด้วยตัวชี้วัดจำนวนหนึ่ง
- 2 = ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญ
- 3 = ตัวชี้วัดครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน มีการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา
- 4 = ผลลัพธ์การดำเนินงานอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย
- 5 = ผลลัพธ์การดำเนินงานที่น่าเสนอนอยู่ในระดับแนวหน้า

การประเมินลำดับขั้นของการพัฒนา กระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรค

Care Process	โรค		
การเข้าถึง			
การรับไว้รักษา			
การประเมินผู้ป่วย			
การวางแผนดูแลผู้ป่วย			
การวางแผนจำหน่าย			
การดูแลผู้ป่วย			
การให้ข้อมูลและเสริมพลัง			
การดูแลต่อเนื่อง			
Outcome indicator			
Evidence-based process indicator			
Other process indicator			

เกณฑ์การให้คะแนนด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

การเข้าถึง (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)
i. ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินไม่สามารถเข้าถึงได้ในเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคนี้ที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ยังมีจำนวนมาก ii. ยังคงมีความไม่สะดวกบ้างในการเข้าถึง iii. ผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนหรือไม่มีข้อจำกัดสามารถเข้าถึงได้สะดวก iv. มีการจัดระบบเพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาในการเข้าถึง สามารถมารับบริการได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง v. ผู้ป่วยทุกรายสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ขึ้นทะเบียน และติดตามมารับการรักษา

<p><b>การรับไว้รักษา (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3. กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี, ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย และให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจ</li> <li>4. มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง</li> <li>5. มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก</li> </ol>	
<p><b>การประเมินผู้ป่วย (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3. ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพเมื่อแรกรับครบถ้วน (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม) และเหมาะสมตาม CPG/evidence, มีการ investigate ตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งนำผล นำมาใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยและวางแผนดูแล, มีการบันทึกข้อมูลการประเมินและการวินิจฉัยโรคที่ สมบูรณ์พร้อมข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค, มีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย, มีความร่วมมือและประสานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย, มีการ ทบทวนความถูกต้องครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคพร้อมทั้งนำมาปรับปรุงการประเมิน ผู้ป่วย, การวินิจฉัยโรคมีความถูกต้อง ทันเวลา</li> <li>4. มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง</li> <li>5. มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก</li> </ol>	
<p><b>การวางแผนดูแลผู้ป่วย (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3. มีแผนการดูแลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยที่พบจากการประเมิน แผนครอบคลุมเป็นองค์รวม, มีการใช้ CPG/evidence เป็นแนวทางในการวางแผน, มีการประสานงานหรือวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพ และมี เป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน, ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย, แผนเอื้อต่อ การสื่อสารให้ทราบบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง การประสานงาน และการติดตามการบรรลุเป้าหมาย</li> <li>4. มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง</li> <li>5. มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก</li> </ol>	
<p><b>การวางแผนจำหน่าย (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3. มีการประเมินข้อบ่งชี้ที่จะต้องวางแผนจำหน่าย, มีการค้นหา/ระบุ ปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลัง จำหน่ายอย่างชัดเจน, มีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหา/ความ ต้องการดังกล่าวโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ, การเตรียมจำหน่ายคำนึงถึงมิติต่างๆ อย่างรอบด้าน, ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน (ตามความเหมาะสม), มีระบบประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพิงพยาบาลจากชุมชนในระยะยาว, ผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสหรือขาดผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี</li> <li>4. มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง</li> <li>5. มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก</li> </ol>	

<p><b>การดูแลผู้ป่วย (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมตามแผนการดูแลที่วางไว้, ปัญหาทั้งหมดได้รับการดูแลต่อเนื่องจนหมดปัญหาหรือดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, มีการปฏิบัติตาม CPG/evidence ในระดับดีมาก, ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมของการดูแลที่ปลอดภัย มีความพร้อมในด้านเครื่องมืออุปกรณ์และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยที่ดี, มีการประเมินซ้ำและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย, มีการตอบสนองอย่างรวดเร็วและเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเข้าสู่ภาวะวิกฤติ</li> <li>4. มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง</li> <li>5. มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก</li> </ol>	
<p><b>การให้ข้อมูลและเสริมพลัง (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3. มีการประเมินและวางแผนกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองจนเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้, มีการวางแผน ติดตามแผน และปรับแผนการดูแลร่วมกัน, ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองมีส่วนในการช่วยเหลือแนะนำผู้อื่น</li> <li>4. มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง</li> <li>5. มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก</li> </ol>	
<p><b>การดูแลต่อเนื่อง (พิจารณาเฉพาะโรคที่ประเมิน)</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> <li>2.</li> <li>3. มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องและมีระบบติดตาม, มีระบบช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ก่อนวันนัดหมาย หรือระบบช่วยเหลือโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมา รพ., มีการดูแลต่อเนื่องเข้าไปในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพโดยการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, มีการสร้างความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพให้กับหน่วยงานต่างๆ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในลักษณะ seamless</li> <li>4. มีการเชื่อมโยงที่เด่นชัด มีการใช้นวัตกรรม เริ่มมีการประเมินและปรับปรุง</li> <li>5. มีการประเมินและปรับปรุงอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีมาก</li> </ol>	

## 2. การเปรียบเทียบตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย

เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการใช้ข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนระบบบริการสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ สรพ.จึงได้คัดเลือกตัวชี้วัดจำนวนหนึ่งที่ รพ.ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมอยู่ และนำตัวชี้วัดเหล่านั้นมาเปรียบเทียบกันระหว่าง รพ.ในจังหวัด

การได้เห็นข้อมูลเปรียบเทียบจะทำให้ทีมงานทราบว่าภายในจังหวัด มี รพ.ใดที่ทำได้ดีในเรื่องใด และ รพ.ของตนเองจะต้องพัฒนาให้มากขึ้นในเรื่องใด ถ้าเป็นไปได้ สรพ.จะสนับสนุนให้ รพ.รายงานข้อมูลดังกล่าวมารวบรวมที่ สสจ. และ สะท้อนกลับให้ รพ.ต่างๆ การได้เห็นข้อมูลเปรียบเทียบก่อนถึงวันประชุมจะทำให้สามารถเตรียมตัวนำประเด็นต่างๆ มาแลกเปลี่ยนกันได้ดียิ่งขึ้น

### ตารางเปรียบเทียบ (Benchmark) ตัวชี้วัด

#### เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดเพื่อการรณรงค์ขึ้นที่ 2 สู่ HA

โรค/กลุ่ม	ตัวชี้วัด	หน่วย	รพ.....	รพ.....	รพ.....	รพ.....
1.อนามัยแม่และเด็ก						
	อัตราการตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality Rate)	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
	อัตราการตายทารก (Infant Mortality Rate)	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
	อัตราการตายมารดา (Maternal Mortality Ratio)	ต่อแสนการเกิดมีชีพ				
	อัตรามารดาอายุ 15-19 ปี (Teenage Pregnancy)	ต่อพันประชากร				
	ร้อยละของภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH)	ร้อยละของการคลอดทั้งหมด				
	อัตราการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (Birth Asphyxia)	ต่อพันการเกิดมีชีพ				
2.เบาหวาน						
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือด $\leq 130$ mg%	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด				
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C $< 7$ %	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด				



ตารางเปรียบเทียบ (Benchmark) ตัวชี้วัด

เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดเพื่อการรณรงค์ได้ขั้นที่ 2 สู่ HA

โรค/กลุ่ม	ตัวชี้วัด	หน่วย	รพ.....	รพ.....	รพ.....	รพ.....
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิต $\leq 130/80$ mmHg	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด				
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ LDL $< 100$ mg%	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด				
3.ความดันโลหิตสูง						
	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิต $\leq 140/90$	ร้อยละ				
4.วัณโรค						
	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค	ร้อยละ				
5.HIV						
	อัตราผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Viral Load undetectable)	ร้อยละ				
	ระดับภูมิคุ้มกันขณะเริ่มรักษาหรือเข้าสู่กระบวนการรักษา (median CD4)					
	ร้อยละของผู้ที่มีปริมาณไวรัส (VL) $< 50$ copies/ml ที่ 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส	ร้อยละ				
	ร้อยละผู้ที่ขาดการติดตามการรักษาที่ 12 เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส (บ่งบอกปัญหาของปีแรกๆที่เริ่มยาว่าดูแลได้ดีหรือไม่)	ร้อยละ				

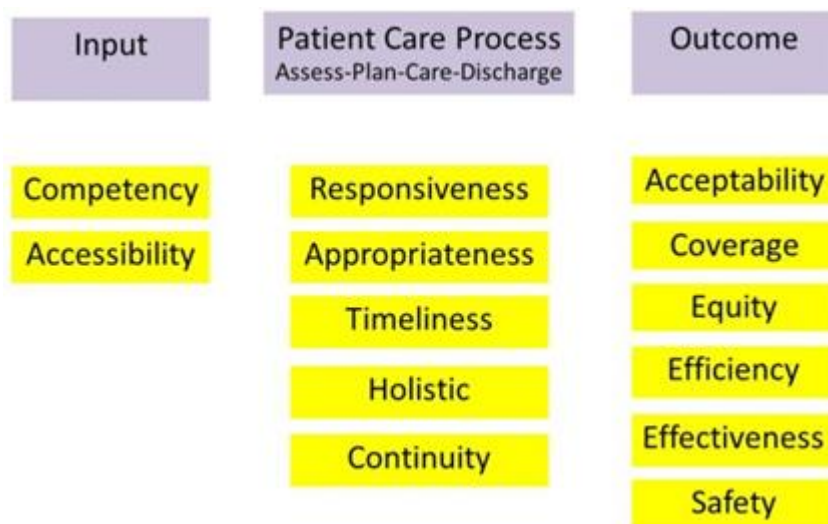
ตารางเปรียบเทียบ (Benchmark) ตัวชี้วัด

เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัดเพื่อการรณรงค์ได้ชั้นที่ 2 สู่ HA

โรค/กลุ่ม	ตัวชี้วัด	หน่วย	รพ.....	รพ.....	รพ.....	รพ.....
	ร้อยละของผู้ที่ยังคงได้รับยาต้านไวรัสในปีที่ประเมิน และขาดการรักษาในปีนั้น (บ่งบอกปัญหาของปีต่อๆมาว่าดูแลได้ดีหรือไม่ เป็นเรื่องของการดูแลต่อเนื่อง Adherent ที่แท้จริง	ร้อยละ				
6.AMI						
	อัตราผู้ป่วย AMI เสียชีวิต	ร้อยละ				
	Average door to EKG	นาที				
7.Asthma						
	อัตราผู้ป่วยหอบหืดกลับมารักษาซ้ำที่ ER ภายใน 48 ชม. (ER revisit)	ร้อยละ				
8.COPD						
	อัตราผู้ป่วย COPD กลับมารักษาซ้ำที่ ER ภายใน 48 ชม. (ER revisit)	ร้อยละ				

### 3. วิเคราะห์ performance การดูแลโรคในมิติคุณภาพต่างๆ

การใช้มิติคุณภาพมาวิเคราะห์ performance ของการดูแลโรคหรือกลุ่มโรค จะทำให้ทีมงานได้เห็นความสำเร็จ และโอกาสพัฒนาจากมุมมองที่กว้างขึ้น มิติคุณภาพบางด้านเป็นเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า บางด้านเป็นเรื่องเกี่ยวกับ กระบวนการ และบางด้านเป็นเรื่องของผลลัพธ์



ทีมงานของ รพ.ควรเลือกโรค 3 โรคที่ไม่ซ้ำกับสองกิจกรรมที่ผ่านมา มาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกันในทีมว่าการดูแลผู้ป่วยในโรคนั้น เมื่อพิจารณาตามมิติคุณภาพต่างๆ แล้ว มีอะไรที่เป็นจุดแข็ง และมีอะไรที่เป็นโอกาสพัฒนา เรา รับผิดชอบต่อความสำเร็จตามมิติคุณภาพแต่ละมิติอย่างไรบ้าง (อาจจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพหรือข้อมูลเชิงปริมาณ) ก็ได้

**มิติที่ 1 Competency** ความสามารถของ รพ.ในการดูแลโรคนั้นๆ สามารถดูแลได้หรือไม่ มีกำลังคนที่มีความรู้เพียงพอหรือไม่ มียา มีระบบพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ บริการอะไรที่ทำได้แล้ว บริการอะไรที่ควรจะทำแต่ยังทำไม่ได้

**มิติที่ 2 Accessibility** การเข้าถึงบริการ พิจารณาว่าอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงมีอะไรบ้าง ตั้งแต่เรื่องการรับรองว่ามีบริการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การสื่อสาร การให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น การเดินทาง ระยะเวลาเปิดบริการ การส่งไปตรวจพิเศษที่จำเป็น เป็นต้น ทีมงานได้พยายามทำอะไรบ้างเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว

**มิติที่ 3 Responsiveness** การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ทีมงานมีวิธีการในการรับรู้ปัญหาและความต้องการอย่างไร วิธีการดังกล่าวมีความไวพอหรือไม่ ปัญหาและความต้องการที่สำคัญในแต่ละขั้นตอนของการดูแลมีอะไรบ้าง การตอบสนองทำได้ดีเพียงใด อะไรที่ยังเป็นปัญหาอยู่ (รวมไปถึงการตอบสนองปัญหาและความต้องการเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน)

**มิติที่ 4 Appropriateness** ความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเทียบกับแนวปฏิบัติทางคลินิกขององค์กรวิชาชีพ และหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ยืนยันความได้ผลของวิธีการดูแลรักษาต่างๆ มีแนวปฏิบัติอะไรบ้างซึ่งเป็นที่ยอมรับและสมควรนำมาปฏิบัติ ทีมงานปฏิบัติตามได้มากน้อยเพียงใด ทีมงานได้พยายามทำอะไรเพื่อให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสมให้มากขึ้น (compliance) มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

**มิติที่ 5 Timeliness** ความทันต่อเวลาทันการณ์ในการรับรู้ปัญหาและให้การดูแลในขั้นตอนที่สำคัญ ควรพิจารณาว่ามีเสียงสะท้อนอย่างไร ช่วงไหนบ้างที่เวลาที่มีความสำคัญ ทีมงานมีแนวทางในการทบทวนเพื่อรับรู้ผลกระทบอันเกิดจากการดูแลที่ล่าช้าอย่างไร

**มิติที่ 6 Holistic/Humanized Care** การดูแลด้วยหัวใจและความรัก การดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะการดูแลในด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มีการปฏิบัติอย่างไรบ้าง มีขั้นตอนใดบ้างที่มีความเป็นองค์รวม ขั้นตอนใดที่ ยังเป็นโอกาสพัฒนา

**มิติที่ 7 Continuity** ความต่อเนื่อง ความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างที่อยู่ในสถานพยาบาล เช่น ระหว่างเวร ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างกะ เป็นอย่างไร การเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นอย่างไร การสื่อสาร การขอคำปรึกษาและความช่วยเหลือ ตลอดจนความต่อเนื่องและสม่ำเสมอของการตรวจติดตามเป็นอย่างไร (ทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาล)

**มิติที่ 8 Acceptability** การยอมรับและความพึงพอใจของผู้ป่วยตามขั้นตอนการดูแลในขั้นตอนต่างๆ เป็นอย่างไร

**มิติที่ 9 Coverage** ความครอบคลุม ปริมาณผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงมีเท่าไร อยู่ที่ไหนบ้าง เราให้บริการได้เท่าไร พิจารณาว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการจากเรามีจำนวนเท่าไร ส่วนที่เหลือไปรับบริการที่ไหน

**มิติที่ 10 Equity** ความเป็นธรรมหรือความเท่าเทียมกัน มีการดูแลที่แตกต่างกันไปเนื่องจากความสามารถในการจ่ายเงินหรือความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกันหรือไม่

**มิติที่ 11 Efficiency ประสิทธิภาพ** พิจารณาประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทุกด้าน เช่น การใช้เวลาของเจ้าหน้าที่ เวลาที่ผู้ป่วยต้องรอคอย การใช้ facility เช่น หอผู้ป่วย ห้องผ่าตัด การใช้ยา การใช้เทคโนโลยี และค่าใช้จ่ายโดยรวม เปรียบเทียบแล้วคุ้มค่าหรือไม่ ถ้ามีทางเลือกหลายทาง เราเลือกทางที่ดีที่สุดและประหยัดที่สุดหรือไม่

**มิติที่ 12 Effectiveness ประสิทธิภาพ** การดูแลนั้นได้ผลเป็นตามความคาดหวังหรือเป็นไปตามที่ควรจะเป็นหรือไม่ เป็นการวัดด้านบวกของผลลัพธ์การดูแล เช่น คุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

**มิติที่ 13 Safety** ความปลอดภัยของผู้ป่วย ลักษณะความไม่ปลอดภัยที่มีโอกาสเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง ใช้อะไรเป็นตัวชี้วัด จากการตามรอยพบสิ่งแวดล้อมหรือการปฏิบัติอะไรที่ยังเป็นความเสี่ยง

กิจกรรมทั้งหมดนี้อาจจะมากเกินความจำเป็นสำหรับ รพ. แต่ขอให้ รพ. ได้ทดลองใช้และเลือกว่าเมื่อไรจะใช้เครื่องมือตัวใด ถ้าเหมาะสมทั้ง 3 อย่างก็ใช้ทั้ง 3 อย่าง ถ้าบางโรคการใช้เครื่องมือเพียงอย่างเดียวก็เพียงพอแล้ว ในการประเมินการดูแลโรคก็ใช้แค่นั้นพอ ทีมงานควรใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ

### การสรุปภาพรวมของการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาล

1. สรุปผลการพัฒนา (Self recommendation) ตามแผนที่วางไว้ (แผน 3 เดือนและ แผน 1 ปี)
2. มี good practice ในเรื่องใดบ้าง
3. ประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา

## ตัวอย่างการเขียน GOOD PRACTICE

ขอให้แต่ละท่านศึกษาการเขียน Good practice ข้างล่างนี้ และทดลองนำประสบการณ์จากการทำงานเขียนสรุปเพื่อการแบ่งปันในวงกว้าง (อาจเลือกใช้หัวข้อได้ตามความเหมาะสม ขอให้สังเกตวิธีการสรุปประเด็นที่สำคัญอย่างกระชับ)

1. **ชื่อทริเยน:** การอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบการที่มีเสียงดัง (Hearing Conservative Program)
2. **สถานการณ์:** โรคหูตึงจากการทำงานพบบ่อย อาจพบได้ถึง 20% ของคนงานที่เป็นกลุ่มเสียง มีโรงงานที่มีเสียงดังในพื้นที่รับผิดชอบ 30 แห่ง
3. **เป้าหมาย:** รูปแบบความร่วมมือในการจัดบริการอาชีวอนามัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคหูตึงจากการทำงานเพิ่มขึ้น และควบคุมมิให้ผู้หูตึงแล้วมีความรุนแรงของโรคมามากขึ้น
4. **วิธีการ:**
  - รพ.ทำหน้าที่เป็น focal point สร้างเครือข่ายสถานประกอบการ 20 แห่ง
  - รพ.พัฒนาเครื่องมือที่จำเป็น เช่น แบบประเมินตนเอง แบบเฝ้าระวัง เตรียมอุปกรณ์ตรวจวัดความดัง
  - สมาชิกประเมินตนเอง เกิดความตระหนัก ส่งเสริมให้มีการตรวจวัดระดับความดังและทำแผนที่เสียง (โดย รพ.อาจจะไปช่วยดำเนินการวัดในช่วงแรก) ระบุกลุ่มเสียง จัดทำป้ายพื้นที่เสียงเพื่อเตือนให้ใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการหูอื้อเวียนศีรษะในพื้นที่เสียงและสอบสวนหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการ
  - สร้างความเข้าใจว่าจุดเน้นของการป้องกันอยู่ที่การควบคุมแหล่งกำเนิดเสียง (noise control) มากกว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกัน
  - สมาชิกทั้งหมดดำเนินงานเป็นขั้นตอนไปพร้อมกัน เรียนรู้ไปด้วยกัน
  - ประเมินผลเมื่อครบ 1 ปีเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา
  - แจกประกาศนียบัตรให้ผู้ถึงขั้นที่ 3
5. **แนวคิดที่อยู่เบื้องหลัง (concept)**
  - ส่งเสริมให้สถานประกอบการดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน
  - มีการทำงานแบบ cross functional (SHE) โดยมีการเชื่อมต่อระหว่างเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) กับพยาบาลในโรงงานและผู้รับผิดชอบสิ่งแวดล้อม
  - ใช้เครือข่ายเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และกระตุ้นกันและกันระหว่างสถานประกอบการ
  - มีการติดตามแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และให้การยกย่องชมเชยเพื่อสร้างแรงจูงใจ
6. **สภาวะการณ์ที่เอื้อต่อการดำเนินงานในลักษณะนี้**
  - มีการออก พ.ร.บ.อาชีวอนามัย พ.ศ.2554
  - รพ.มีความพร้อมในด้านทีมและเครื่องมือ
  - ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง รพ.และสถานประกอบการ
  - สถานประกอบการตระหนักถึงค่าใช้จ่ายชัดเจนให้กับคนงานที่หูเสื่อม

## 7. ปัญหาอุปสรรค และการแก้ไข

- สัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างสถานประกอบการกับโรงพยาบาลจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารสถานประกอบการแต่เริ่มแรก และรับรู้ข้อสงสัยที่อาจเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองอย่างรวดเร็ว
- สถานประกอบการแต่ละแห่งอาจจะมีข้อมูลที่ปกปิดและไม่อาจเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบได้ ต้องสร้างความเข้าใจว่าการแลกเปลี่ยนจะเน้นไปที่กระบวนการทำงานของโครงการมากกว่าสถานการณ์ในแต่ละสถานประกอบการ
- มีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบโครงการระหว่างดำเนินการ ทำให้สถานประกอบการนั้นต้องออกจากโครงการ

## 8. แนวทางการ monitor หรือติดตามประเมินผล (monitoring system)

- ผลการตรวจพื้นที่เสี่ยง
- จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ
- การติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับการได้ยินในพนักงานที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง ซึ่งสถานประกอบการดำเนินการ

## 9. ข้อกำหนดและบทบาทหน้าที่

- เป็นการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.อาชีวอนามัย พ.ศ.2554 ซึ่งสถานประกอบการมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตาม และกรมสวัสดิการแรงงานมีหน้าที่กำกับดูแล
- รพ.มีบทบาทเสริมเพื่อกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย