

เกณฑ์การตัดสินใจให้กิตติกรรมประกาศ

1. การให้กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1

1. ผู้บริหารและปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ มีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ (มีการใช้ประโยชน์จากกิจกรรม “หัวหน้าพาทำคุณภาพ” หรือเทียบเท่า ได้รับคะแนนจากกิจกรรม “หัวหน้าพาทำคุณภาพ” ไม่น้อยกว่า 27)
2. มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงานต่าง ๆ มีการติดตามระดับปัญหา/อุบัติการณ์และตอบสนองอย่างเหมาะสม
3. มีทบทวนผลงาน/ความเสี่ยง/ปัญหา นำมาสู่การวางระบบงานเพื่อป้องกันปัญหาและมีการปฏิบัติตามระบบงานที่วางไว้ต่อเนื่องกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน (ได้รับคะแนนจากกิจกรรม ทบทวน 12 กิจกรรม ไม่น้อยกว่า 30)

2. การให้กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 2

1. สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ข้อ 7.1
2. มีความเข้าใจในการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาและประเมินผลของการพัฒนา สามารถตอบแบบประเมินตนเองได้ตรงประเด็น ครอบคลุม และกระชับ
3. มีการติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญของทุกหน่วยงานและทุกระบบงาน และแสดงให้เห็นการใช้ประโยชน์จากการติดตามเครื่องชี้วัดดังกล่าว
4. กิจกรรมคุณภาพสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของแต่ละหน่วยงาน มีการเชื่อมโยงระบบงานและกิจกรรมคุณภาพอย่างเหมาะสม
5. มีการนำมาตรฐาน HA ที่กำหนดสำหรับบันไดขั้นที่ 2 ไปปฏิบัติอย่างครบถ้วน

พรพ.ได้ยกร่างเกณฑ์พิจารณาเพื่อการให้กิตติกรรมประกาศตามบันไดขั้นที่ 2 และปรับตามข้อเสนอแนะของที่ประชุมสามประสานเมื่อปีที่แล้ว แต่มีข้อคิดเห็นที่ยังโต้แย้งกันอยู่ว่าสมควรนำเกณฑ์ดังกล่าวมาใช้หรือไม่ เพราะอาจจะเกิดปัญหาความหลากหลายและไม่ยืดหยุ่นในทางปฏิบัติ จึงขอให้กลุ่มพิจารณาดังนี้

1. ข้อดีข้อเสียระหว่างการใช้เกณฑ์พิจารณาที่มีรายละเอียดดังกล่าว กับการใช้แนวทางกว้างๆ
2. หากจะใช้เกณฑ์พิจารณาให้มีความยืดหยุ่นและเป็นไปได้ ควรทำอย่างไร
3. หากจะใช้เกณฑ์พิจารณาดังกล่าว ควรมีการปรับปรุงเกณฑ์อย่างไร
4. หากไม่ใช้เกณฑ์พิจารณาดังกล่าว ควรมีแนวทางกว้างๆ ในการตัดสินใจอย่างไร (โดยใช้กรณีตัวอย่างข้างท้ายช่วยในการกำหนดเกณฑ์)

(ร่าง) เกณฑ์พิจารณาเพื่อให้เกิดกิจกรรมประกาศตามบันไดขั้นที่ 2

บทที่ 1. การนำองค์กร (GOV & LED)

บันไดขั้นที่ 2

- มีองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน
- ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

บันไดขั้นที่ 3

- โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า
- หัวหน้าหน่วยงานมีความสามารถในการสร้างทีมงานและจัดระบบงานในหน่วยงาน, ถ่ายทอดเป้าหมายของโรงพยาบาลไปสู่เจ้าหน้าที่, กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล
- มีกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 2. ทิศทางนโยบาย

บันไดขั้นที่ 2

- มีพันธกิจของโรงพยาบาลที่ทุกคนรับทราบ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมาย
- มีเจตจำนงของหน่วยงานที่สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทราบบทบาทของตนเองต่อการบรรลุเจตจำนงของหน่วยงาน
- มีการกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนาที่ชัดเจน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน

บันไดขั้นที่ 3

- มีการรวบรวมประเด็นสำคัญในการพัฒนาจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- มีการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
- มีการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์และการบรรลุพันธกิจ

บทที่ 3. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ (LED.3, LED.5)

บันไดขั้นที่ 2

- มีการสำรวจความต้องการทรัพยากรและจัดสรรทรัพยากรแก่หน่วยงานต่าง ๆ อย่างเหมาะสม
- มีการพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรด้านกายภาพและบุคคล
- มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย (ที่মনาทงคลินิก ที่มำเนพะดำน การสื่อสารและแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงาน การร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ)

บันไดขั้นที่ 3

- มีการวางแผนบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยนำข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาใช้และจัดลำดับความสำคัญอย่างเหมาะสม
- มีระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

บทที่ 4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM, GEN.3, GEN.4)

บันไดขั้นที่ 2

- มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่ต้องการ
- มีการประเมินความพอใจของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ
- มีการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้รับการประเมินมีการพัฒนาตนเอง ร่วมมือในการพัฒนาหน่วยงาน ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
- มีระบบตรวจสอบ ควบคุม กำกับดูแล ให้คำปรึกษา สำหรับผู้ฝึกงาน เจ้าหน้าที่ใหม่ และเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ
- มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ
- มีการศึกษาและตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

บันไดขั้นที่ 3

- มีนโยบายและแผนทรัพยากรบุคคล กำหนดระดับกำลังคนที่ต้องการในปัจจุบันและอนาคต วิธีการได้มา แนวทางการทดแทนกำลังคนที่ขาดแคลน แนวทางการพัฒนาศักยภาพของกำลังคนที่มีอยู่
- มีการเชื่อมโยงการประเมินคุณภาพบริการกับการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้มาตรฐานวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV)

บันไดขั้นที่ 2

- โครงสร้างกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสม ปลอดภัย
- มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น (เครื่องกำเนิดไฟฟ้า, ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน, ก๊าซทางการแพทย์, ตู้เย็นเก็บโลหิต, ถังเก็บน้ำสำรอง)
- มีระบบการสื่อสารและขนส่งที่สามารถใช้การได้ตลอดเวลา
- มีระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
- มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ ขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้ง ดูแลโดยผู้ได้รับการฝึกอบรม น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดมีค่ามาตรฐาน
- มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ (การแยกรับ ขนย้าย จัดที่พัก กำจัด)
- โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย
- มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ (การค้นหาและประเมินภาวะเสี่ยง, การป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยง, การตรวจตราหน่วยงานที่มีความเสี่ยง, การสร้างความตระหนัก, บริหารอาชีวอนามัย)

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ (GEN.7)

บันไดขั้นที่ 2

- มีหลักเกณฑ์ และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
- มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
- มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

บันไดขั้นที่ 3

- มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (IM)

บันไดขั้นที่ 2

- มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศเพื่อการบริการ การพัฒนาคุณภาพ และการบริหาร
- มีการกำหนดมาตรฐานข้อมูล เกณฑ์การเก็บและปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัย วิธีการรักษาความปลอดภัยและการรักษาความลับของข้อมูล
- มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและลดความขัดแย้งของข้อมูล
- มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา ง่ายต่อการใช้
- มีการสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้

บันไดขั้นที่ 3

- มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ และการรายงาน

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป (GEN.9)

บันไดขั้นที่ 2

- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างสาขาวิชาชีพ
- มีการศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน จัดลำดับความสำคัญ และตอบสนอง
- มีกฎระเบียบ นโยบาย คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน ที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งเจ้าหน้าที่รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตาม
- มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด
- มีการเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง โดยใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์หลักที่ดีขึ้น
- มีการสำรวจ/ค้นหา วิเคราะห์ความเสี่ยง การกำหนดมาตรการป้องกัน การเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์ ในทุกระดับ

บันไดขั้นที่ 3

- มีการประเมินคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

- การปรับปรุงกระบวนการทำงานโดยใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์เป็นวิธีการทำงานปกติของทุกคน
- มีการติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง และเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง
- มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยง

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ (GEN.9.3)

บันไดขั้นที่ 2

- เพิ่มความครอบคลุมการทบทวนการดูแลผู้ป่วย (ทบทวนการเสียชีวิตและประสพภาวะแทรกซ้อนทุกราย, ทบทวนการใช้ความรู้วิชาการครอบคลุมไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่ดูแลทั้งหมด)
- เลือกภาวะทางคลินิกที่สำคัญจำนวนหนึ่งมาติดตามเครื่องชี้วัดและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- มีการสื่อสารข้อมูลจากการทบทวนภายในวิชาชีพหนึ่งไปให้วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง
- มีการทบทวนความเหมาะสมในการใช้ยาบางส่วน

บันไดขั้นที่ 3

- มีการทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยา (Drug Use Evaluation, DUE)
- มีการทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการครอบคลุมไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ดูแลทั้งหมด
- มีการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันโดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับประเด็นคุณภาพสำคัญ

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)

บันไดขั้นที่ 2

- มีการจัดองค์กรเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (คณะกรรมการ, พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ, บทบาทหน้าที่ของกรรมการ บุคคล หน่วยงาน)
- มีนโยบาย มาตรการ และคู่มือปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับบทบาทและให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม โดยเน้น target surveillance ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ
- มีการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย (การตรวจสุขภาพ การให้ภูมิคุ้มกัน การดูแลและติดตามเมื่อเกิดอุบัติเหตุ)
- มีการเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ
- มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง hand hygiene, การป้องกัน sharp injury) และ Isolation Precautions
- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ (มาตรฐานการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ, การตรวจสอบประสิทธิภาพของการทำให้ปราศจากเชื้อ)
- มีการสอบสวนโรค เมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการระงับการระบาดให้เร็วที่สุด
- นำอัตราการติดเชื้อที่สูงหรือสำคัญมาทบทวน นำไปสู่การแก้ไขปัญหา

บันไดขั้นที่ 3

- เจ้าหน้าที่ทุกระดับปฏิบัติตามหลัก/นโยบาย IC จนเป็นงานประจำ

บทที่ 11 องค์กรแพทย์ (MED)

บันไดขั้นที่ 2

- มีข้อตกลงที่จำเป็นเพื่อความราบรื่นและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์
- มีแนวทางการอนุญาตให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยหรือทำหัตถการที่ซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
- มีการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อหาโอกาสพัฒนาและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ
- มีการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงทางการแพทย์
- มีแนวทางการปรึกษาระหว่างแพทย์
- มีการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
- มีการส่งเสริมการพัฒนาความรู้ของแพทย์ ตลอดจนการจัดกิจกรรมวิชาการภายในกลุ่มแพทย์และร่วมกับวิชาชีพอื่น
- แพทย์มีบทบาทต่อการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหา
- แพทย์มีบทบาทต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล?
- แพทย์มีบทบาทต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา
- แพทย์มีบทบาทต่อความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน?

บันไดขั้นที่ 3

- มีธรรมนูญ โครงสร้าง และการจัดการ เพื่อธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพเวชกรรม
- มีแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาจริยธรรมในการทำงานของแพทย์
- มีการทบทวนความเหมาะสมและประสิทธิภาพในการตรวจรักษา
- มีการทบทวนการใช้ทรัพยากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล (NUR)**บันไดขั้นที่ 2**

- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล มีบทบาทในการดูแล เสริมสร้าง อำนาจความสะอาด ควบคุม การปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย ความรู้
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการ แก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทั้งในวิชาชีพพยาบาลและระหว่าง วิชาชีพ
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล จัดให้มีกำลังคนทางการพยาบาลเหมาะสมทั้งด้านจำนวนและ ความรู้ความสามารถเพื่อให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการ ปฏิบัติ
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล สนับสนุนและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละหน่วย บริการมีความรู้ ความสามารถ และให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดระบบการนิเทศ สอนงาน ติดตาม และประเมินผลการ ปฏิบัติงาน
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล สนับสนุนให้หน่วยบริการพยาบาลติดตามและใช้ประโยชน์จาก เครื่องชี้วัดคุณภาพการพยาบาล
- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพและเฝ้าระวังการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละ หน่วยบริการพยาบาล โดยบูรณาการระบบประกันคุณภาพการพยาบาลเข้ากับกิจกรรม คุณภาพอื่นๆ

บันไดขั้นที่ 3

- มีพยาบาลวิชาชีพเพียงพอสำหรับปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นต้องกระทำโดยพยาบาลวิชาชีพ

- พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพเป็นอย่างดี (ใช้กระบวนการพยาบาล, ให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วย, คาดการณ์ปัญหาฉุกเฉินล่วงหน้าและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า, ตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการได้ดีมีเหตุผล, ทักษะทางการพยาบาลและให้ความรู้)

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย (ETH.1 & ETH.2)

บันไดขั้นที่ 2

- เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักในหน้าที่ที่จะให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในเชิงรุก (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยแต่ละคน, การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย, การรักษาความลับของผู้ป่วย) พร้อมทั้งจะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิอย่างเหมาะสม
- ผู้ป่วยรับรู้สิทธิในการได้รับข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขออุทธรณ์ การรักษาความลับ การขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น/การส่งต่อ
- เด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
- มีข้อบ่งชี้และแนวทางในการแยก ผูกยึด ผู้ป่วย เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวต้องบาดเจ็บเพิ่มขึ้น
- มีหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน
- มีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว

บันไดขั้นที่ 3

- เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรื้อรัง เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร (ETH.3)

บันไดขั้นที่ 2

- การตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย (เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม) เป็นไปโดยการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและครอบครัวของผู้ป่วย หรือตามเจตจำนงของผู้ป่วย
- มีการกำหนดค่าบริการที่เหมาะสมเป็นธรรม และเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการ
- มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ (เป็นไปตามแนวทางที่แพทยสภากำหนด)

- การรับผู้ป่วยไว้ในนอนโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย และการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางวิชาการ โดยที่เหตุผลหรือแรงจูงใจทางการเงินไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพหรือเกินความจำเป็น
- ในกรณีที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ มีการปฏิบัติตามแนวทางที่แพทยสภาและสภาภษาคาชาดกำหนดไว้

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย (GEN.8.1)

บันไดขั้นที่ 2

- มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นปกติประจำ
- แพทย์และพยาบาลส่งมอบความรับผิดชอบระหว่างเวรอย่างมีประสิทธิภาพ
- มีแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้ในการขอคำปรึกษาทางการแพทย์ที่ชัดเจน
- มีการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานที่ดี
- มีความร่วมมือและการประสานงานในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ
- มีบันทึกเวชระเบียนที่เอื้อต่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพ/ผู้ให้บริการ
- มีการนำวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด
- มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในลักษณะสหสาขาวิชาชีพเป็นประจำ (ทุกสัปดาห์ถ้าเป็นไปได้)?

บันไดขั้นที่ 3

- มีการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันในผู้ป่วยที่ซับซ้อน
- มีการร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าสำหรับภาวะที่พบบ่อย (ควรเป็นผลจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน)
- มีการสื่อสารปัญหาเชิงระบบ ระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการปรับปรุง

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (GEN.8.2 & GEN.8.3)

บันไดขั้นที่ 2

- มีการจัดระบบเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหารุนแรงหรือเร่งด่วนได้อย่างทันเหตุการณ์
- มีการให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
- ผู้ป่วย/ครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ทีมผู้ให้บริการอย่างครบถ้วน
- ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค

- มีการอธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจแนวทางการดูแลรักษาและผลที่จะเกิดขึ้น ก่อนลงนามยินยอมรับการรักษาเมื่อจะรับไว้ในนอนโรงพยาบาลและทำหัตถการสำคัญ (informed consent)
- มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้ข้อมูลที่อาจจะเป็นปัญหา เช่น การวินิจฉัยโรคซึ่งไม่มีทางรักษา หรือโรคติดต่อร้ายแรง
- มีวิธีปฏิบัติที่รัดกุมในการป้องกันการตรวจรักษาผู้ป่วยผิดราย

บันไดขั้นที่ 3

- มีการจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการขอข้อมูลจากผู้ป่วย
- ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอสำหรับทำให้เกิดความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
- มีระบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลงนามยินยอมรับการรักษา

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา (GEN.8.4)

บันไดขั้นที่ 2

- มีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และสืบค้นทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง และมีการระบุแผนการรักษาของแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการประเมินปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม รวมทั้งความต้องการด้านการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วน (เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่แท้จริง มิใช่ปัญหาทางทฤษฎี) และนำผลการประเมินมาวางแผนแก้ปัญหาอย่างครบถ้วน
- มีการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ แม่นยำน่าเชื่อถือ (การเก็บส่งตรวจที่ถูกต้อง การควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ การรายงานผลการตรวจที่ครบถ้วนในเวลาที่เหมาะสม) และมีการอธิบายผลการสืบค้นให้แก่ผู้ป่วยได้ทราบ
- มีการติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันในผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิด
- มีการติดตามประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอตามระดับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และนำมาปรับแผนการดูแลรักษา (ควรมี problem list ของผู้ป่วย ระบุวันที่พบปัญหา และวันที่ปัญหาหมดไป ที่หน้าแรกของเวชระเบียน เพื่อช่วยในการติดตามประเมิน)
- ผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญี และ/หรือ แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง

บันไดขั้นที่ 3

- มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินและวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วย

- มีบันทึกข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรคหรือการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค และมีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคอย่างสม่ำเสมอ
- มีการอธิบายผลการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการให้แก่ผู้ป่วย
- ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในแผนการดูแลรักษา
- ผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายได้รับการประเมิน วางแผน และเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย (GEN.8.5)

บันไดขั้นที่ 2

- มีระบบที่จะตรวจสอบปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดกับผู้ป่วย มีเจ้าหน้าที่ เครื่องมือ พร้อมที่จะตอบสนองปัญหาหรือภาวะฉุกเฉิน และระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- มีการจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย (สิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้าย การเฝ้าระวัง การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง)
- มีการให้การดูแลรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล
- มีการประเมินปัญหาหรือความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม และตอบสนองอย่างเหมาะสม
- มีหลักประกันว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย และได้รับคำอธิบายที่เหมาะสม

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (GEN.8.6, IM.4)

บันไดขั้นที่ 2

- วิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน (การสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา การประเมินคุณภาพ) กำหนดแบบบันทึกและมาตรฐานการบันทึกข้อมูลเพื่อตอบสนองเป้าหมายดังกล่าว
- มีการทบทวนบันทึกเวชระเบียนระหว่างที่ผู้ป่วยยังนอนอยู่โรงพยาบาลควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย
- มีการกำหนดเป้าหมายการปรับปรุงบันทึกเวชระเบียนเป็นขั้นตอนร่วมกันในกลุ่มแพทย์
- มีการปฏิบัติที่รัดกุมในเรื่องการบันทึกเวชระเบียน (การใช้คำย่อ, การระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยาและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ, การสั่งการรักษาด้วยคำพูด, การบันทึกวัน เวลา และลงนามผู้บันทึก, ระยะเวลาที่ต้องบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นและการเก็บบันทึกผลการสืบค้น)

บันไดขั้นที่ 3

- มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ

- บันทึกรวบรวมข้อมูลและรายละเอียดครบถ้วนตามเกณฑ์ประเมินของ พรพ., แพทยสภา และสำนักงานประกันสุขภาพ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถทราบภาวะของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาได้)

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (GEN.8.7)

บันไดขั้นที่ 2

- มีการนำปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวในโอกาสแรกที่เป็นไปได้
- มีการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ระบบนัดหมายและระบบส่งต่อ)

บันไดขั้นที่ 3

- มีการวางแผนจำหน่ายครบถ้วนทุกองค์ประกอบในโอกาสแรกที่เป็นไปได้ ตามความจำเป็นของผู้ป่วย
- การวางแผนจำหน่ายเป็นส่วนหนึ่งของ Clinical Path (ในกรณีที่มีการจัดทำ Clinical Path)?

แนวทางการให้คะแนน

ข้อกำหนด	NC	PCS	PCP	FC	
	0	1	2	3	*

NC = Non Compliance

PCS = Partial Compliance, stagnation (need revisit)

PCP = Partial Compliance, progressing (need follow up report)

FC = Full Compliance

* = Commendation

กรณีศึกษา

เหตุการณ์ต่อไปนี้เป็นเหตุผลที่ทำให้ พรพ.ไม่สามารถให้การรับรอง HA แก่โรงพยาบาลได้ ขอให้กลุ่มพิจารณาว่าจะสามารถให้การรับรองในบันไดขั้นที่ 2 ได้หรือไม่

1. ทีมนำได้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและความร่วมมือที่จะสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ โดยการกำหนดจุดเน้นในการพัฒนา การติดตามทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาให้แก่องค์กรต่าง ๆ มีการนำ Balanced Scorecard มาใช้ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาตามเข็มมุ่งที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามการรับรู้ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานยังไม่ทั่วถึง
2. บุคลากรด้านการพยาบาลในบางสายงานต้องรับภาระงานหนักกว่าอัตรากำลังที่มีอยู่ไม่สามารถให้การพยาบาลพื้นฐานได้อย่างมีคุณภาพ
3. ระบบการประเมินผลงานเป็นไปตามแนวทางที่ ก.พ.กำหนดไว้ ไม่ชัดเจนว่ามีส่วนส่งเสริมการพัฒนาเจ้าหน้าที่แต่ละคนอย่างไร
4. โรงพยาบาลจัดทำแบบประเมินตนเองโดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ พรพ.มาเยี่ยมสำรวจ จากการสัมภาษณ์ที่มงานต่าง ๆ พบว่าที่มงานไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้แบบประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาด้วยตนเอง
5. มีการเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดจำนวนมาก แต่ไม่ได้มีการนำมาใช้ประโยชน์
6. มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานที่สำคัญ ไม่มีการประเมินว่ามีการนำไปปฏิบัติเพียงใด
7. การทบทวนและพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอยู่ในระยะเริ่มต้น เป็นการทำให้แบบแยกส่วนโดยเอากิจกรรมเป็นตัวตั้ง มิได้เอาปัญหาและผลลัพธ์เป็นตัวตั้ง ความครอบคลุมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ
8. การทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถระบุถึงปัจจัยเชิงระบบที่เป็นสาเหตุ ทำให้วิธีการแก้ปัญหาเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาซ้ำได้อีก
9. การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง progress note ของแพทย์ที่ไม่สมบูรณ์ ความไม่สอดคล้องระหว่างการบันทึกของแพทย์กับพยาบาล
10. มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ตามรูปแบบ มีธรรมนูญและคณะกรรมการ แต่ยังไม่ได้นำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับมาตรฐานวิชาชีพ
11. มีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่ประสิทธิภาพการเฝ้าระวังยังอยู่ในระดับต่ำ
12. มีการกำหนดแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ไม่พบว่ามีประเมินอย่างเป็นระบบ เจ้าหน้าที่มีความรู้ในระดับหนึ่ง ยังพบการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดไว้
13. การดำเนินงานเรื่องสิทธิผู้ป่วยเน้นที่การแจ้งให้ผู้ป่วยรับรู้สิทธิเป็นหลัก มีการ expose ผู้ป่วยระหว่างการดูแล

14. มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์กับพยาบาล แต่ไม่ได้มีการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากนัก
15. แพทย์เวรห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ซึ่งสามารถปรึกษาแพทย์เฉพาะทางได้เมื่อเกินความสามารถ ไม่มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะว่าเป็นอย่างไร
16. การลงนามยินยอมรับการรักษา เป็นไปโดยเจ้าหน้าที่เข้าใจว่าเพื่อป้องกันการฟ้องร้อง แม้จะมีการแยกใบยินยอมทั่วไปออกจากใบยินยอมรับการผ่าตัด แต่เจ้าหน้าที่ก็ให้ผู้ป่วยคัดลยกรรณลงนามพร้อมกันในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งบางรายยังอยู่ระหว่างการสังเกตอาการ
17. ผู้ป่วยวิกฤติที่มีการบาดเจ็บหลายอวัยวะซึ่งมีแพทย์ผู้รับผิดชอบหลายคน ยังเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการประสานงานที่ไม่ดี
18. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาทำได้ดีเฉพาะในส่วนของงานเภสัชกรรม ส่วนในหอผู้ป่วย ข้อมูลความคลาดเคลื่อนค่อนข้างต่ำ
19. การตรวจสอบความถูกต้องของจำนวนยาที่เหลือในช่องเก็บยาของผู้ป่วยแต่ละรายไม่ตรงกับที่ควรจะเป็น
20. มีการจัดทำแบบฟอร์มเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะเป็น check list ไม่มีการระบุปัญหาเฉพาะที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องประสบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ไม่ทราบว่าการเตรียมผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหรือไม่