

## ตอนที่ 1 ข้อมูลสรุป

### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

โรงพยาบาลรหัส เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ให้บริการระดับ มีประชากร  
รับผิดชอบ คน มีเจ้าหน้าที่ทั้งหมด คน ประกอบด้วย จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย คนต่อวัน  
จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย คนต่อวัน

### 1.2 การเยี่ยมชมสำรวจ

โรงพยาบาลได้เริ่มพัฒนาคุณภาพมาตั้งแต่ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาล (พรพ.) ได้ส่งผู้แทนเข้าเยี่ยมชมสำรวจครั้งแรกเมื่อวันที่ และเยี่ยมชมสำรวจซ้ำเมื่อวันที่  
โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกฤษฎาภิเชก และคู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพ  
โรงพยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเครื่องมือ

### 1.3 สิ่งที่น่าสนใจ

#### หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

- 1.
- 2.
- 3.

#### หมวดที่ 2 การบริหารทรัพยากร และการประสานบริการ

- 1.
- 2.
- 3.

#### หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ

- 1.
- 2.
- 3.

#### **หมวดที่ 4 มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ**

- 1.
- 2.
- 3.

#### **หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วย และจรรยาบรรณองค์กร**

- 1.
- 2.
- 3.

#### **หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

#### **1.4 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง**

ข้อเสนอแนะต่อไปนี้เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในช่วง 1-2 ปีข้างหน้า เป็นประเด็นที่ผู้แทนของ พรพ. จะติดตามในระหว่างการประชุมสำรวจเฝ้าระวังเมื่อครบ 1 ปีหลังจากได้รับการรับรองแล้ว

#### **หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ**

- 1.
- 2.
- 3.

#### **หมวดที่ 2 การบริหารทรัพยากร และการประสานบริการ**

- 1.
- 2.

3.

### **หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ**

1.

2.

3.

### **หมวดที่ 4 มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ**

1.

2.

3.

### **หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วย และจรรยาบรรณองค์กร**

1.

2.

3.

### **หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย**

1.

2.

3.

4.

5.

## ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

### 2.1 สถิติเครื่องชั่งวัดของโรงพยาบาล

ดัชนีชี้วัดของโรงพยาบาล	พศ. 2543 (mm/yy-mm/yy)	พศ. 2544 (mm/yy-mm/yy)	พศ. 2545 (mm/yy-mm/yy)
<b>จำนวนและอัตราการเสียชีวิต</b>			
จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด			
จำนวนทารกตายคลอด			
ทารกแรกเกิดเสียชีวิตใน 7 วัน			
อัตราตายปริกำเนิดต่อ 1,000			
จำนวนมารดาเสียชีวิตจากการคลอด			
จำนวนการผ่าตัดทั้งหมด			
จำนวนการเสียชีวิตเนื่องจากการผ่าตัด			
อัตราการเสียชีวิตจากการผ่าตัด			
จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด			
จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยในผู้อื่นๆ (ยกเว้นการคลอด ทารกแรกเกิด การ ผ่าตัด)			
จำนวนการเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน			
<b>การส่งตรวจทางพยาธิวิทยาภาค</b>			
จำนวนการผ่าตัดไส้ติ่ง			
จำนวนการส่งชิ้นเนื้อตรวจ			
อัตราการส่งตรวจ(%)			
จำนวนการผ่าตัดมดลูก			
จำนวนการส่งชิ้นเนื้อตรวจ			
อัตราการส่งตรวจ(%)			

ดัชนีชี้วัดของโรงพยาบาล	พศ. 2543 (ตค.42-กย.43)	พศ. 2544 (ตค.43-กย.44)	พศ. 2545 (ตค.44-กพ.45)
<b>การติดเชื้อในโรงพยาบาล</b>			
จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล			
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล(%)			
อัตราการติดเชื้อใน ICU(%)			
อัตราการติดเชื้อใน NS (เด็กแรกเกิด)(%)			
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด(%)			
อัตราการติดเชื้อทางเดินหายใจผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจ (% , ต่อ 1000 วันที่ใช้ เครื่อง)			
อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ ใส่สายสวนคา(%, ต่อ 1000 วันที่ใส่สาย สวนคา)			
<b>การคลอด</b>			
จำนวนมารดาคลอด			
จำนวนทารกแรกเกิด			
จำนวนการผ่าตัดคลอด			
อัตราการผ่าตัดคลอด(%)			
จำนวนมารดาที่เกิดภาวะแทรกซ้อน(รวม) Eclampsia Embolism การตกเลือดระหว่าง/หลังคลอด การฉีกขาด/แตก/ทะลุ การติดเชื้อ รกค้าง อื่นๆ (PROM,HIV,แผลแยก) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน (%)			

ดัชนีชี้วัดของโรงพยาบาล	พศ. 2543 (ตค.42-กย.43)	พศ. 2544 (ตค.43-กย.44)	พศ. 2545 (ตค.44-กพ.45)
<b>การใช้เลือด</b>			
จำนวนของเลือดที่ใช้ทั้งหมด			
FWB (จำนวน/%)			
PRC/LBP (จำนวน/%)			
FFP/CRP (จำนวน/%)			
Platelet conc(จำนวน/%)			
Transfusion reaction(จำนวน/ %)			
<b>การใช้ยา</b>			
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยนอก			
ความคลาดเคลื่อนด้านยาผู้ป่วยนอก			
จำนวน prescribing error (สั่งยาผิด)			
จำนวน pre-dispensing error (จัดยาผิด)			
จำนวน dispensing error (จ่ายยาผิด			
ครั้งต่อ 10,000 ใบสั่งยา)			
จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน			
ความคลาดเคลื่อนผู้ป่วยใน			
จำนวน prescribing error (สั่งยาผิด)			
จำนวน pre-dispensing error (ลอกคำสั่ง			
ผิด,จัดยาผิด)			
จำนวน dispensing error-ห้องยา (จ่ายยา			
ผิด ครั้งต่อ 10,000 ใบสั่งยา)			
จำนวน dispensing error-ward(จ่ายยา			
ผิด ครั้งต่อ 10,000 ใบสั่งยา)			
ผลของความคลาดเคลื่อนทางยา			

## 2.2 ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

### ผลการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยใน (จำนวน 50 ราย)

	NA	0	1	2	3	4	5
ชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ของผู้ป่วย, ชื่อ ที่อยู่ของผู้ติดต่อ							
ประวัติความเจ็บป่วย							
การตรวจร่างกาย							
ผลการปฏิบัติการ							
การวินิจฉัย							
การดำเนินโรค							
การผ่าตัด							
การตรวจชิ้นเนื้อ							

### ผลการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

	NA	0	1	2	3	4	5
1. มาโรงพยาบาลครั้งแรก							
ชื่อ สกุล อายุ ที่อยู่ของ ผู้ป่วย, ชื่อ ที่อยู่ของผู้ติดต่อ							
ประวัติความเจ็บป่วย							
การตรวจร่างกาย							
ผลการปฏิบัติการ							
การวินิจฉัย							
การรักษา							
2. การตรวจติดตาม							
ประวัติการติดตาม							
การตรวจร่างกายที่จำเป็น เกี่ยวข้อง							
ผลห้องปฏิบัติการ							
การวินิจฉัย							
การรักษา							



## 2.3 สรุปคะแนนการประเมิน

มาตรฐาน HA	การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์
<b>หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ</b>			
บทที่ 1 การนำองค์กร			
บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย			
<b>หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร</b>			
บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ			
บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล			
บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย			
บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ			
บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล			
<b>หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ</b>			
บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป			
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพทางคลินิกบริการ			
บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล			
<b>หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ</b>			
บทที่ 11 องค์กรแพทย์			
บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล			
<b>หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร</b>			
บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย			
บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร			
<b>หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย</b>			
บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย			
บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว			
บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา			
บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วยรักษาผู้ป่วย			
บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย			
บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง			

### ตอนที่ 3 ผลการเยี่ยมชมสำรวจ

#### บทที่ 1 การนำองค์กร

##### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

#### การวางระบบและการปฏิบัติ

##### GOV.1 องค์กรบริหารสูงสุด

ทีมนำของโรงพยาบาลได้แก่ , มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ , ทีมประชุมกันทุก , การตัดสินใจที่สำคัญในรอบปีที่ผ่านมาได้แก่ ✓±

0	บทบาทในการกำหนดทิศทางนโยบาย
	ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดได้แก่
	มีการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเหมาะสม โดยใช้ข้อมูลต่อไปนี้
	ทิศทางนโยบายที่กำหนดมีความสอดคล้องกับปัญหา/สถานการณ์ เช่น
0	บทบาทในการสนับสนุนการปฏิบัติตามทิศทางนโยบาย
	มีการสนับสนุนทรัพยากร ติดตามความเพียงพอ และตอบสนองอย่างเหมาะสม เช่น
	มีการสร้างความตระหนัก โดย
	มีการสื่อสารที่ดี โดยช่องทางที่ใช้ได้แก่
	มีการรับฟังข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น โดยมีกลไกคือ
	มีการสนับสนุน ติดตาม ให้คำปรึกษา และแก้ปัญหา โดยมีกลไกคือ
0	บทบาทในการจัดบริการที่มีคุณภาพ
	สร้างหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ โดย
	สนับสนุนให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย โดย
	สร้างหลักประกันว่าจะให้บริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน โดย
0	บทบาทในการติดตาม ทบทวน ประเมินผล

	มีการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนและการบรรลุเป้าหมาย โดย ทุก ระยะ เดือน, พบว่าการบรรลุผลที่ทีมนำพอใจได้แก่ สิ่งทีมนำต้องการปรับปรุงต่อ และให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่
	มีการประสานความร่วมมือในทีมนำระดับสูงที่ชัดเจน ส่งผลให้

LED.4 บทบาทของผู้นำ ในการพัฒนาคุณภาพ

<b>0</b>	<b>บทบาทในการชี้นำและสนับสนุน</b>
	ผู้นำกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนา
	ผู้นำกำหนดเป้าหมายและความคาดหวัง
	ผู้นำติดตามและควบคุมกำกับความก้าวหน้าของการพัฒนา
	ผู้นำสร้างแรงจูงใจและปรับระบบบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ โดย
<b>0</b>	<b>บทบาทในการเป็นโค้ช</b>
	ผู้นำร่วมกิจกรรมเรียนรู้แนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ
	ผู้นำสนับสนุนให้สมาชิกในทีมได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
	ผู้นำส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาระบบงานโดยใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ดัง ตัวอย่าง
	ผู้นำยอมรับความสำคัญของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และให้ผลตอบแทนความมานะพยายาม
	ผู้นำให้การสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา
	ผู้นำช่วยขจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน ดังตัวอย่าง

LED.4.2 การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล

<b>0</b>	<b>การประสานแนวคิด</b>
	มีความสามารถในการเชื่อมโยงแนวคิดการพัฒนาต่างๆ เข้าด้วยกัน อยู่ในระดับ ดัง ตัวอย่าง
	มีคำจำกัดความของ "คุณภาพ" สำหรับโรงพยาบาล
<b>0</b>	<b>โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพและผู้รับผิดชอบ</b>
	มีการใช้โครงสร้างการบริหารเดิมเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่
	มีโครงสร้างเสริมเพื่อประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ได้แก่
	มีหน่วยงาน/ทีมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่

	มีบทบาทและความสัมพันธ์ที่ชัดเจนของโครงสร้างที่กล่าวมา
	มีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้รับผิดชอบกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่างๆ ได้แก่
<b>0</b>	<b>การประสานแผนงานและกิจกรรม</b>
	มีการเชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
	มีการเชื่อมโยงกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM), การประกันคุณภาพ (QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เข้าด้วยกัน โดย
	มีการประสานยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินการ ดังตัวอย่าง
	มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกัน ดังตัวอย่าง
	มีการลดหรือป้องกันความซ้ำซ้อนของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ดังตัวอย่าง
	มีการขยายผลของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ดังตัวอย่าง

GEN.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

<b>0</b>	<b>โครงสร้างองค์กร</b>
	โครงสร้างระดับบนของโรงพยาบาลชัดเจน การแบ่งสายงานและลำดับชั้นเหมาะสม สามารถสื่อสารกับฝ่ายบริหารได้ดี
	หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบความรับผิดชอบของตนอย่างชัดเจน
	มีแนวทางการประสานงานและแก้ปัญหาที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานในแนวราบ โดย
	เจ้าหน้าที่ทราบวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อติดขัดในการทำงาน
	มีระบบการรายงานที่ชัดเจน ทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดปัญหา
<b>0</b>	<b>ศักยภาพของหัวหน้าหน่วยงาน</b>
	ใช้เกณฑ์ความรู้ ประสบการณ์ ความสามารถ ในการคัดเลือกและแต่งตั้ง
	มีความสามารถในการบริหารงานให้บรรลุพันธกิจ <sup>1</sup>
	มีระบบการพัฒนาศักยภาพสำหรับหัวหน้าหน่วยงาน โดย
	มีระบบประเมินผลงานของหัวหน้าหน่วยงาน

<sup>1</sup> (ก) ความสามารถในวิชาชีพ, (ข) ความสามารถในการสร้างทีมงานและจัดระบบงานในหน่วยงาน, (ค) ความสามารถในการถ่ายทอดเป้าหมายของโรงพยาบาลไปสู่เจ้าหน้าที่, (ง) ความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

0	<b>การมีส่วนร่วมตัดสินใจในระดับโรงพยาบาล</b>
	ผู้แทนของหน่วยงานและวิชาชีพต่างๆ มีส่วนร่วมตัดสินใจในระดับโรงพยาบาล โดย

**การประเมินผลและผลลัพธ์**

0	<b>การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร</b>
	มีการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในองค์กร การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดเจนในมุมมองของผู้เกี่ยวข้องมีดังนี้ มุมมองของของทีมงานโรงพยาบาล - มุมมองของทีมงานระดับกลาง - มุมมองของหัวหน้างาน - มุมมองของผู้ปฏิบัติงาน - มุมมองของผู้รับบริการ - ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณที่ชัดเจนได้แก่
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
	<b>บทบาทของทีมงานในการพัฒนาคุณภาพ</b>
	มีการประเมินบทบาทของทีมงานในการพัฒนาคุณภาพ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
	<b>การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ</b>
	มีการประเมินการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพและความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>แนวคิดผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง<sup>2</sup></b>
	มีความเข้าใจแนวคิดผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
	มีการศึกษาความต้องการ/ความคาดหวัง ซึ่งวิธีการเชิงรุกที่ใช้ได้แก่
	มีการจูงใจให้มีการตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน ได้แก่
0	<b>การพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง</b>
	มีความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
	มีการใช้เครื่องมือและเทคนิคเหมาะสมกับสภาพของปัญหา
	การพัฒนาคุณภาพระบบงานจนเป็นวิถีปกติประจำวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

<sup>2</sup> ครอบคลุม ตอบสนองปัญหาและความต้องการ, การดูแลแบบองค์รวม, การพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี, การดูแลด้วยความระมัดระวังและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด ไม่เน้นเฉพาะความพึงพอใจเท่านั้น

<b>ศักยภาพของหัวหน้าหน่วยงาน</b>	
	มีการประเมินศักยภาพของหัวหน้าหน่วยงาน และความเหมาะสมของระบบการสรรหา/ แต่งตั้งหัวหน้าหน่วยงาน ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ <sup>3</sup>
บทบาทของผู้นำในการกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัว และมุ่งมั่นร่วมกันที่จะสร้างวัฒนธรรมคุณภาพยังไม่ชัดเจน	ทีมนำควรสร้างความตระหนัก กระตุ้นให้ผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเห็นความจำเป็นที่จะต้อง เปลี่ยนแปลง เกิดความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะสร้าง วัฒนธรรมคุณภาพขึ้นในองค์กร	

<sup>3</sup> Type I Recommendation ข้อเสนอนี้ที่ต้องปรับปรุงแก้ไขโดยด่วน ก่อนที่จะเสนอให้กรรมการพิจารณารับรอง  
 Type II Recommendation ข้อเสนอนี้เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง และจะมีการติดตามในการเยี่ยมสำรวจครั้งต่อไป

**บทที่ 2 ทิศทางการพัฒนา****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

GOV.2 กรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

พันธกิจของโรงพยาบาล:

วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล:

ปรัชญาของโรงพยาบาล:

	<b>การกำหนดเป้าหมายร่วม (พันธกิจ วิสัยทัศน์)</b>
	ผู้มีส่วนทาทในการจัดทำ คือ ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมโดย
	มีการนำความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ความต้องการของผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา
0	<b>การกำหนดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนยุทธศาสตร์</b>
	มีการกำหนดประเด็นสำคัญในการพัฒนา ได้แก่
	มีการให้ความสำคัญกับประเด็นด้านคลินิก
	ยุทธศาสตร์/กลยุทธ์มีความครอบคลุมและเหมาะสมกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ เช่น
	มีการประสานยุทธศาสตร์ระหว่างแผนงานต่างๆ เช่น
0	<b>การกำหนดเป้าหมายและแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน</b>
	หน่วยงานต่างๆ มีเป้าหมายและแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน
	เป้าหมายและวัตถุประสงค์ในแผนปฏิบัติการสอดคล้องกับลำดับความสำคัญของโรงพยาบาลและเจตจำนงของหน่วยงาน
	แผนปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และวัดได้
0	<b>การสื่อสารความหมายและความเข้าใจ</b>
	มีการสื่อสารเป้าหมาย แผนงาน ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้วยการ
	เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทของตนเอง

0	<b>การติดตามความก้าวหน้า</b>
	มีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผน โดย <sup>4</sup> ประเด็นสำคัญที่ใช้ติดตามคือ

GOV.3 ธรรมนูญ กฏระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

0	<b>มีกฎ ระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย</b>
	สิทธิผู้ป่วย
	การรักษามาตรฐานและจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ
	การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
	เอกสาร การบันทึก และการรักษาความลับของข้อมูล
	สุขภาพและความปลอดภัย
	ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
	การป้องกันและการจัดการกับความเสี่ยง
	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
0	<b>การส่งเสริมให้มีการปฏิบัติ</b>
	มีการสื่อสารและสร้างความตระหนัก โดย
	มีการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น
	มีระบบรับทราบปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดย

**การประเมินผลและผลลัพธ์**

0	<b>การประเมินการปฏิบัติตามแผน</b>
	มีการประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผนและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดย <sup>5</sup> ประเด็นสำคัญที่ใช้ติดตามคือ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การประเมินการรับรู้และความเข้าใจ</b>

<sup>4</sup> ระบุผู้รับผิดชอบ วิธีการ และความถี่ของการติดตาม

<sup>5</sup> ระบุผู้รับผิดชอบ วิธีการ และความถี่ของการติดตาม



	มีการประเมินการรับรู้และความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่ต่อคุณภาพในงานที่รับผิดชอบ และเป้าหมายองค์กร โดย ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การประเมินการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย</b>
	มีการประเมินการปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย โดย ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
จัดทำพันธกิจและวิสัยทัศน์ โดยไม่เข้าใจ วัตถุประสงค์ ขาดความสอดคล้อง ขาดการมีส่วนร่วม ไม่ระบุคุณค่าที่ผู้ช่วยและผู้รับผลงานจะได้รับ	ทีมนำควรจัดให้มีการทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ ว่าสามารถสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีพลังได้เพียงใด เจตจำนง/ความมุ่งหมายของหน่วยงานต่างๆมีความสอดคล้องกับพันธกิจของ รพ.เพียงใด	

**บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

## LED.2.3 การวางแผนจัดบริการผู้ป่วย

0	<b>การวางแผนปรับปรุง/ขยาย/ลด การจัดบริการผู้ป่วย</b>
	มีการใช้ข้อมูลการรับบริการและการส่งต่อผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผน เช่น
	มีการศึกษาปัญหาสุขภาพ ความต้องการบริการของประชาชนในพื้นที่หรือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมาใช้ในการวางแผน เช่น

## LED.2.5 การวางแผนการเงิน

0	<b>การวางแผนการเงินเพื่อจัดบริการ</b>
	มีการทำแผนงบประมาณประจำปี
	มีการจัดทำแผนระยะยาวเพื่อการจัดบริการ โดยระบุการลงทุนในด้านกำลังคน เครื่องมือ และโครงสร้างกายภาพ ที่ชัดเจน ได้แก่

## LED.5.1 การจัดสรรทรัพยากร

0	<b>การจัดสรรทรัพยากร</b>
	มีการกำหนดมาตรฐานทรัพยากรที่เหมาะสม
	มีการสำรวจความต้องการทรัพยากรในหน่วยงานต่างๆ
	มีการจัดลำดับความสำคัญเปรียบเทียบ
	มีการจัดสรรทรัพยากร มีการคำนึงถึงสถานะการเงิน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ดังตัวอย่าง

LED.5.2 การพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากร

(ดูบทที่ 4, 5, 6)

LED.5.3 ระบบบริหารการเงิน

0	<b>ระบบบริหารการเงิน</b>
	มีระบบตรวจสอบภายในอย่างเหมาะสม
	มีระบบบัญชีแสดงสถานะการเงินของโรงพยาบาล
	มีระบบการควบคุมทรัพย์สิน รวมทั้งลูกหนี้ วัสดุคงคลัง และเครื่องมือ
	มีการจัดทำแผนงบประมาณโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
	มีเครื่องชี้วัดทางการเงินซึ่งผู้บริหารใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ ตัวอย่างการตัดสินใจที่เกิดขึ้น เช่น

LED.3 การประสานบริการ

0	<b>การสื่อสาร</b>
	มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ชัดเจน
	มีกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงาน
	มีกลไกส่งเสริมการรับฟังข้อเสนอแนะและการนำไปปฏิบัติ ได้แก่
0	<b>กลไกการแก้ปัญหา</b>
	มีกลไกตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่
	มีระบบที่จะส่งปัญหาที่ค้นพบไปให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
	มีกลไกที่จะติดตามผลการแก้ปัญหาของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ได้แก่
0	<b>ความร่วมมือในการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพ</b>
	มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อมีปัญหา
	มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาโดยใช้เวทีต่อไปนี้
	ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล เช่น
0	<b>บทบาทของหัวหน้าหน่วยงาน</b>

	ร่วมพัฒนาคุณภาพในเรื่องที่มีความสำคัญสูงและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน เช่น
	ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงานตามความเหมาะสม เช่น

### การประเมินผลและผลลัพธ์

0	<b>การบริหารทรัพยากร</b>
	มีการประเมินผลความสมเหตุสมผลและความคุ้มค่าในการจัดบริการ การจัดสรรและใช้ทรัพยากร ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การประสานบริการ</b>
	มีการประเมินผลความร่วมมือในการประสานบริการ แก้ปัญหา และพัฒนาคุณภาพ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
มีการลงทุนหรือการปรับขอบเขตบริการอย่างไม่คุ้มค่าหรือไม่จำเป็น ให้ความสำคัญกับโครงสร้างกายภาพมากกว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	ทีมนำควรส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรที่ได้ลงทุนไว้แล้วอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกำหนดแนวทางการตัดสินใจในการลงทุนที่มีมูลค่าสูง โดยคำนึงถึงความจำเป็นตามพันธกิจขององค์กรและความคุ้มค่าเป็นสำคัญ	



## บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การวางระบบและการปฏิบัติ

#### HUM.1 นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคล

0	นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคล
	มีการวิเคราะห์พันธกิจและความต้องการด้านกำลังคนในภาพรวม
	มีนโยบายเกี่ยวกับวิธีการได้มาซึ่งกำลังคนที่ต้องการ
	มีนโยบายเกี่ยวกับการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา
	มีนโยบายเกี่ยวกับการทดแทนกำลังคนและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน

#### HUM.2 การสรรหา คัดเลือก บรรจุ

0	การสรรหา คัดเลือก บรรจุ
	มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้
	มีการใช้สัญญาจ้างหรือคำสั่งแต่งตั้งสื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบบทบาทหน้าที่ที่สัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร
	มีการจัดทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ซึ่งมีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน้าที่รับผิดชอบ บันทึกประเมินผลการปฏิบัติงาน บันทึกการลาและป่วย
	มีการรักษาความลับของข้อมูลเจ้าหน้าที่

#### GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

0	การจัดกำลังคน
	มีการวิเคราะห์งานและความต้องการกำลังคน
	มีการจัดสรรกำลังคนอย่างเหมาะสม

	มีการประเมินความเพียงพอของกำลังคนโดยพิจารณาความรุนแรง/ความต้องการของผู้ป่วย
	มีมาตรการแก้ไขกรณีกำลังคนไม่เพียงพอ เช่น
0	<b>การประเมินผลการปฏิบัติงาน</b>
	ใช้เกณฑ์ประเมินที่เหมาะสม เช่น
	การประเมินก่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง ร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ และมีผลงานที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น โดย
0	<b>การกำกับดูแล</b> ผู้ที่อยู่ในข่ายที่จะต้องมีการกำกับดูแล ได้แก่
	มีแนวทางในการการตรวจสอบ/ควบคุม/กำกับดูแลที่ชัดเจน ได้แก่
	มีระบบให้คำปรึกษาได้แก่
	มีระบบตรวจสอบการทำงาน ได้แก่

HUM.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

0	<b>การประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหา</b>
	ใช้ข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
	ใช้ข้อมูลจากกิจกรรมคุณภาพ
	มีการจัดลำดับความสำคัญ เนื้อหาที่เป็นเรื่องสำคัญในการพัฒนาได้แก่
0	<b>การทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล</b>
	มีแผนในระดับบุคคลและหน่วยงาน
	มีแผนในระดับโรงพยาบาล
0	<b>การปฐมนิเทศ</b>
	เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับทราบบทบาทหน้าที่ และความคาดหวังของโรงพยาบาล/หน่วยงาน
	เจ้าหน้าที่ใหม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทั้งด้านสถานที่ บุคคล และวิธีทำงาน โดยเนื้อหาหลักในการปฐมนิเทศ ได้แก่
	มีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ ได้แก่
0	<b>การเพิ่มพูนความรู้และทักษะระหว่างประจำการ</b>
	มีการนำศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่ โดย
	มีการส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีการใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานและเกิดเป็นองค์การเรียนรู้ โดย

HUM.5 การตอบสนองของความต้องการของเจ้าหน้าที่

0	<b>การตอบสนองของความต้องการของเจ้าหน้าที่</b>
	มีการศึกษาความต้องการของเจ้าหน้าที่ ปรากฏผลว่า
	มีปรับปรุงระบบแรงจูงใจและระบบงานให้เอื้อต่อการทำงานที่มีคุณภาพโดย
	มีการตอบสนองความต้องการที่สำคัญอื่นๆ โดย

**การประเมินผลและผลลัพธ์**

0	<b>ความเพียงพอ</b>
	มีการประเมินความเพียงพอของกำลังคนของหน่วยงานต่างๆ ในการทำงานที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การพัฒนาบุคลากร</b>
	มีการประเมินผลการพัฒนาบุคลากรในด้านความรู้ทางเทคนิค การบริการ และการพัฒนา คุณภาพ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>ความพึงพอใจ ขวัญกำลังใจ แรงจูงใจ</b>
	มีการประเมินความพึงพอใจ ขวัญกำลังใจ และแรงจูงใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่ ผล ปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

**สิ่งที่น่าชื่นชม**

**ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง**

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
นโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลในเรื่องปริมาณ ระบบแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนระบบงาน(เพื่อ ความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพ และการประสานงาน) ยังไม่ชัดเจน	ทีมนำควรกำหนดนโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลให้ ชัดเจน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารและพัฒนาให้มี กำลังคนที่มีคุณภาพเพียงพอ มีแรงจูงใจในการทำงานที่ มีคุณภาพ และมีระบบงานที่มีประสิทธิภาพ	



HA Expert Update 4527: Survey Report (Draft Incomplete)


## บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การวางระบบและการปฏิบัติ

#### ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

0	<b>โครงสร้างกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวก</b>
	ที่ตั้งหน่วยบริการมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงและการส่งต่อ
	พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ จัดโครงสร้างภายในเหมาะสม
	มีความสะอาด เป็นระเบียบ การถ่ายเทอากาศดี แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม
	ปราศจากสิ่งรบกวนที่มีผลต่อการปฏิบัติ
	สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา/การได้ยิน โดยบุคคลอื่น
	สิ่งที่ไม่เหมาะสมที่สังเกตพบ ได้แก่
0	<b>สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย</b>
	โครงสร้างกายภาพพิเศษสำหรับเด็ก และผู้พิการ
	อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
	สถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อความสบายของผู้ใช้บริการ
	มีระบบการระบายอากาศที่ดี
0	<b>ระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น</b>
	เครื่องกำเนิดไฟฟ้า
	ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน
	ก๊าซทางการแพทย์
	ตู้เย็นเก็บโลหิต
	ถังเก็บน้ำ

0	<b>ระบบการสื่อสารและขนส่ง</b>
	ระบบเตือนภัย
	ระบบตามตัวเจ้าหน้าที่
	ระบบเรียกพยาบาล
	โทรศัพท์สายตรงสำหรับหน่วยงานที่จำเป็น
	เส้นทางเชื่อมต่อระหว่างอาคาร ชั้น และหน่วยงานต่างๆ
	การขนส่งระหว่างชั้น
0	<b>ระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ</b>
	นโยบายและวิธีปฏิบัติ
	ระบบบริหารทรัพย์สิน
	แผนผังของโรงพยาบาล
	ระบบบำรุงรักษา
	การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่

ENV.2 การกำจัดของเสีย

0	<b>ระบบบำบัดน้ำเสียมีประสิทธิภาพ</b>
	มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล กล่าวคือ
	น้ำทิ้งทั้งหมด (ยกเว้นน้ำฝน) ผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย
	มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
	มีการประสานงานอย่างดีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบและคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วอย่างสม่ำเสมอ
0	<b>ระบบและวิธีการกำจัดขยะถูกสุขลักษณะ</b>
	มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ
	ระบบ/อุปกรณ์ในการแยกขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย เหมาะสม
	ระบบ/อุปกรณ์ในการขนย้ายขยะเหมาะสม
	การจัดที่พักขยะเหมาะสม
	ระบบในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายเหมาะสม
	มีมาตรการในการลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม การนำขยะที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่

	มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง
--	--

## ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

<b>0</b>	<b>โครงสร้าง</b>
	การก่อสร้างและต่อเติมอาคารเป็นไปตามข้อกำหนดของ พรบ.ควบคุมอาคารด้านการป้องกันอัคคีภัย
	มีทางหนีไฟจากส่วนต่างๆ ของอาคารซึ่งสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย
	มีการแสดงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยและวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนทั่วทั้งโรงพยาบาล
<b>0</b>	<b>นโยบายและผู้รับผิดชอบ</b>
	มีนโยบายซึ่งผู้บริหารสูงสุดรับรอง
	มีผู้รับผิดชอบในการป้องกันอัคคีภัย ได้แก่
<b>0</b>	<b>การตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัย</b>
	การตรวจสอบโดยหน่วยงานภายนอก ได้แก่ (หน่วยงาน/เวลา/ผล)
	การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่เข้ามาตรวจสอบ ได้แก่
	การประเมินภาวะเสี่ยงจากอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ
	การลดปริมาณวัสดุไวไฟและเก็บในบริเวณที่กำหนด
	การตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องใช้ไฟฟ้าและระบบสายไฟ
<b>0</b>	<b>เครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย</b>
	มีเครื่องมือดับเพลิงที่เหมาะสมและเพียงพอ
	บริเวณที่มีอันตรายมีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างเหมาะสม ได้แก่
	มีหลักฐานการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือ และระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ
	ไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการนำเครื่องมือดับเพลิงไปใช้
	มีป้ายแสดงตำแหน่งของเครื่องดับเพลิงชัดเจน
<b>0</b>	<b>การฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย</b>
	มีการซ้อมดับเพลิงอย่างสม่ำเสมอ ในรอบปีที่ผ่านมาได้มีการซ้อม <b>ครั้ง</b> มีผู้ร่วมซ้อมคิดเป็นร้อยละ <b></b> ของเจ้าหน้าที่ทั้งหมด
	เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมวิธีการ/เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
	มีการฝึกซ้อมติดต่อ/ประสานงาน กับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านอัคคีภัยในพื้นที่ ได้แก่

	มีการประเมินผลการจัดซื้อ ปัญหาสำคัญที่พบในการซื้อครั้งสุดท้ายได้แก่
--	---

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

<b>0</b>	<b>การจัดการทั่วไป</b>
	มีนโยบายและวิธีปฏิบัติ
	มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบ ได้แก่
	มีการสร้างความตระหนักโดย
	มีการทำรายงานประจำปี
<b>0</b>	<b>การวางแผนและดำเนินงาน</b>
	มีการค้นหาและประเมินภาวะเสี่ยงต่ออันตราย
	มีมาตรการในการป้องกันและควบคุม เช่น
	มีการตรวจตราหน่วยงานที่เสี่ยงต่ออันตรายสม่ำเสมอ ได้แก่
	มีระบบรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้อง
<b>0</b>	<b>บริการอาชีวอนามัย</b>
	มีการตรวจสอบสุขภาพก่อนบรรจุทำงาน
	มีการคัดกรองสุขภาพและเฝ้าระวังโรค ได้แก่
	มีการให้ภูมิคุ้มกันโรคในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่
	มีนโยบายและมาตรการในการป้องกันอันตรายจากสารเคมี, จุลชีพ, กลไก และ ท่าทางในการทำงาน มาตรการสำคัญได้แก่
	มีระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัญหาและกำหนดแนวทางป้องกัน

**การประเมินผลและผลลัพธ์**

<b>0</b>	<b>คุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัด</b>
	มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัด ผลการตรวจสอบ 3 ครั้งสุดท้ายปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่า
<b>0</b>	<b>การเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้อง</b>
	มีการสรุปผลการเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้องต่างๆ ผลปรากฏว่า

	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>ความเข้าใจ ความตระหนัก การปฏิบัติ</b>
	มีการประเมินผลความเข้าใจ ความตระหนัก และการปฏิบัติในเรื่องปลอดภัยในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>งานอาชีวอนามัย</b>
	มีการทบทวนอัตราการเกิดโรคและอุบัติเหตุจากการทำงานในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
โครงสร้างกายภาพไม่เอื้อต่อการทำงานและให้บริการที่ปลอดภัย สะดวก สบาย	ควรสำรวจและปรับปรุงโครงสร้างกายภาพเพื่อให้สามารถเอื้อต่อการทำงานและให้บริการได้อย่างปลอดภัย สะดวก สบาย ทั้งต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ	

**บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

0	<b>การคัดเลือกและประเมิน</b>
	มีกลไกในการคัดเลือกเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่
	มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกและประเมิน <sup>6</sup> ได้แก่
	ผู้ใช้มีส่วนร่วมโดย
0	<b>ความเพียงพอ</b>
	มีการกำหนดระดับของเครื่องมือและอุปกรณ์ขั้นต่ำสำหรับแต่ละหน่วยงาน
	มีการตรวจสอบระดับความเพียงพอของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์สม่ำเสมอ
	มีการเก็บรักษาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและปลอดภัย
	มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา ได้แก่
0	<b>ผู้ใช้เครื่องมือ</b>
	ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ ได้แก่
	ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษมีความรู้ในการใช้งาน
0	<b>ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ</b>
	มีคู่มือปฏิบัติในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุด
	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานมีความเข้าใจวิธีการดูแลรักษา
	มีการตรวจสอบบำรุงรักษาเชิงป้องกันตามระยะเวลาที่กำหนด

<sup>6</sup> เช่น การรับรองโดยหน่วยงานผู้ควบคุม, การยอมรับของแพทย์/ผู้ใช้, ความคุ้มค่า, บริการหลังจำหน่าย, มาตรฐานความปลอดภัยและสุขอนามัยในที่ทำงาน, ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

	มีระบบในการดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนหรือซับซ้อนเป็นการเฉพาะ เช่น
	มีบันทึกประวัติของเครื่องมือ ผู้ขาย และการบำรุงรักษาเครื่องมือแต่ละชิ้น
	มีบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องมือแต่ละชิ้น
0	<b>ระบบการซ่อมเครื่องมือ</b>
	มีการกำหนดประเภทของเครื่องมือที่จะซ่อมเองหรือส่งซ่อมภายนอก, เครื่องมือที่มีการทำสัญญาจ้างกับภายนอก ได้แก่
	มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของหน่วยซ่อมเครื่องมือ โดย
	มีการจัดระบบบริการซ่อมที่มีประสิทธิภาพ โดย
0	<b>ระบบตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์</b>
	มีการกำหนดประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำ ได้แก่
	มีการกำหนดลักษณะความพร้อมที่ต้องการ และวิธีการตรวจสอบ ได้แก่
	มีการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration) สำหรับเครื่องมือที่จำเป็น ได้แก่

### การประเมินผลและผลลัพธ์

0	<b>การจัดการ</b>
	มีการประเมินผลการจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ ในแง่การยอมรับ ความคุ้มค่า บริการหลังขาย ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่า
0	<b>ความเพียงพอของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์</b>
	มีการตรวจสอบความเพียงพอของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมชมสำรวจในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต เช่น ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก พบว่า
0	<b>ประสิทธิภาพของระบบบำรุงรักษาและซ่อมเครื่องมือ</b>
	มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบบำรุงรักษาและซ่อมเครื่องมือ ผลปรากฏว่า
	ข้อมูลสถิติที่แสดงประสิทธิภาพของระบบบำรุงรักษาและซ่อมเครื่องมือ <sup>7</sup> ได้แก่

<sup>7</sup> เช่น ค่าใช้จ่ายทั้งหมด, downtime, อุบัติการณ์ข้อผิดพลาด/การชำรุดซ้ำ



	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
--	-------------------------------------

### สิ่งที่น่าชื่นชม

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
<p>การจัดการเครื่องมือคำนึงถึงต้นทุนในการจัดซื้อ มากกว่าต้นทุนรวมทั้งหมดที่จะเกิดขึ้นตลอดอายุใช้งาน (เครื่องมือที่ซื้อใหม่ ๆ มีปัญหาไม่สามารถใช้งานได้ ต้องส่งซ่อมบ่อยๆ หรือไม่ตรงความต้องการของผู้ใช้)</p>	<p>ควรทบทวนปัญหาในการจัดซื้อจัดหาเครื่องมือ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงหลักเกณฑ์การตัดสินใจ โดยคำนึงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ และต้นทุนรวมทั้งหมดที่จะเกิดขึ้นตลอดอายุการใช้งาน มากกว่ามูลค่าสินค้าที่จ่ายในขณะจัดซื้อเพียงอย่างเดียว</p>	

**บทที่ 7 ระบบสารสนเทศ****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

## IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ

0	<b>การกำหนดเป้าหมาย</b>
	มีการศึกษาความต้องการของผู้ใช้ โดย
	มีการกำหนดเป้าหมายของการใช้สารสนเทศ <sup>8</sup> โดยจุดเน้นคือ
0	<b>การออกแบบระบบ</b>
	สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้
	มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่
	ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้ความเห็นโดย
	กำหนดประเภทของข้อมูลนำเข้า วิธีการบันทึกข้อมูล วิธีการประมวลผล วิธีการเคลื่อนย้ายข้อมูล วิธีการรายงาน ไว้อย่างชัดเจน
0	<b>การกำหนดมาตรฐาน</b>
	มาตรฐานเทคโนโลยี
	ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ (minimal data set)
	คำจำกัดความข้อมูล
	การใช้รหัส
	รูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล, โดยมาตรฐานภายนอกที่ใช้อ้างอิงในเรื่องข้อมูลได้แก่
	เกณฑ์การเลือกเก็บข้อมูล การคงเก็บข้อมูล การปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัย
0	<b>การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล</b>
	การป้องกันความเสียหายทางกายภาพ

<sup>8</sup> เช่น เช่น การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การบริหาร การศึกษาวิจัย

	การสำรองข้อมูล โดย
	การกำหนดระดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลและระบบป้องกันการแก้ไขตัดแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ ได้แก่
	การกำหนดแนวทางรักษาความลับของข้อมูล ได้แก่

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

<b>0</b>	<b>การเชื่อมโยงและสังเคราะห์ข้อมูล</b>
	มีการเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อประสิทธิภาพของการกระจายข้อมูลและลดความหลากหลายของฐานข้อมูล โดย
	มีการนำข้อมูลการเสียชีวิตที่พบป่วยในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
	มีการนำข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่พบป่วยในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
	มีการนำข้อมูลการกลับมาใช้บริการซ้ำโดยไม่ได้วางแผนมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
	มีการนำข้อมูลต้นทุนรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มผู้ป่วย มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
	มีการนำข้อมูลวันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการ มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
<b>0</b>	<b>การกระจายข้อมูลและใช้ประโยชน์</b>
	มีการกำหนดประเภท รูปแบบ ความถี่ของข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ใช้
	มีการนำข้อมูลไปใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการ เช่น
<b>0</b>	<b>การสนับสนุนทางเทคนิค</b>
	มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดย
	มีการให้ความรู้/ฝึกอบรมแก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

IM.3 บริการเวชระเบียน

<b>0</b>	<b>บริการเวชระเบียน</b>
	มีการจัดทำระบบดัชนี
	มีระบบการจัดเก็บที่ค้นหาได้รวดเร็ว
	มีระบบค้นหาเวชระเบียนตามโรคหรือหัตถการ
	มีบริการค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง
	เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับได้รับการบันทึกรหัสและทำดัชนีภายในเวลาที่กำหนดไว้
	มีระบบบันทึกเพื่อให้สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมออกไปจากหน่วยงานได้

### การประเมินผลและผลลัพธ์

0	<b>การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล</b>
	มีการประเมินผลการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่า
0	<b>การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ</b>
	มีการประเมินความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ ผลปรากฏว่า ,
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่า
0	<b>การใช้สารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพ</b>
	มีการประเมินผลการใช้สารสนเทศเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ผลปรากฏว่า ,
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่า
0	<b>บริการเวชระเบียน</b>
	มีการประเมินผลการค้นหาเวชระเบียน ผลปรากฏว่า โดยมีข้อมูลอัตราการสูญหายและความรวดเร็วคือ
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมชมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
เป้าหมายของการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพไม่ชัดเจน	ควรวิเคราะห์ความต้องการการใช้สารสนเทศในด้านต่างๆ และวางแนวทางการเชื่อมโยง วิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพ	

HA Expert Update 4527: Survey Report (Draft Incomplete)

--	--	--

**บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

## GEN.9.1 ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

0	ความร่วมมือในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
	มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญในความมุ่งหมายของหน่วยงาน
	มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน โดยมีตัวอย่างเรื่องเด่นๆ ได้แก่
	มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างสาขาวิชาชีพ โดยมีตัวอย่างเรื่องเด่นๆ ได้แก่

## GEN.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง

0	การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง
	แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน โดย
	ความมุ่งหมายของหน่วยงาน/ทีมงานสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับผลงานและข้อกำหนดของวิชาชีพ
	มีการวิเคราะห์กระบวนการหลักเพื่อหาโอกาสพัฒนา
	มีการสร้างระบบ feed back ระหว่างหน่วยงาน เช่น

## GEN.9.2.2 มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

0	การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติ
	มีการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดสำคัญของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับพันธกิจและครอบคลุมมิติต่างๆ ต่อไปนี้
	เครื่องชี้วัดของหน่วยงานสอดคล้องกับประเด็นสำคัญของหน่วยงาน
	มีการติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิกในโรคสำคัญของแต่ละสาขา

	มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลและสถิติ เช่น
	มีการทบทวนความน่าเชื่อถือ ประโยชน์และความจำเป็นของข้อมูลที่ติดตามเก็บเพื่อนำมาปรับปรุงการเก็บข้อมูล โดย

การบริหารความเสี่ยง

<b>0</b>	<b>การบริหารความเสี่ยงระดับหน่วยงาน</b>
	มีการวิเคราะห์โอกาสเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน
	มีการสำรวจความเสี่ยงในหน่วยงาน
	มีการกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม
	ผู้ปฏิบัติงานตระหนัก เข้าใจ และปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้
	ผู้ปฏิบัติทราบแนวทางในการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดเหตุการณ์
	มีระบบการเฝ้าระวังปัญหาที่มีประสิทธิภาพ <sup>9</sup> โดย
	มีระบบรายงานที่เหมาะสม โดย
<b>0</b>	<b>การบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล</b>
	มีการจัดการกับความสูญเสีย/ความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้รับผิดชอบคือ
	มีการเชื่อมโยงการแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อการป้องกันในภาพรวม เช่น
	มีการติดตามผลการแก้ไข/ป้องกันปัญหา โดย
	มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง
	มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง โดย
	มีการวิเคราะห์แนวโน้มของความเสี่ยงและความสูญเสียที่เกิดขึ้น

GEN.5 คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน

<b>0</b>	<b>คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน (นโยบายและวิธีปฏิบัติ)</b>
	มีกฎระเบียบ และนโยบายที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพ

<sup>9</sup> เช่น รายงานอุบัติการณ์, คำร้องเรียนของผู้ป่วย, ใบบอกให้มีการแก้ไข เพื่อตรวจจับปัญหา ข้อบกพร่อง สถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ คำร้องเรียนของผู้รับผลงาน ความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด

	มีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานเพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล
	มีกระบวนการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติที่ดี
	มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกัน โดย
	มีระบบการทบทวนคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดย
	มีการเผยแพร่และอำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานได้สะดวก โดย
	มีการติดตามและกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน โดย

GEN.9.2.4 การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของหน่วยงานต่างๆ

0	<b>การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</b>
	มีการสร้างความตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน โดย
	มีการเลือกโอกาสพัฒนาที่สำคัญมาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
	หน่วยงานสามารถนำโอกาสพัฒนาที่สำคัญส่วนใหญ่มาดำเนินการพัฒนา กิจกรรมพัฒนาสอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงาน
	มีการใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาคุณภาพ เช่น
	มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนของการพัฒนาคุณภาพ โดย
	มีการขยายผลกิจกรรมพัฒนา โดย
	มีการติดตามเพื่อรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดย

**การประเมินผลและผลลัพธ์**

0	<b>ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพ</b>
	มีการประเมินผลความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การเก็บข้อมูล/สถิติ/เครื่องชี้วัด</b>



	มีการประเมินผลความน่าเชื่อถือของข้อมูล ภาระงาน และประโยชน์ที่เกิดจากการเก็บข้อมูล/สถิติ/เครื่องชี้วัด <sup>10</sup> ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>ระบบบริหารความเสี่ยง</b>
	มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ผลปรากฏว่า
	ข้อมูล/สถิติเกี่ยวกับความสูญเสีย/ความเสียหาย ได้แก่
	มีการประเมินผลประสิทธิภาพในการตรวจจับ แก้ไขและป้องกันปัญหา ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>ระบบประกันสุขภาพ</b>
	มีการประเมินผลความเหมาะสมของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ การรับรู้และการปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ โดย ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง</b>
	มีการประเมินผลการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง <sup>11</sup> ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

## สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
การใช้เวลาทำกิจกรรมคุณภาพของสมาชิกยังไม่เหมาะสม (มากไป/น้อยไป)	ควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพงานที่ตนรับผิดชอบ โดยให้มีความหลากหลายในรูปแบบของกิจกรรมคุณภาพ ใช้เวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมโดยไม่ทำให้คุณภาพของ	

<sup>10</sup> ในการควบคุมกระบวนการทำงาน หาโอกาสพัฒนา และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง

<sup>11</sup> ในด้านความสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน, ความครอบคลุมโอกาสพัฒนาที่ค้นหาได้, วัฒนธรรมของการพัฒนาต่อเนื่องและเน้นตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน, ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

HA Expert Update 4527: Survey Report (Draft Incomplete)

	งานประจำต้องด้อยลง	

## บทที่ 9 กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การวางระบบและการปฏิบัติ

GEN.9.3.1 การนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วย

0	การใช้ความรู้
	มีการค้นหาแหล่งข้อมูลความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์/ข้อแนะนำ
	มีการเปรียบเทียบช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ
	มีการนำความรู้มาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและการประเมินวัดผลการเปลี่ยนแปลง เช่น

GEN.9.3.2 การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

0	การทบทวน
	มีการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนคำร้องเรียนของผู้รับบริการ ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น ,
	มีการทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้มิใช่แพทย์ ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการค้นหาและป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยา ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนความเหมาะสมของการใช้เลือด ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการทบทวนความเหมาะสมและความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น
	มีการติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิก ก่อให้เกิดการปรับปรุง เช่น

0	<b>การเชื่อมโยงและความครอบคลุมของการทบทวน</b>
	มีการเชื่อมโยงการทบทวนรูปแบบต่างๆ เข้าด้วยกัน
	เชื่อมโยงการทบทวนกับการจัดทำ CPG
	ประสานเพื่อให้มีกิจกรรมทบทวนที่หลากหลาย
	ประสานเพื่อให้มีการทบทวนครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ

### การประเมินผลและผลลัพธ์

0	<b>การใช้ข้อมูลวิชาการ</b>
	มีการประเมินผลความครอบคลุมของการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การทบทวนการดูแลผู้ป่วย</b>
	มีการประเมินผลความครอบคลุมของการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การเปลี่ยนแปลง</b>
	การเปลี่ยนแปลงระบบงานและระดับคุณภาพที่ชัดเจนได้แก่
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

Clinical Indicator	หน่วย	2 ปีที่แล้ว	ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
การทำงานของ PCT หรือ CLT ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น มีลักษณะของการทำกิจกรรมนำร่อง หรือ แก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง หรือแยกส่วน ขาดการมอง ในภาพรวมและชี้แนะทิศทางของการพัฒนา	ควรทบทวนบทบาทของ PCT ในการดูภาพรวมของการ พัฒนาคุณภาพทางคลินิกในสาขาที่รับผิดชอบ กำหนด ทิศทางและประเด็นสำคัญในการพัฒนา เป็นเวทีสำหรับการ สื่อสารและประสานงานที่มีประสิทธิภาพ กระจาย ความรับผิดชอบในการพัฒนาให้สมาชิกทุกระดับ รวมทั้ง ทำหน้าที่ประเมินสัมฤทธิ์ผลของกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ [GEN.9.1]	

**บทที่ 10 การควบคุม และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

## IC.1 นโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์

0	นโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์
	มีนโยบาย กลวิธี มาตรการ IC ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
	มีการกำหนดเป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อสำคัญที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่
	มีแผนปฏิบัติงาน IC ของโรงพยาบาล
	มีการสื่อสารนโยบาย กลวิธี มาตรการ ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในนโยบาย กลวิธี มาตรการ และทราบบทบาทของตนเอง

## IC.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

0	การจัดองค์กรและการบริหาร
	มีคณะกรรมการหรือทีม IC ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงาน/วิชาชีพที่เหมาะสม ได้แก่ , และประชุมกันสม่ำเสมอทุก , ประเด็นสำคัญที่ตัดสินใจในรอบปีที่ผ่านมาได้แก่
	คณะกรรมการหรือทีม IC มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย/กลวิธี/มาตรการป้องกัน, การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่, ประเมินผลการดำเนินงาน IC
	มีการสื่อสารและแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างการแก้ปัญหา
	มีการเชื่อมโยงงาน IC กับการบริหารความเสี่ยง ได้แก่
	มีการสร้างระบบสารสนเทศเพื่อเอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับ IC ได้แก่

## IC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

0	การจัดการทรัพยากรบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ

	มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) จำนวนเหมาะสม: ทำงานเต็มเวลาจำนวน คน, ทำงานบางช่วงเวลาจำนวน คน
	ICN มีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ กล่าวคือ จบการศึกษาระดับสูงหรือได้รับการอบรมเป็นเวลา
	พยาบาลในหอผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ได้แก่

IC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเกี่ยวกับการป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อ

<b>0</b>	<b>การพัฒนาทรัพยากรบุคคล</b>
	มีการวิเคราะห์และกำหนดเนื้อหาสำคัญที่ต้องเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่
	มีแผนฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่เจ้าหน้าที่
	เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับ IC โดยครอบคลุมร้อยละ
	เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการอบรมระหว่างประจำการเกี่ยวกับ IC โดยครอบคลุมร้อยละ
	มีการประเมินปฏิบัติตามนโยบาย/มาตรการ/วิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ ผลการประเมินได้แก่

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

<b>0</b>	<b>การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล</b>
	มีการทำ targeted surveillance ได้แก่
	มีการทำ post discharge surveillance ได้แก่
	มีการประเมินประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังโดย ผลปรากฏว่าประสิทธิภาพอยู่ที่
	มีการเผยแพร่ผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมให้หน่วยงานใช้ผลของการเฝ้าระวัง
<b>0</b>	<b>การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่</b>
	มีการตรวจสุขภาพก่อนปฏิบัติงาน
	มีการตรวจสุขภาพประจำปีในหน่วยงานที่เสี่ยง ได้แก่
	มีการให้วัคซีนที่จำเป็นตามสภาพความเสี่ยง ได้แก่
	มีแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิด sharp injury/การเฝ้าระวังหลังเกิดอุบัติเหตุ/การแก้ไข
	สถิติการเกิดอุบัติเหตุและการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ได้แก่
<b>0</b>	<b>การป้องกัน/เฝ้าระวังการปนเปื้อนของเชื้อโรค</b>
	มีการตรวจสอบสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์สาเหตุและแก้ไข

	มีการตรวจสอบ coliform bacteria และ residual chlorine ในน้ำดื่มมาใช้ทุก 1-3 เดือน
	มีการตรวจสอบระบบท่อส่งน้ำประปาปีละครั้ง
	มีการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด
	มีการทำความสะอาดอาคารสถานที่ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
	มีการสุ่มตรวจความปราศจากเชื้อ
	การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผ้าเปื้อน
<b>0</b>	<b>การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างถูกต้องและสิ่งอำนวยความสะดวก</b>
	การล้างมือ
	การใช้ถุงมือ
	การทิ้งของมีคม
	การใช้อุปกรณ์ป้องกัน
	การแยกผู้ป่วย
	การทิ้งเลือดและขยะติดเชื้อ
	การซักฟอก
	เลือดและขยะติดเชื้อ
<b>0</b>	<b>การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ</b>
	มีมาตรฐานการใช้ antiseptic และ disinfectant
	มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อและเครื่องอบแก๊สอย่างสม่ำเสมอ
	มีตรวจสอบการทำงานของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อทุกวัน
	เครื่องมือปลอดเชื้ออยู่ในสภาพที่ดี มี marker ไม่เกินวันหมดอายุที่กำหนด
<b>0</b>	<b>การสอบสวนโรค</b>
	มีการสอบสวนโรคเมื่อมีการระบาดหรือพบแนวโน้มของการระบาด การระบาดที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาได้แก่ , ผลการสอบสวนและแก้ไข

IC.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

<b>0</b>	<b>กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ</b>
	มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้แก่ , ส่งผลให้
	มีการติดตามข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ ได้แก่ , ซึ่งนำไปสู่การใช้ประโยชน์คือ , มีการเปรียบเทียบข้อมูลกับภายนอก ได้แก่



	มีการนำมาข้อมูลวิชาการมาปรับปรุงงาน IC ได้แก่
--	---

**ผลลัพธ์: อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลย้อนหลัง 3 ปี**

	หน่วย	2 ปีที่แล้ว	ปีที่แล้ว	ปีปัจจุบัน
Overall NI rate (option)	per 100 discharge			
Catheter-asso. UTI	per 1000 cath day			
Ventilator-asso. Pneumonia	per 1000 vent day			
Surgical site infection	per 100 operation			

**สิ่งที่น่าชื่นชม**

**ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง**

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ไม่มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	ควรกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ของ รพ. และมีความชัดเจนที่จะนำไปปฏิบัติได้	

## บทที่ 11 องค์การแพทย์

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การวางระบบและการปฏิบัติ

0	<b>การตั้งองค์การแพทย์</b>
	องค์การแพทย์มีความมุ่งหมาย/เจตจำนง เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ชัดเจน
	สมาชิกเข้าใจความมุ่งหมายขององค์การแพทย์
	องค์การแพทย์กำหนดกลไกเพื่่อำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
	มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ ได้แก่
	มีกลไกให้แพทย์มีส่วนร่วม ในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ ได้แก่
0	<b>การจัดการทรัพยากรบุคคล</b>
	มีหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ ด้วยการมีกลไกคัดเลือกรับแพทย์เข้าปฏิบัติงาน และการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือทำหัตถการที่ซับซ้อนหรือมีความเสี่ยงสูง
	มีการจัดจำนวนแพทย์ปฏิบัติงานเพียงพอตามความจำเป็นของผู้ป่วย
	มีกลไกควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
0	<b>การพัฒนาทรัพยากรบุคคล</b>
	มีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านแพทย์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
	มีการพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ที่สอดคล้องกับปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่
0	<b>กลไกการดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ</b>

	มีข้อตกลงที่จำเป็นเพื่อความราบรื่นและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของแพทย์ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม , การบริหารจัดการ, ประเด็นทาง จริยธรรม/กฎหมาย/สังคม, ความปลอดภัย, การพัฒนากำลังคน, บันทึกลงและการทำงาน เอกสาร
	มีกลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาจริยธรรมในการทำงานของแพทย์ ได้แก่
	มีการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อหาโอกาสพัฒนาและป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ ได้แก่
	มีการทบทวนความเหมาะสมและประสิทธิภาพในการตรวจรักษา ได้แก่
	มีการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยงทางการแพทย์ โดย
0	<b>บทบาทของแพทย์</b>
	แพทย์ประเมินผลงานของตนเองอย่างสม่ำเสมอ เช่น
	แพทย์มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับวิชาชีพอื่น เช่น
	แพทย์มีบทบาทเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ เช่น
	แพทย์มีบทบาทในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหา ได้แก่
	แพทย์มีบทบาทในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดย
	แพทย์มีบทบาทต่อความสมบูรณ์และมีคุณค่าของการบันทึกเวชระเบียน โดย
	แพทย์มีบทบาทต่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการใช้ยา โดย

### การประเมินผลและผลลัพธ์

0	<b>มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ</b>
	มีการประเมินประสิทธิผลของกลไกต่างๆ ที่องค์กรแพทย์ใช้สำหรับการธำรงมาตรฐานและ จริยธรรมวิชาชีพ ปรากฏผลว่า
	มีการประเมินระดับคุณภาพบริการทางการแพทย์ ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

## สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ไม่มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล	ควรทบทวนกิจกรรมที่คณะแพทย์ของโรงพยาบาลได้ทำ ร่วมกันอยู่แล้วว่ามีส่วนใดที่จะส่งเสริมการอ้าง มาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพแพทย์ เชื่อมโยงหรือ ขยายขอบเขตของกิจกรรมเหล่านั้นให้เอื้อต่อบริการทาง การแพทย์ที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น และค่อยๆ ปรับโครงสร้าง ไปสู่องค์กรแพทย์ที่เป็นทางการตามความเหมาะสม	

**บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

0	<b>โครงสร้างการบริหารการพยาบาล</b>
	มีกลุ่มงานการพยาบาลหรือฝ่ายการพยาบาลอย่างเป็นทางการ
	กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลมีความมุ่งหมาย/เจตจำนง เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ชัดเจน
	มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลชัดเจน
	มีการจัดตั้งคณะกรรมการซึ่งมีผู้แทนจากแผนก/สาขา/หน่วยงานย่อย เพื่อให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม
	มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับ
	ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ เพียงพอ
	มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
0	<b>การจัดการทรัพยากรบุคคล</b>
	กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือความต้องการการพยาบาล เพื่อเป็นเกณฑ์กลางในการจำแนกผู้ป่วยของแต่ละหน่วยบริการ
	ประเมินปริมาณภาระงาน ความเพียงพอของอัตรากำลัง หรือความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละปี
	จัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้มีความเพียงพอและยุติธรรม
	จัดประเภทเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการอย่างเหมาะสม
	จัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ
	ทีมให้บริการพยาบาล/พยาบาลประจำการแต่ละหน่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ และ พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล
	พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพเป็นอย่างดี

	มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอโดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
	เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ
<b>0</b>	<b>การพัฒนาทรัพยากรบุคคล</b>
	มีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการ ปฏิบัติงาน
	มีการพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาการดูแล รักษาผู้ป่วย ได้แก่
<b>0</b>	<b>กระบวนการบริหารการพยาบาล</b>
	กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการ การปฏิบัติ โดย
	กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล สนับสนุนและประสานงานให้แต่ละหน่วยบริการในความ รับผิดชอบ กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพและ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ โดย
	กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและเป้าหมายการ พัฒนางานให้บรรลุเกณฑ์ชี้วัดในแต่ละปี ได้แก่
	กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละหน่วย บริการมีความรู้ ความสามารถ และให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ <sup>12</sup> โดย
	กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดระบบการนิเทศ สอนงาน ติดตาม และประเมินผลการ ปฏิบัติงาน โดย
	กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพและเฝ้าระวังการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละ หน่วยบริการพยาบาล โดย

<sup>12</sup> การใช้มาตรฐานการพยาบาล, การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล, การทำงาน  
ร่วมกันเป็นทีม ทั้งในวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ, การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ให้  
เป็นไปตามข้อกำหนดด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ, การพัฒนาทักษะและความชำนาญในการ  
ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง

### การประเมินผลและผลลัพธ์

0	มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ
	มีการประเมินประสิทธิผลของการบริหารการพยาบาล ปรากฏผลว่า
	มีการประเมินระดับคุณภาพบริการทางการพยาบาล ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ผู้นำทางการพยาบาลในระดับรองยังมีบทบาทไม่ มากเท่าที่ควร และมีอิสระในการตัดสินใจน้อย	ควรส่งเสริมให้มีการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการ บริหารการพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมให้หัวหน้า งานบริการต่างๆ มีอิสระในการตัดสินใจภายใต้ ความมุ่งหมาย ปรัชญา และนโยบายของกลุ่ม งาน/ฝ่าย [NUR.2.1]	

## บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การวางระบบและการปฏิบัติ

#### ETH.1.1 ความตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย

0	ความตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย
	มีแนวทางปฏิบัติในเรื่องสิทธิผู้ป่วย
	มีการสร้างความตระหนัก โดย
	มีการเตรียมพร้อมที่จะตอบสนอง โดย
	มีระบบค้นหาผู้ป่วยที่ควรได้รับการคุ้มครองสิทธิ โดย
	มีการจัดตั้งแวลด์้อมที่เป็นสัดส่วนและป้องกันการถูกทำร้าย
	มีการรักษาความลับของผู้ป่วย โดย
	มีการเคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย
	มีการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน โดย , ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน เช่น

#### ETH.1.2 การรับรู้สิทธิและข้อมูล

0	การรับรู้สิทธิและข้อมูล
	มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยด้วยวาจา
	มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร โดย
	มีระบบให้ผู้ป่วยสามารถขอข้อมูลในเวชระเบียนได้ โดยได้รับคำอธิบาย
	มีระบบที่จะให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษา/ความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่น

#### ETH.2.1 การดูแลผู้ป่วยเด็ก

0	การดูแลผู้ป่วยเด็ก



	มีการจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
	มีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
	มีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก
	เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
	เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เรียนรู้ช้า ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
	พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล

ETH.2.2 การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว

0	<b>การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>
	มีการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
	มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
	มีการช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

ETH.2.3 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุกเงิน

0	<b>ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุกเงิน</b>
	มีการกำหนดข้อบ่งชี้ทางคลินิก
	ต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
	ไม่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกายแก่ผู้ป่วย

**การประเมินผลและผลลัพธ์**

0	<b>การปฏิบัติในเรื่องสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย</b>
	มีการทบทวนความตระหนักและการปฏิบัติในเรื่องเคารพในศักดิ์ศรี การปกป้องสิทธิส่วนบุคคล การรักษาความลับของผู้ป่วย และความเท่าเทียมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การรับรู้สิทธิผู้ป่วย</b>
	มีการประเมินการรับรู้สิทธิของผู้ป่วย ผลปรากฏว่า

	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ
	มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมองว่าสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยุ่งยากที่จะรองรับคำเรียกร้อง แต่ไม่ได้มองในเชิงรุกว่าเป็นสิ่งที่เราจะให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอคำเรียกร้อง	ควรสร้างความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วยว่าเป็นการคุ้มครองผู้ให้บริการด้วย วางแนวทางปฏิบัติที่สามารถทำได้ ความเข้าใจ ปฏิบัติได้ง่ายในทุกสถานการณ์ (เช่น การเอาใจเขามาใส่ใจเรา) และให้แก่ผู้ป่วยก่อนที่จะมีปัญหา หรือถูกเรียกร้อง	

**บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**ผู้รับผิดชอบ / โครงสร้างการจัดการ**

## ETH.3. การปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม

0	<b>จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</b>
	มีการกำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวผู้ป่วย ในการตัดสินใจ
	มีแนวทางในการตัดสินใจและแก้ปัญหาความขัดแย้ง
	มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการเขียนคำสั่งและบันทึกเวชระเบียน
0	<b>จริยธรรมในเรื่องค่าบริการ</b>
	มีการกำหนดค่าบริการที่เป็นธรรม
	มีการเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้โดย
0	<b>จริยธรรมในเรื่องประชาสัมพันธ์</b>
	มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ (จากการขอตัวอย่างการประชาสัมพันธ์, ตรวจสอบข้อมูลกับกองประกอบโรคศิลป์และแพทยสภา)
0	<b>จริยธรรมในการรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย</b>
	มีจริยธรรมในการรับผู้ป่วย โดยนโยบายของโรงพยาบาลคือ
	มีจริยธรรมในการส่งต่อผู้ป่วย โดยนโยบายของโรงพยาบาลคือ
	มีจริยธรรมในการจำหน่าย โดยนโยบายของโรงพยาบาลคือ
0	<b>จริยธรรมในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน (เฉพาะโรงพยาบาลที่มีการปลูกถ่ายอวัยวะ)</b>
	มีเกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ
	มีกลไกการแจ้งให้ผู้บริจาค และ/หรือ ครอบครัวตัดสินใจ

	มีแบบฟอร์มสำหรับให้ผู้บริจาคหรือญาติลงนามยินยอมในการบริจาค
0	<b>การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม</b>
	มีกลไกช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม โดย

### การประเมินผลและผลลัพธ์

0	<b>จริยธรรมองค์กร</b>
	มีการทบทวนความเหมาะสมและความรัดกุมของแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร ปรากฏผลว่า , ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจริยธรรมองค์กรของโรงพยาบาลได้แก่ , คำร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่องจริยธรรมองค์กรมีดังนี้ , สิ่งที่ได้ดำเนินการแก้ไขได้แก่
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อห้อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ปัญหาในเรื่องอัตราค่ารักษาพยาบาล การปรึกษา และให้บริการมากเกินไป ความเหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์	ที่สมควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องที่มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนเกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร (เช่น อัตราค่ารักษาพยาบาล การปรึกษาและให้บริการมากเกินไป คำร้องเรียน การส่งต่อผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์) และติดตามการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ	

**บทที่ 15 การทำงานเป็นทีม****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

GEN.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

0	การทำงานเป็นทีม
	มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ระบบที่วางไว้คือ , ตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการประเมินร่วมกันได้แก่
	มีการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน ระบบที่วางไว้คือ , ตัวอย่างของการร่วมกันวางแผนล่วงหน้าในลักษณะ CareMap ได้แก่ , ตัวอย่างผู้ป่วยซับซ้อนที่ต้องวางแผนร่วมกันเมื่อรับผู้ป่วยได้แก่
	มีข้อบ่งชี้ในการขอคำปรึกษาทางการแพทย์ที่ชัดเจน ได้แก่
	มีความร่วมมือและประสานงานในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ, มีการจัดระบบให้ข้อมูลที่อาจมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย/ญาติอย่างเหมาะสม โดย
	มีการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา ในระหว่างการปฏิบัติงานประจำวัน ได้แก่
	มีการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา ในการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่
	มีการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา ในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเฉพาะเรื่อง ได้แก่
	มีการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา ในมุมมองรวมของการพัฒนา การกำหนดทิศทางของการพัฒนา การมอบหมายผู้รับผิดชอบ และการติดตามความก้าวหน้า ได้แก่

**การประเมินและผลลัพธ์**

0	การทำงานเป็นทีม
	มีการประเมินผลการทำงานเป็นทีม ผลปรากฏว่า , ตัวอย่างผู้ป่วยซับซ้อนซึ่งได้รับการดูแลอย่างราบรื่น ไม่เกิดข้อติดขัด/ล่าช้า/ละเลย จากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

## สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ต่างคนต่างรับผิดชอบทำงานในหน้าที่ของตน กิจกรรมที่จะมาประเมินหรือวางแผนร่วมกันมีน้อย	ควรส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่างๆ มีโอกาสที่จะมาประเมินหรือวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ซับซ้อนหรือต้องการการดูแลจากหลายสาขา	

**บทที่ 16 การเตรียมผู้ป่วย****Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

## GEN.8.2 การเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

0	<b>การจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย</b>
	มีการจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลในเวลาอันรวดเร็ว
	มีการจัดให้ผู้ป่วยหนักได้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
0	<b>การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</b>
	มีการให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
	มีการจัดทำสื่อที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำความเข้าใจแก่ผู้รับข้อมูล
0	<b>การระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการตรวจรักษา</b>
	มีการติดป้ายชื่อผู้ป่วย สำหรับ
	มีการสอบถามชื่อผู้ป่วยก่อนให้ยาหรือทำหัตถการ

## GEN.8.3 การแลกเปลี่ยนข้อมูล การรับรู้ การมีส่วนร่วม

0	<b>การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว</b>
	ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน
	มีการจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการขอข้อมูลจากผู้ป่วย โดย
0	<b>การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</b>
	ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็น <sup>13</sup> เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือ
	มีแผนงานเฉพาะสำหรับการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วย
	มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้ข้อมูลที่อาจจะเป็นปัญหาได้แก่

<sup>13</sup> ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ทางเลือกในการรักษา และการพยากรณ์โรค

0	<b>การลงนามยินยอมรับการรักษา</b>
	มีการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ
	มีการระบุชัดเจนถึงข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วย
	มีการอธิบายและขอความยินยอมใหม่ เมื่อต้องทำ invasive procedure ใหม่

### การประเมินและผลลัพธ์

0	<b>การเตรียมความพร้อม</b>
	มีการทบทวนการจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย ปรากฏผลว่า
	มีการทบทวนความผิดพลาดในการตรวจรักษาผู้ป่วยผิตรงาย ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการมีส่วนร่วม</b>
	มีการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยโดยทีมงานของโรงพยาบาล ปรากฏผลว่า
	มีการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในโรคที่เป็นเป้าหมาย ปรากฏผลว่า
	การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลโดยผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อน้ำที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยน้อย	ควรกำหนดข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยควรได้รับ ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยประจำวัน ให้ข้อมูลเสริมในส่วนตัว และพัฒนาไปสู่การทำแผนการให้ความรู้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลผู้ป่วย	





## บทที่ 17 การประเมิน และวางแผนดูแลรักษา

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การวางระบบและการปฏิบัติ

#### GEN.8.4 (1) การประเมินผู้ป่วย

0	<b>การประเมินผู้ป่วย</b>
	แพทย์ซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างเหมาะสม
	แพทย์บันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วยภายในเวลาที่กำหนด
	พยาบาลประเมินความต้องการด้านการพยาบาล ครอบคลุมปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม
	มีการประเมินความคาดหวังและข้อจำกัดของผู้ป่วย

#### GEN.8.4 (2) การตรวจ investigate

0	<b>บริการตรวจ investigate ที่จัดให้</b>
	มีบริการตรวจ investigate ที่จำเป็น
	มีระบบส่งต่อไปตรวจ investigate ที่อื่นเมื่อจำเป็น ได้แก่
0	<b>การเก็บสิ่งส่งตรวจ</b>
	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการเก็บสิ่งส่งตรวจ
	มีการเก็บข้อมูลคุณภาพ/ความถูกต้องของการเก็บสิ่งส่งตรวจ และ feed back ให้แก่หน่วยงานผู้ส่ง
0	<b>ความน่าเชื่อถือของผลการตรวจ</b>
	มีนักเทคนิคการแพทย์ตรวจสอบการตรวจขั้นสูงที่ทำงานนอกห้องปฏิบัติการ ได้แก่
	มีระบบควบคุมคุณภาพของภายใน
	มีระบบควบคุมคุณภาพจากภายนอก ได้แก่
	มีการอธิบายหรือค้นหาสาเหตุของความผิดปกติของผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ

	มีการประเมินความน่าเชื่อถือของห้องปฏิบัติการภายนอกที่ใช้บริการ
<b>0</b>	<b>การรายงานผล</b>
	แพทย์ได้รับรายงานในเวลาที่เหมาะสม กล่าวคือ
	มีแนวทางในการเก็บบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียนและป้องกันการสูญหายได้แก่
<b>0</b>	<b>การเก็บใช้ผลการตรวจ</b>
	มีการอธิบายผลการตรวจให้แก่ผู้ป่วย
	มีบันทึกการใช้ผลการตรวจเพื่อกำหนดแผนการดูแลรักษา

GEN.8.4 (3) การวินิจฉัยโรค

<b>0</b>	<b>การวินิจฉัยโรค</b>
	มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคตามเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด คือภายใน
	มีบันทึกข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรคหรือการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
	มีการระบุปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยในลักษณะที่นำไปใช้ได้ง่าย

GEN.8.4 (4) การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย

<b>0</b>	<b>การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย</b>
	มีการทำแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
	มีการนำข้อมูลจากการประเมินมากำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลผู้ป่วย
	มีการวางแผนร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่ซับซ้อน
	มีการรับทราบแผนระหว่างสมาชิกในทีมผู้ให้บริการ
	ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
	สมาชิกในทีมผู้ให้บริการเข้าใจบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง

GEN.8.4 (5) การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด

<b>0</b>	<b>การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด</b>
	มีการส่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้
	มีการตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญีในผู้ป่วยต่อไปนี้
	มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

GEN.8.4 (6) การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำ

0	<b>การเฝ้าระวังทั่วไป</b>
	มีการเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันในผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิด
	มีการตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอตามระดับความรุนแรง
	มีการปรับแผนการดูแลตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
0	<b>การเฝ้าระวังในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ</b>
	ผู้ป่วยหลังผ่าตัด
	ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ
	ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
	ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
	มารดาที่รอกคลอด
	ผู้ป่วยที่รับไว้สังเกตอาการ
	ผู้ป่วยที่ได้รับ moderate หรือ deep sedation
	ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องมือพิเศษ
	ผู้ป่วยที่ใช้ยาอันตราย

**การประเมินและผลลัพธ์**

0	<b>การประเมินผู้ป่วย</b>
	มีการทบทวนความสมบูรณ์ครบถ้วนของการประเมินผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการ ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การวินิจฉัยโรค</b>
	มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคอย่างสม่ำเสมอโดยทีมผู้ให้บริการ ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การวางแผนดูแลผู้ป่วย</b>
	มีการทบทวนความเหมาะสมและความครอบคลุมของวางแผนดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการ ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

0	<b>การเฝ้าระวังและประเมินซ้ำ</b>
	มีการทบทวนความเหมาะสมของเฝ้าระวังและประเมินซ้ำ ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อน้ำที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
การซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์ไม่สมบูรณ์	องค์กรแพทย์ควรกำหนดมาตรฐานการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยความเห็นชอบของคณะแพทย์ ทบทวนความสมบูรณ์ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และกำหนดกลยุทธ์เพื่อพัฒนาให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น	

**บทที่ 18 กระบวนการดูแลผู้ป่วย**

**Score**

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

**การวางระบบและการปฏิบัติ**

GEN.8.5 (1) การดูแลทั่วไป

0	การดูแลผู้ป่วยทั่วไป
	การสั่งการรักษาโดยผู้มีสิทธิ
	การปฏิบัติตามแผนโดยบุคคลที่เหมาะสม
	การปรึกษาระหว่างทีมผู้ให้บริการ
	การดูแลความสุขสบายทางร่างกาย
	การดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม
	การใช้หลักฐานทางวิชาการ/แนวปฏิบัติเพื่อขึ้นำการดูแล
	บันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยแสดงถึงการใช้ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติงาน

GEN.8.5 (2)การตอบสนองภาวะฉุกเฉินและระบบการดูแลที่ปลอดภัย

0	ภาวะฉุกเฉินและความปลอดภัย
	ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
	มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
	มีความพร้อมในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย

GEN.8.5 (3) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยง

0	ผู้ป่วยฉุกเฉิน
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

0	<b>การช่วยฟื้นคืนชีพ</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>ผู้ป่วยที่ได้รับเลือด</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันพร่อง</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกยึด</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

0	<b>ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>เด็กเล็ก</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>การใช้ moderate &amp; deep sedation</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
0	<b>ผู้ป่วยผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก</b>
	ผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะที่จำเป็นเพียงพอ
	มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
	มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

GEN.8.5 (4) การให้ยา

0	<b>ความถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมในการให้ยา</b>
	การถ่ายทอดคำสั่งยาที่ถูกต้องรัดกุม
	การทบทวนคำสั่งให้ยาเพื่อพิจารณาปฏิกริยาระหว่างยาและความถูกต้องอื่นๆ
	การตรวจสอบความถูกต้องของการจ่ายและบริหารยา
	การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา
	การวิเคราะห์ยาที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและวางแนวทางป้องกัน
	การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา
	การกำหนดข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมในการให้ยาและการทบทวน
	การเก็บรักษายาเสพติดและยาอันตรายอื่นๆ
	การเก็บยาไว้ในหอผู้ป่วยในจำนวนที่เหมาะสม
	การไม่ใช้ยาหมดอายุหรือเก็บยาที่ใกล้หมดอายุไว้ในหน่วยบริการ



### การประเมินและผลลัพธ์

0	<b>การดูแลทั่วไป</b>
	มีการประเมินการดูแลด้านความสุขภาพทางร่างกาย อารมณ์จิตใจ สังคม ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การดูแลผู้ป่วยที่ประสบภาวะฉุกเฉิน</b>
	มีการประเมินความพร้อมและสัมฤทธิ์ผลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบภาวะฉุกเฉิน ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง</b>
	มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า
0	<b>การใช้ยา</b>
	มีการประเมินผลความถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ในการใช้ยา ปรากฏผลว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
เจ้าหน้าที่ไม่มีความคุ้นเคยกับการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดกับผู้ป่วย	ควรส่งเสริมให้มีการประเมินโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติในระหว่างการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้และทักษะเพียงพอที่จะรองรับภาวะดังกล่าว	



## บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การวางระบบและการปฏิบัติ

GEN.8.6/IM.4.1 การจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกราย

0	<b>การกำหนดเป้าหมายและออกแบบ</b>
	เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ
	มีการร่วมกันกำหนดมาตรฐานข้อมูลที่ต้องบันทึก
	มีการออกแบบ/ทบทวนแบบบันทึก เพื่อสะดวกในการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม ลดความซ้ำซ้อน/สูญเปล่า
0	<b>ความครอบคลุมของข้อมูล</b>
	ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร
	ทราบเหตุผลของการรับไว้ในอนโรงพยาบาล
	มีการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมและข้อมูลสนับสนุน
	สามารถประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยได้
	ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
	ใช้อำนาจต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ
	สามารถให้รหัสโรคและหัตถการได้อย่างถูกต้อง

IM.4.2 นโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน

0	<b>มีนโยบายและวิธีปฏิบัติต่อไปนี้</b>
	การใช้คำย่อและสัญลักษณ์
	การระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยา/ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
	การบันทึกเมื่อมีการออกคำสั่งรักษาด้วยคำพูด
	การลงวันที่ เวลา และนามผู้บันทึก

	การแก้ไขข้อมูลในบันทึก
	<input checked="" type="checkbox"/> ระบบที่จะค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย หากมีการเก็บแยกไว้คนละที่
	กำหนดระยะเวลาที่จะต้องบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์สำหรับการบันทึกเมื่อแรกรับ โดยจะต้องบันทึกภายใน ,
	บันทึกเมื่อมีการทำหัตถการ
	การบันทึกเมื่อจำหน่าย
	ระยะเวลาที่จะต้องเก็บบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

### การประเมินและผลลัพธ์

0	<b>ความสำเร็จของการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย</b>
	มีการประเมินความสอดคล้องของข้อมูลที่บันทึกกับสิ่งที่ผู้ต้องการ/เป้าหมายของการบันทึก ผลปรากฏว่าสิ่งที่บันทึกเพียงพอสำหรับ <sup>14</sup>
	มีการตรวจสอบความสำเร็จของการบันทึกเวชระเบียนโดย ผลปรากฏว่า ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและแผนการปรับปรุงดังนี้ ,
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ไม่มีการทบทวนบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการบันทึก	ควรส่งเสริมให้มีการทบทวนความสำเร็จของการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ และ feed back ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อกระตุ้นให้มีการบันทึกที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น	

<sup>14</sup> การสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

--	--	--

## บทที่ 20 การเตรียมจำหน่าย และดูแลต่อเนื่อง

### Score

การวางระบบ	การปฏิบัติตามระบบ	การประเมินและผลลัพธ์

### การออกแบบระบบและการปฏิบัติ

GEN.8.7 (1) การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยและครอบครัว

0	<b>การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง</b>
	มีการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายและปัญหา กลุ่มผู้ป่วยที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญในการวางแผนจำหน่ายได้แก่
	มีการประเมินความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว
	มีการวางแผนจำหน่ายแต่เริ่มแรก
	ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม
	ความตรงประเด็นของกิจกรรมการเตรียมความพร้อมกับปัญหาของผู้ป่วย
	มีการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
	มีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย/ครอบครัวด้วยวิธีอื่นๆ

GEN.8.7 (2) การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

0	<b>ระบบติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจำหน่าย</b>
	มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาค่าต่อเนื่องที่ดี
	มีการประสานข้อมูลระหว่างหอผู้ป่วยกับแผนกผู้ป่วยนอกรวมทั้งการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เช่น
	มีระบบให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล คือ
0	<b>การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น</b>
	มีการพิจารณาข้อจำกัดของผู้ป่วยในการมารับการรักษาต่อเนื่อง
	มีการประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการดูแลรักษาใกล้บ้าน
	มีระบบที่จะรับทราบปัญหาของการไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

### การประเมินและผลลัพธ์

0	การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
	มีการประเมินผลการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ผลปรากฏว่า
	จากการสังเกตของผู้เยี่ยมสำรวจ พบว่า

### สิ่งที่น่าชื่นชม

### ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง

จุดอ่อน/โอกาสที่พบ ระบบงานที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบต่อหน้าที่หลัก	ข้อเสนอแนะ/ผู้รับผิดชอบ	ระดับ
ไม่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ครั้งแรก	ควรทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกับการจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งกระตุ้นให้เห็นประโยชน์ของการวางแผนจำหน่ายในโอกาสแรกที่เป็นไปได้ และเชื่อมโยงแผนการจำหน่ายผู้ป่วยให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลผู้ป่วย (patient care plan/clinical pathway)	