

ประเด็นสำคัญในมาตรฐาน HA

ประเด็นสำคัญในมาตรฐาน HA นี้เรียบเรียงขึ้นเพื่อให้สามารถทำความเข้าใจความมุ่งหมายและเนื้อหาหลักของมาตรฐาน HA ได้ในเวลารวดเร็ว โดยมีแหล่งที่มาของข้อมูลจาก

1. มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล ซึ่งจะแบ่งมาตรฐานออกเป็น 6 หมวด 20 บท
2. คู่มือการประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล ในส่วนที่ 4 หลากหลายแง่มุมจากมาตรฐาน HA ซึ่งได้วิเคราะห์ความมุ่งหมาย ประเด็นสำคัญ และการเชื่อมโยงเอาไว้ เอกสารชุดนี้ได้นำเอาประเด็นสำคัญมาวิเคราะห์กระบวนการและผลลัพธ์ในแต่ละเรื่อง ซึ่งจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจได้ตรงประเด็น ช่วยผู้เยี่ยมสำรวจในการทบทวนความครบถ้วนของประเด็นต่างๆ รวมทั้งช่วยในการกำหนด measurable element เพื่อการให้คะแนนประเมินต่อไป

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

30 มีนาคม 2546

บทที่ 1 การนำองค์กร

เจตจำนงของมาตรฐาน

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

ประเด็นสำคัญ

- ความสามารถในการชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร อย่างมีทิศทาง

กระบวนการ: planning (การวิเคราะห์สถานการณ์, การกำหนดทิศทางนโยบาย, กำหนดประเด็นสำคัญ, การวางแผน) implementation (การสนับสนุนทรัพยากร, การสร้างความตระหนัก, การสื่อสาร, การรับฟังข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น, การสนับสนุน ติดตาม ให้คำปรึกษา และแก้ปัญหา) evaluation (การติดตามประเมินผล)

ผลลัพธ์: มีวัฒนธรรมคุณภาพซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (ลดความเสี่ยง, ตอบสนองปัญหาและความต้องการ, ดูแลแบบองค์รวม, พึงกษัตริธิและศักดิ์ศรี) ประเมินและทบทวนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- การประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

กระบวนการ: การมอบหมายบุคคล/ทีมงานรับผิดชอบ, การทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่มีอยู่เดิม, การวางแผนและประสานงาน, การประสานคน/แผน/กิจกรรม/ทรัพยากร, การสนับสนุนความรู้และข้อมูล, การติดตามและนำเสนอความก้าวหน้า, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้, การขยายผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

ผลลัพธ์: การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพแบบที่มีรากฐานชัดเจน ไม่แยกส่วน มีความยั่งยืน เปิดรับแนวคิดและทิศทางการพัฒนาใหม่ๆ

- ประสิทธิภาพของกลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา

กระบวนการ: การจัดโครงสร้างทีม/กรรมการ, การจัดกลไกสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหา, การติดตามประเมินผล

ผลลัพธ์: สมาชิกในองค์กรมีความสุขในการทำงานที่ราบรื่น การแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงาน เป็นไปได้ง่ายขึ้น

- ศักยภาพของหัวหน้าหน่วยงาน

กระบวนการ: การกำหนดคุณลักษณะ, การสรรหา, การส่งเสริมให้พัฒนาศักยภาพ, การประเมินผลงาน

ผลลัพธ์: สมาชิกในหน่วยงานมีความตื่นตัวในการพัฒนา มีผลลัพธ์ของการพัฒนาเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- แนวคิดและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ

- โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งเน้นการประสานทั้งในแนวราบและแนวตั้ง

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GOV.1 องค์กรบริหารสูงสุด

- องค์กรบริหารสูงสุด (Governing Body) ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อคุณภาพ/การพัฒนาคุณภาพ และไม่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ

LED.1 วัฒนธรรมองค์กร

- การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นไปอย่างผิวเผินและติดรูปแบบ ขาดการมองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนแบบองค์รวม
- จิตสำนึกของการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ได้ฝังเข้าไปอยู่ในการทำงานประจำ

LED.4 บทบาทของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ

- ผู้บริหารระดับสูงไม่มีบทบาทอย่างแข็งขันในการชักนำหรือสร้างแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่ที่ต้นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพ
- ขาดการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้บริหารระดับสูงกับทีมงานในระดับรองลงไป
- ขาดการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีการแยกส่วนทำและเกิดความซ้ำซ้อน
- โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพมีความซ้ำซ้อน และบทบาทไม่ชัดเจน
- หัวหน้าหน่วยงานขาดความเข้าใจในบทบาทที่จะกระตุ้น ให้โอกาส ติดตาม ให้คำปรึกษา และจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน

GEN.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

- ไม่สามารถตรวจสอบ/ค้นหาปัญหา ได้ครบถ้วนสมบูรณ์
- การสื่อสารและประสานงานเพื่อแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น ไม่มีประสิทธิภาพ
- เจ้าหน้าที่ขาดการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็น หรือแนวทางในการแก้ปัญหา

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

เจตจำนงของมาตรฐาน

มีทิศทางนโยบายของโรงพยาบาลที่ชัดเจนซึ่งทุกคนรับรู้และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ โดยมีการจัดทำแผนเพื่อแปรเป้าหมายร่วมขององค์กรไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนรับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อตกลง นโยบายของโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญ

- ความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผนของยุทธศาสตร์หรือเข็มมุ่งของโรงพยาบาล
กระบวนการ: การจัดทำเป้าหมายร่วม (พันธกิจ วิสัยทัศน์), การกำหนดลำดับความสำคัญ, การสร้างการมีส่วนร่วม, การสื่อสารเพื่อแปรแผนไปสู่การปฏิบัติ, การติดตามความก้าวหน้าและผลลัพธ์
ผลลัพธ์: มีความก้าวหน้าของการพัฒนาตามแผน, มีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ไปในทิศทางที่ดีขึ้นและสอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร
- การรับรู้และความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่ต่อเป้าหมายร่วมและแผนของโรงพยาบาล
กระบวนการ: การสื่อสาร, การสร้างความตระหนัก, การประเมินความรู้ความเข้าใจ, การประเมินผลงาน
ผลลัพธ์: ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับสามารถระบุได้ว่าคุณภาพในงานที่ตนรับผิดชอบคืออะไร, งานของแต่ละคนมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายร่วมอย่างไร
- การปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ นโยบายของโรงพยาบาล
กระบวนการ: การกำหนดนโยบาย, การสื่อสาร, การสร้างความตระหนัก, การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก, การติดตามประเมินผล/รับทราบปัญหาอุปสรรค, การทบทวนนโยบาย
ผลลัพธ์: มีนโยบายที่สำคัญครบถ้วน, เจ้าหน้าที่ทุกระดับปฏิบัติตามด้วยความเข้าใจ

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- เป้าหมายร่วมกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- แผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล กับแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน
- ความมุ่งมั่นของเจ้าหน้าที่กับเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล
- การวางแผนกับการประเมินผล

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GOV.2, LED.2, GEN.1 พันธกิจและแผน

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

- เจ้าหน้าที่ไม่สามารถบอกได้ว่างานที่แต่ละคนทำอยู่นั้นจะมีส่วนในองค์กรบรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างไร

GOV.3 ธรรมนูญ กฏระเบียบ ข้อตกลง นโยบาย

- ไม่มีการจัดทำทิศทางและวิธีการทำงานเป็นลายลักษณ์อักษร
- ไม่มีกลไกส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

(ให้ข้ามไปพิจารณาบทที่ 4-7 ก่อนแล้วจึงกลับมาพิจารณาบทนี้ ซึ่งเป็นส่วนเสริมของการบริหารทรัพยากร)

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และมีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการวางแผนการจัดบริการ และการพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นสำคัญ

- **ความเพียงพอของทรัพยากรในแต่ละหน่วยงาน**

กระบวนการ: การกำหนดปริมาณมาตรฐานทรัพยากรที่เหมาะสม, การสำรวจความต้องการ, การจัดสรรทรัพยากร

ผลลัพธ์: หน่วยงานต่างๆ มี คน เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ข้อมูลข่าวสาร เพียงพอสำหรับปฏิบัติงาน

- **ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรทุกประเภท**

กระบวนการ: การพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากร, ระบบตรวจสอบภายใน, การควบคุมทรัพย์สิน, การจัดทำและวิเคราะห์รายงานทางการเงิน, การประเมินผลการจัดสรรและการใช้ทรัพยากร

ผลลัพธ์: มีความสมเหตุสมผลและความคุ้มค่าในการลงทุนด้านทรัพยากร

- **ความร่วมมือและประสิทธิภาพในการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน**

กระบวนการ: การวางแผนจัดบริการร่วมกันโดยใช้ข้อมูล, การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน, การประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน

ผลลัพธ์: การปรับปรุงขนาดของบริการเป็นไปตามความจำเป็น, ผู้ป่วยได้รับบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น

- **บทบาทของหัวหน้าหน่วยงานในการร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ**

กระบวนการ: การเป็นแบบอย่าง, การมีส่วนร่วมของหัวหน้าหน่วยงานในการพัฒนาเรื่องที่มีความสำคัญสูง และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน, การให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงาน

ผลลัพธ์: ผลการพัฒนาคุณภาพมีผลกระทบกว้างขวาง, เจ้าหน้าที่ตระหนักว่าผู้บริหารให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพ

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การศึกษาความต้องการทรัพยากรกับการตัดสินใจลงทุนหรือสนับสนุนทรัพยากรบนพื้นฐานของข้อมูลที่เหมาะสม
- การศึกษาปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่หรือผู้มารับบริการ กับการวางแผนจัดหรือปรับบริการ
- ความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

LED.5 การบริหารทรัพยากร

- มีการลงทุนหรือการปรับขอบเขตบริการอย่างไม่คุ้มค่าหรือไม่จำเป็น ให้ความสำคัญกับโครงสร้างกายภาพมากกว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- หน่วยงานต่าง ๆ ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็น
- เจ้าหน้าที่ต้องรับภาระงานมากเกินไปจนทำงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LED.3 การประสานบริการ

- การสื่อสารและประสานงานเพื่อแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานไม่ราบรื่น ไม่มีประสิทธิภาพ
- แต่ละหน่วยงานต่างฝ่ายต่างพัฒนาในส่วนของตน ขาดความร่วมมือเพื่อมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาร่วมกัน
- มีความซ้ำซ้อนในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน
- หัวหน้าหน่วยงานไม่ถือว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่หลักของตน

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีกำลังคนเพียงพอทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ มีการบริหารจัดการที่เหมาะสมเพื่อธำรงไว้ซึ่งกำลังคนที่มีคุณภาพ และมีการพัฒนาความรู้ ทักษะให้เหมาะกับหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคน

ประเด็นสำคัญ

- ความเหมาะสมของนโยบายและแผนทรัพยากรบุคคล

กระบวนการ: การวิเคราะห์พันธกิจและความต้องการด้านกำลังคนในภาพรวม, การกำหนดนโยบายและแผนกำลังคนทั้งด้าน ระดับกำลังคนที่ต้องการ วิธีการได้มา ความรู้ความสามารถ การจัดการ การสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา แนวทางการทดแทนและพัฒนาศักยภาพ

ผลลัพธ์: มีนโยบายและแผนที่เหมาะสมซึ่งได้รับการนำไปปฏิบัติ

- ความเพียงพอของกำลังคนในแต่ละหน่วยงาน

กระบวนการ: การวิเคราะห์งานและความต้องการกำลังคน, การสรรหาและกระจายกำลังคน, การจัดกำลังคนทดแทน, การมอบหมายงาน

ผลลัพธ์: หน่วยงานมีกำลังคนเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- ศักยภาพของกำลังคนที่มีอยู่เทียบกับภารกิจของโรงพยาบาล

กระบวนการ: การกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่ง, การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน, การกำกับดูแล, การฝึกอบรมระหว่างประจำการ, การส่งเสริมและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้มีการใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานและเกิดเป็นองค์กรเรียนรู้, การประเมินผลและการส่งเสริมให้มีการพัฒนาตนเอง

ผลลัพธ์: หน่วยงานมีกำลังคนที่มีศักยภาพเหมาะสมกับการปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะของผู้รับบริการ

- สัมฤทธิ์ผลของการพัฒนาบุคลากร

กระบวนการ: การกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาบุคลากร, การกำหนด training need, การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร, การประเมินผลการฝึกอบรม, การประเมินการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นผลกระทบจากการฝึกอบรม

ผลลัพธ์: มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานทั้งในด้านความรู้ทางเทคนิคและการบริการ, มีการทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

- ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

กระบวนการ: การสำรวจความต้องการของเจ้าหน้าที่, การวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ, การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่, การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

ผลลัพธ์: เจ้าหน้าที่มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน อุทิศทุ่มเทตนให้กับองค์กร

- ความเหมาะสมของระบบแรงจูงใจและระบบงานที่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการ: การวิเคราะห์สถานการณ์, การปรับปรุงระบบแรงจูงใจและระบบงาน, การประเมินผล

ผลลัพธ์: เจ้าหน้าที่ที่มีความตื่นตัวในการที่จะปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- ผลลัพธ์ของการจัดบริการ กับการวางแผนกำลังคน และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การกำหนดความต้องการในการฝึกอบรม และการประเมินผลการฝึกอบรม

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

HUM.1 การวางแผนทรัพยากรบุคคล

- ไม่มีนโยบายและแผนทรัพยากรบุคคลที่ชัดเจน ทั้งในเรื่องปริมาณ ระบบแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนระบบงานเพื่อความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพ และการประสานงาน

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

- ไม่มีการประเมินความเพียงพอของเจ้าหน้าที่อย่างเป็นระบบ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานยังคงเป็นไปเพื่อการให้ความดีความชอบประจำปี มิได้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตนเองของเจ้าหน้าที่ การให้ความร่วมมือ และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

HUM.3, GEN.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- การประเมินความต้องการและเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลไม่ครอบคลุมและไม่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
- กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะมีปริมาณน้อย มีลักษณะตั้งรับส่งไปตามที่หน่วยงานภายนอกจัด ไม่ได้ใช้ศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญภายใน

HUM.5 การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

- เจ้าหน้าที่เห็นว่าผู้บริหารไม่ใส่ใจต่อสวัสดิการของตน

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการเตรียมการและการจัดการเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม และของเสียจากโรงพยาบาลไม่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม

ประเด็นสำคัญ

- ประสิทธิภาพในการป้องกันอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์/ข้อขัดข้อง/ความเสี่ยง เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/สถานที่

กระบวนการ: การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย, การดูแลและจัดการความปลอดภัยของระบบสาธารณูปโภค, การสำรวจความเสี่ยง, การปรับปรุงแก้ไข, การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, การสร้างความตระหนัก, การรายงาน, การวิเคราะห์แนวโน้มและประเมินผล

ผลลัพธ์: ระบบสาธารณูปโภคใช้การได้ตลอดเวลาโดยไม่มีความเสี่ยง, อุบัติเหตุ/อุบัติการณ์/ข้อขัดข้องมีแนวโน้มลดลง, ความเสียหายแก่ทรัพย์สินและบุคคลลดลง

- ประสิทธิภาพของระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดขยะ

กระบวนการ: การสร้างเสริมศักยภาพของผู้รับผิดชอบ, การสื่อสารกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ระบบอย่างเหมาะสม, การประเมินประสิทธิภาพของระบบ

ผลลัพธ์: น้ำเสียที่ผ่านการบำบัดแล้วมีคุณภาพไม่น้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด, ขยะได้รับการกำจัดอย่างเหมาะสมตามลักษณะของขยะ

- ความพร้อมในการปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย

กระบวนการ: การสำรวจความเสี่ยง, การจัดหาและตรวจสอบเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น, การจัดทำแผนรองรับเมื่อเกิดอัคคีภัย, การฝึกซ้อม, การประเมินผลและปรับปรุง

ผลลัพธ์: ความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยอยู่ในระดับต่ำ, เจ้าหน้าที่รู้วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย, เครื่องมือและอุปกรณ์มีเพียงพอและพร้อมใช้

- ความตระหนักของเจ้าหน้าที่ในเรื่องความปลอดภัยทุกแง่มุม

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- นโยบายและแผนจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในระดับโรงพยาบาล กับการนำไปปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ
- แนวคิดเรื่องสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง บริการอาชีวอนามัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

- โครงสร้างกายภาพไม่มั่นคง ไม่มิดชิด การถ่ายเทอากาศไม่สะดวก

- ระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจน เช่น แผนบำรุงรักษา การรายงานข้อขัดข้อง การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายทางกายภาพ

ENV.2 การกำจัดของเสีย

- การแยกขยะไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ ที่พักขยะไม่มีติดชิด
- ไม่มีการประเมินประสิทธิภาพและคุณภาพของการกำจัดของเสียด้วยจิตสำนึกที่รับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาล

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

- โครงสร้างอาคารไม่เอื้อต่อการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย
- ไม่มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม
- ไม่มีการฝึกซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

- ไม่มีการค้นหา/ประเมินภาวะเสี่ยง แก่ปัญหา และกำหนดมาตรการป้องกัน
- เจ้าหน้าที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงาน

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการ

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

ประเด็นสำคัญ

- ความเหมาะสมของระบบการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ

กระบวนการ: การกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก/จัดหา, กลไกการคัดเลือก/จัดหา, การมีส่วนร่วมของผู้ใช้

ผลลัพธ์: เครื่องมือที่ได้เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้, มีการบริการหลังขายที่ดี, มีความคุ้มค่าในการลงทุนเมื่อพิจารณาต้นทุนรวมที่เกิดขึ้น

- ความเพียงพอของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในหน่วยงานต่างๆ

กระบวนการ: การกำหนดระดับขั้นต่ำที่ต้องมี, การเก็บรักษาที่เป็นระเบียบและปลอดภัย, การตรวจสอบระดับความเพียงพออย่างสม่ำเสมอ, การสำรองให้พร้อมใช้, การจัดทำทะเบียนครุภัณฑ์ การแพทย์

ผลลัพธ์: มีเครื่องมือและอุปกรณ์เพียงพอกับภาระงานและพร้อมใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต เช่น ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก

- ประสิทธิภาพในการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือระหว่างใช้งาน

กระบวนการ: การมีแนวทางดูแลบำรุงรักษา, การอบรมผู้ใช้, การดูแลบำรุงรักษาโดยผู้ใช้, การตรวจสอบเพื่อเตรียมให้พร้อมใช้งาน, การตรวจสอบบำรุงรักษาเชิงป้องกันตามระยะเวลาที่กำหนด, การจัดระบบดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนหรือมีความซับซ้อน, การบันทึกประวัติเครื่องมือ, การบันทึกปัญหาและการแก้ไข

ผลลัพธ์: เครื่องมือมีอายุใช้งานเหมาะสม ไม่เสื่อมชำรุดก่อนเวลาอันควร, ไม่มีอันตราย/ปัญหาข้อติดขัดระหว่างการใช้งาน

- ประสิทธิภาพในการซ่อมเครื่องมือ

กระบวนการ: การกำหนดประเภทของเครื่องมือที่จะซ่อมเองหรือส่งซ่อมภายนอก, การทำสัญญาจ้างซ่อมกับภายนอก, การเพิ่มพูนความรู้และทักษะของหน่วยซ่อมเครื่องมือ, การจัดระบบซ่อมให้มีประสิทธิภาพ, การประเมินผล

ผลลัพธ์: ระยะเวลาที่เครื่องมือใช้การไม่ได้อยู่ในระดับต่ำ, ค่าใช้จ่ายเหมาะสม

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

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

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

- เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ หรือชำรุดเสื่อมสภาพ
- ขาดระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศ

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สำหรับการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

ประเด็นสำคัญ

- ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศ

กระบวนการ: การศึกษาความต้องการของผู้ใช้, การกำหนดเป้าหมายของระบบ, การออกแบบระบบ, การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม, การกำหนดมาตรฐานข้อมูล, การกำหนดเกณฑ์ในการเลือกเก็บ/คงเก็บ/ปรับแก้ข้อมูล, การเชื่อมโยงข้อมูล

ผลลัพธ์: ระบบสารสนเทศสามารถตอบสนองความต้องการในด้านการดูแลผู้ป่วย, การพัฒนาคุณภาพ, การบริหาร

- การนำสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

กระบวนการ: การวิเคราะห์ข้อมูล, การใช้ประโยชน์

ผลลัพธ์: มีข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

- ความรวดเร็ว ถูกต้อง ของการกระจายข้อมูลและสารสนเทศ

กระบวนการ: การกำหนดประเภท รูปแบบ ความถี่ของข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ใช้, การกระจาย/การเข้าถึง, การรับ feed back

ผลลัพธ์: ผู้ใช้ได้รับข้อมูลและสารสนเทศที่ถูกต้อง ใช้ง่าย ตรงความต้องการ ทันเวลา

- ประสิทธิภาพในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล

กระบวนการ: การป้องกันความเสียหายทางกายภาพ, การสำรองข้อมูล, การกำหนดระดับชั้นการเข้าถึงข้อมูลและระบบป้องกันการแก้ไขเปลี่ยนแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่, การกำหนดแนวทางรักษาความลับของข้อมูล, การประเมินผล

ผลลัพธ์: มีหลักประกันในเรื่องการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล

- ประสิทธิภาพของบริการเวชระเบียน

กระบวนการ: การจัดทำระบบดัชนี, ระบบการจัดเก็บที่ค้นหาได้รวดเร็ว, การมอบหมายให้มีผู้ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง, การบันทึกรหัสและทำดัชนี, ระบบการยืมและบันทึก

ผลลัพธ์: ค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยได้รวดเร็ว ไม่สูญหาย

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การเชื่อมโยงระบบข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อนและความหลากหลายในการบันทึก
- การสังเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกกับข้อมูลทางการเงิน
- การนำสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบ

- เป้าหมายของการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพมักจะไม่ชัดเจน
- ไม่มีการจัดทำมาตรฐานข้อมูล แนวทางการจัดเก็บ การรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

- ไม่มีการประมวลผลข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอน/ค่าใช้จ่ายตามกลุ่มโรค

IM.3 บริการเวชระเบียน

- ไม่มีระบบดัชนีซึ่งเอื้อต่อการค้นหาเวชระเบียนตามลักษณะทางคลินิกที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง มาสู่การปฏิบัติในทุกกระดับ และทุกหน่วยงาน

ประเด็นสำคัญ

- ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ของหน่วยงานต่างๆ

กระบวนการ: การสร้างความตระหนัก, การสร้างความรู้ความเข้าใจ, การวิเคราะห์หน่วยงาน, การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, การสร้างระบบ feed back ระหว่างหน่วยงาน, การแลกเปลี่ยนบทเรียน, การขยายผลกิจกรรมพัฒนา, การประเมินผลการพัฒนา, การติดตามเพื่อรักษา ระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์: มีวัฒนธรรมของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, กิจกรรมพัฒนาคุณภาพสอดคล้องกับ เป้าหมายหลักของหน่วยงาน, ผลลัพธ์สำคัญดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

- ความเพียงพอและเหมาะสมของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน

กระบวนการ: การกำหนดนโยบายที่จำเป็น, การจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ, การรับรอง, การทบทวน

ผลลัพธ์: มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่เพียงพอและเหมาะสมเพื่อให้บริการได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ

- การปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่กำหนดไว้

กระบวนการ: การเผยแพร่ให้รับทราบ, การทำความเข้าใจ, การจัดให้สามารถเข้าถึงได้, การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก, การประเมินผลการปฏิบัติ

ผลลัพธ์: เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางที่กำหนดไว้

- ความเพียงพอและความน่าเชื่อถือของเครื่องชี้วัดในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน

กระบวนการ: การวิเคราะห์เพื่อกำหนดเครื่องชี้วัด, การเก็บข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลลัพธ์: เครื่องชี้วัดสอดคล้องและครอบคลุมประเด็นสำคัญในเป้าหมายของโรงพยาบาลและหน่วยงาน

- การใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด

กระบวนการ: การนำเสนอข้อมูลเครื่องชี้วัดให้ผู้เกี่ยวข้อง, การตอบสนองต่อข้อมูล, การทบทวนประโยชน์และความจำเป็นของข้อมูลเครื่องชี้วัด

ผลลัพธ์: มีการใช้เครื่องชี้วัดเพื่อเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง

- ประสิทธิภาพในการตรวจจับและแก้ไขปัญหา

กระบวนการ: การเฝ้าระวังปัญหา, การจัดการกับเหตุการณ์เบื้องต้น, การรายงาน, การลดความสูญเสีย, การวิเคราะห์สาเหตุ, การวางแผนเพื่อป้องกัน

ผลลัพธ์: ตรวจจับและแก้ไขปัญหาได้รวดเร็ว, ควบคุมความสูญเสียได้, โอกาสเกิดซ้ำอยู่ในระดับต่ำ

- ประสิทธิภาพในการป้องกันและจัดการกับความเสี่ยง

กระบวนการ: การวิเคราะห์ความเสี่ยง, การกำหนดมาตรการป้องกัน, การสร้างความตระหนัก, การเฝ้าระวัง/ระบบรายงาน, การจัดการกับความสูญเสีย/เสียหาย, การจัดระบบข้อมูลเพื่อการบริหารความเสี่ยง, การเชื่อมโยงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง, การประเมินประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์: ความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ, ความสูญเสีย/ความเสียหายอยู่ในระดับต่ำ

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การปฏิบัติให้ครบวงจร PDCA (ออกแบบระบบ ปฏิบัติตามระบบ ทบทวนตรวจสอบ ปรับปรุงระบบ)
- การเชื่อมโยงความพยายามในการแก้ปัญหา กับสาเหตุรากเหง้า การใช้ข้อมูล และความคิดสร้างสรรค์
- การเชื่อมโยงการแก้ปัญหาเฉพาะราย กับการปรับปรุงระบบเพื่อป้องกันในภาพรวม

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

การวางระบบงาน

- บาง รพ. ไม่มีเวลาที่ให้สมาชิกมาทำกิจกรรมคุณภาพ บาง รพ. สมาชิกใช้เวลาในการประชุมมากเกินไป
- มีการจัดทำคู่มือที่ลงรายละเอียดมากเกินไป ไม่มีการประสานความร่วมมือเพื่อลดความซ้ำซ้อน ผู้ปฏิบัติงานไม่เห็นประโยชน์และไม่ได้นำไปปฏิบัติ

การวัดผลและการวิเคราะห์

- บาง รพ. ไม่มีการเก็บข้อมูลเครื่องชี้วัดคุณภาพ บาง รพ. มีการเก็บข้อมูลมากเกินไป และไม่ได้นำข้อมูลที่เก็บมาใช้ประโยชน์

การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง

- ในวิถีการทำงานประจำวันได้ CQI ถูกมองเป็นการทำงานในลักษณะโครงการพิเศษซึ่งเป็นงานเพิ่ม
- ขาดการนำความคิดสร้างสรรค์และการใช้ข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ
- ไม่มีการเชื่อมโยงผลลัพธ์ของ CQI เข้าไปสู่คู่มือการปฏิบัติงานที่จัดทำไว้
- ไม่มีการเรียนรู้แลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์จากผลงานของหน่วยงานอื่น

การบริหารความเสี่ยง

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

บทที่ 9 กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้กับงานคลินิกบริการ

ประเด็นสำคัญ

- ความครอบคลุมของกิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ ทั้งประเภทของกิจกรรม กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน และบุคคลที่เข้าร่วมทำกิจกรรม

กระบวนการ: การวิเคราะห์โรคและหัตถการเพื่อหาโอกาสพัฒนา, การค้นหาแหล่งข้อมูล scientific evidence/recommendation, การเปรียบเทียบช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ, การวางแผนและทดลองปรับปรุง, การวัดผล, การขยายผล, การติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิก เฉพาะโรค

ผลลัพธ์: มีกิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการครอบคลุมโรคและหัตถการที่สำคัญ, มีการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพด้านคลินิกบริการที่เห็นได้ชัดเจน, ผู้เกี่ยวข้องมีเจตคติที่ดีต่อการร่วมทำกิจกรรม

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

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

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.9.3.1 การนำความรู้มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วย (CPG)

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

GEN.9.3.2 กิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย (Peer Review)

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

บทที่ 10 การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับที่ต่ำที่สุด ผู้ให้บริการสามารถตรวจพบการติดเชื้อในโรงพยาบาลและดำเนินการแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นสำคัญ

- มีจุดเน้นที่เป็นเป้าหมายในการลดการติดเชื้อที่ชัดเจน

กระบวนการ: การกำหนดเป้าหมายลดการติดเชื้อที่เป็นปัญหาสำคัญ, การวิเคราะห์หัตถการและกระบวนการที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ, การกำหนดมาตรการป้องกันในสถานการณ์ต่างๆ (การทำให้ปราศจากเชื้อ, ซักฟอก, เลือดและขยะติดเชื้อ, โรงอาหาร, ห้องเก็บศพ, การทิ้งของมีคม, การแยกผู้ป่วย, การควบคุมทางวิศวกรรม), การจัดหาอุปกรณ์เพื่อการป้องกัน, การสร้างความตระหนัก, การปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน, การเฝ้าระวัง, การสอบสวนโรค

ผลลัพธ์: อุบัติการณ์และอัตราการติดเชื้อที่เป็นเป้าหมายมีระดับลดลงอย่างต่อเนื่อง

- มีการบริหารแผนงาน IC อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการ: การมอบหมายให้มีส่วนรับผิดชอบ, การส่งเสริมให้ผู้รับผิดชอบมีความรู้และประสบการณ์, การมอบหมายให้มีส่วนติดตามและประสานงาน, การประสานกิจกรรมควบคุมการติดเชื้อ, การใช้ scientific knowledge/guideline

ผลลัพธ์: มีทิศทางการทำงานที่สอดคล้องกันทั้งองค์กร, มีการปฏิบัติตามความรู้ที่ทันสมัย

- การเชื่อมโยงแผนงาน IC กับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

กระบวนการ: การติดตามความเสี่ยง/อุบัติการณ์/แนวโน้ม, การใช้ข้อมูลเพื่อออกแบบหรือปรับเปลี่ยนวิธีทำงาน, การเปรียบเทียบข้อมูลกับภายนอก, การสื่อสารข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

- ความรู้และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่

กระบวนการ: การให้ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย/มาตรการ/วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ IC แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน, การให้ข้อมูลแนวโน้มการติดเชื้อจากข้อมูลการเฝ้าระวัง, การประเมินผลการปฏิบัติ

ผลลัพธ์: เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามนโยบาย/มาตรการ/วิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- กิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กับการบริหารความเสี่ยง และการพัฒนาคุณภาพ
- ระบบสารสนเทศเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การเพาะเชื้อขึ้น ความไวของเชื้อ การใช้ยาต้านจุลชีพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- ไม่มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- ไม่มีพยาบาลที่มีความรู้เพียงพอทำหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)
- ไม่มีคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือมีแต่ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์
- เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดไว้ ไม่มีส่วนในการเฝ้าระวังและนำผลการเฝ้าระวังไปใช้
- ไม่มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ (อย่างน้อยในหน่วยงานหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง)
- ไม่ได้นำข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาใช้ประโยชน์เท่าที่ควร
- การทำให้ปราศจากเชื้อและการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อยังไม่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 11 องค์กรแพทย์

เจตจำนงของมาตรฐาน

มีการจัดระบบเพื่อให้แพทย์ควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

ประเด็นสำคัญ

- บทบาทขององค์กรแพทย์ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ
กระบวนการ: การคัดเลือกแพทย์เข้าทำงานและการกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย, การจัดอัตรากำลังแพทย์, การพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของแพทย์, การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน, การสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์และกับวิชาชีพอื่น
ผลลัพธ์: มีแพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนเหมาะสมกับภาระงาน, แพทย์ให้การดูแลอย่างมีมาตรฐานและจริยธรรม
- การมีส่วนร่วมของแพทย์ในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์
กระบวนการ: การส่งเสริมให้แพทย์ประเมินผลงานของตนเอง, การส่งเสริมให้แพทย์เข้าร่วมในทีมสหวิชาชีพ, การส่งเสริมให้แพทย์เป็นผู้นำในการทำกิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ
ผลลัพธ์: คุณภาพบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น
- ความร่วมมือระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่นๆ

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- บทบาท ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรแพทย์กับฝ่ายบริหาร และแผนกบริการทางการแพทย์
- การประเมินความรู้ความสามารถของแพทย์ กับการมอบหมายหน้าที่หรือการจ้างงาน
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ กับการพัฒนาคุณภาพของวิชาชีพหรือบริการอื่น

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- ไม่มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล
- องค์กรแพทย์ไม่มีคณะกรรมการที่จะปฏิบัติหน้าที่สำคัญในเรื่องการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ หรือมีคณะกรรมการแต่ยังไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างจริงจัง

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

เจตจำนงของมาตรฐาน

มีการจัดระบบเพื่อให้พยาบาลควบคุมดูแลการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพภายในวิชาชีพเดียวกัน และส่งเสริมให้พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานและพัฒนาคุณภาพทางคลินิกบริการ

ประเด็นสำคัญ

- บทบาทของกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ
 กระบวนการ: การจัดอัตรากำลังคนด้านการพยาบาล, การพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล, การส่งเสริมและสนับสนุนให้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย, การพัฒนาทักษะและความชำนาญขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง, การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมในการปฏิบัติงาน, การสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพพยาบาลและกับวิชาชีพอื่น
 ผลลัพธ์: มีพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนเหมาะสมกับภาระงาน, มีการให้บริการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและจริยธรรม
- การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
 กระบวนการ: การประกันคุณภาพทางการพยาบาล, การส่งเสริมให้พยาบาลเข้าร่วมในทีมสหวิชาชีพ
 ผลลัพธ์: คุณภาพบริการทางการพยาบาลอยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น
- ความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับวิชาชีพอื่นๆ

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

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

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- ฝ่ายการพยาบาลมีบทบาทสูงในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในด้านการพยาบาล แต่ให้ความสำคัญกับการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพน้อยเกินไป
- ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพของพยาบาลมีลักษณะเชิงทฤษฎีและรูปแบบโดยขาดความเข้าใจเป้าหมายที่แท้จริง เช่น การใช้กระบวนการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

เจตจำนงของมาตรฐาน

เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ประเด็นสำคัญ

- ความตระหนักในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและความพร้อมที่จะให้ความคุ้มครองหรือตอบสนองโดยเจ้าหน้าที่
กระบวนการ: การกำหนดนโยบาย/แนวทางปฏิบัติ, การสร้างความตระหนัก, การเตรียมความพร้อมในการตอบสนอง, การค้นหาผู้ป่วยที่ควรได้รับการคุ้มครอง
ผลลัพธ์: เจ้าหน้าที่มีความตระหนักและพร้อมที่จะให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
- การรับรู้สิทธิโดยผู้ป่วย
กระบวนการ: การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่, การประเมินคุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วย, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย/ครอบครัว, การประเมินผลการรับรู้
ผลลัพธ์: ผู้ป่วย/ครอบครัวรับรู้สิทธิและหน้าที่ของตนเอง
- การที่ผู้ป่วยได้รับความคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม
กระบวนการ: การจัดสิ่งแวดล้อมซึ่ง privacy และป้องกันการถูกทำร้าย, การได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย, การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม, การรักษาความลับ, การคุ้มครองสิทธิของเด็กผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์, ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันได้รับการดูแลลักษณะเดียวกันโดยไม่ขึ้นกับสถานที่ ผู้ให้บริการความสามารถ วิธีการชำระเงิน

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การสร้างความตระหนักในหมู่เจ้าหน้าที่ และการจัดระบบที่จะให้ความคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วย
- คำร้องเรียน การประเมินผลงาน และการฝึกอบรม

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลมองว่าสิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ยุ่งยากที่จะรองรับคำเรียกร้อง แต่ไม่ได้มองในเชิงรุกกว่าเป็นสิ่งที่เราจะให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอคำเรียกร้อง
- กิจกรรมมักจะเน้นที่การติดป้ายประกาศให้ผู้ป่วยทราบ แต่ไม่เน้นการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ การค้นหาผู้ป่วย และการวางระบบเพื่อรองรับเมื่อมีการร้องขอ

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

เจตจำนงของมาตรฐาน

โรงพยาบาลจัดระบบงานอย่างรัดกุมและเหมาะสม เพื่อปกป้องเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยจากปัญหาการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม

ประเด็นสำคัญ

- ความรัดกุมและเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมองค์กร
กระบวนการ: การกำหนดแนวทางปฏิบัติ (การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การกำหนดค่าบริการ, การเรียกเก็บค่าบริการ, การประชาสัมพันธ์, การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย, การจัดหาวิยวะและเนื้อเยื่อทดแทน), การสร้างความตระหนัก, การประเมินผล
ผลลัพธ์: มีการปฏิบัติที่เหมาะสมและไม่เกิดคำร้องเรียนในเรื่องดังกล่าว

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- คำร้องเรียน เสี่ยงสะท้อนจากสังคม ต่อวิธีการทำงานของโรงพยาบาล กับการวางมาตรการป้องกัน

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

- โรงพยาบาลเอกชนจะมีปัญหาในเรื่องอัตราค่ารักษาพยาบาล การปรึกษาและให้บริการมากเกินไป ความเหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วย การประชาสัมพันธ์

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีม

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมผู้ให้บริการซึ่งมีการประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างระหว่างกระบวนการต่างๆ ให้เหลือน้อยที่สุด

ประเด็นสำคัญ

- ระดับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างวิชาชีพ
กระบวนการ: การประเมินผู้ป่วย, การวางแผนดูแลรักษา, การปรึกษา, การให้ข้อมูลผู้ป่วย/ญาติ, การสื่อสาร ประสานงาน แก้ปัญหา
ผลลัพธ์: ผู้ป่วยที่ซับซ้อนซึ่งต้องการการดูแลจากหลายวิชาชีพ/หน่วยงาน ได้รับการดูแลอย่างราบรื่น ไม่เกิดข้อติดขัด/ล่าช้า/ละเลย

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหาระหว่างวิชาชีพ และระหว่างหน่วยงาน

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.8.1 มีการทำงานเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

- ต่างคนต่างรับผิดชอบทำงานในหน้าที่ของตน กิจกรรมที่จะมาประเมินหรือวางแผนร่วมกันมีน้อย
- ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนสำหรับกิจกรรมบางอย่างที่หลายๆวิชาชีพสามารถช่วยเหลือกันได้
- บันทึกที่แต่ละวิชาชีพจัดทำขึ้นมักจะใช้เฉพาะในวิชาชีพของตนเอง แต่ไม่ได้มุ่งว่าวิชาชีพอื่นและผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์อะไร

บทที่ 16 การเตรียมผู้ป่วย

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ มีโอกาสให้ และรับข้อมูลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน

ประเด็นสำคัญ

- ประสิทธิภาพในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
 กระบวนการ: การประเมินเบื้องต้น, การจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลในเวลาอันรวดเร็ว, การจัดให้ผู้ป่วยหนักได้อยู่ในตำแหน่งที่สามารถสังเกตอาการได้ง่าย
 ผลลัพธ์: ไม่มีภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยเนื่องจากได้รับการดูแลไม่ทันการณ์
- การแลกเปลี่ยนข้อมูล การรับรู้ การมีส่วนร่วม
 กระบวนการ: การรับข้อมูลจากผู้ป่วย/ครอบครัว, การประเมินความสามารถในการรับรู้, การให้ข้อมูลทั่วไป, การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย, การลงนามยินยอมรับการรักษา, การประเมินความเข้าใจ
 ผลลัพธ์: ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความเข้าใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา, ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์
- ความรัดกุมในการระบุตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการตรวจรักษา
 กระบวนการ: การติดป้ายชื่อ, การทำเครื่องหมาย, การสอบถามชื่อก่อนทำหัตถการ
 ผลลัพธ์: ไม่มีการตรวจรักษาผู้ป่วยผิดราย

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

GEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ

- ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยน้อย
- การลงนามยินยอมรับการรักษาเป็นเพียงรูปแบบ หรือทำด้วยความเข้าใจผิดว่าเพื่อป้องกันผู้ป่วยฟ้องเจ้าหน้าที่ ไม่เข้าใจว่าเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับทราบในสิ่งที่ควรทราบ
- ไม่มีการ identify ผู้ป่วยซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการให้บริการหรือทำหัตถการผิดราย

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการต่างๆ อย่างครบถ้วน และมีการวางแผนดูแลรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

ประเด็นสำคัญ

- ความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ในการประเมินผู้ป่วย

กระบวนการ: การซักประวัติ/ตรวจร่างกายโดยแพทย์, การประเมินความต้องการด้านการพยาบาล ความคาดหวัง ข้อจำกัด, การบันทึกข้อมูลในเวลาที่กำหนด

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน

- ความน่าเชื่อถือของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจ investigate อื่นๆ

กระบวนการ: การจัดการตรวจหรือส่งตรวจภายนอก, การเก็บสิ่งส่งตรวจ, การตรวจโดยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ มีประสบการณ์, การตรวจสอบบำรุงรักษาเครื่องมือ, การควบคุมคุณภาพ, การรายงานผลในเวลาที่เหมาะสม, การเก็บบันทึกผลการตรวจ, การใช้ผลการตรวจในการวางแผน, การอธิบายผลการตรวจแก่ผู้ป่วย

ผลลัพธ์: ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ, มีการใช้ผลการตรวจเพื่อการวางแผนหรือปรับแผนการรักษา

- ความถูกต้อง ชัดเจน ของการวินิจฉัยโรค

กระบวนการ: การประมวลข้อมูล, การวินิจฉัยโรค, การบันทึก, การเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค, การทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค

ผลลัพธ์: มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ชัดเจน ในเวลาที่เหมาะสม, มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

- ความครอบคลุมของแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

กระบวนการ: การวางแผนของแพทย์, การวางแผนการพยาบาล, การวางแผนร่วมกันในผู้ป่วยที่ซับซ้อน, การวางแผนล่วงหน้าโดยใช้ Clinical Pathway, การวางแผนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัด, การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

ผลลัพธ์: แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาสำคัญครบถ้วน, ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น, ทำให้เกิดการประสานงานที่ดี

- การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำ

กระบวนการ: การตรวจเยี่ยมตามปกติ, การเฝ้าระวังปัญหาในผู้ป่วยหนัก, การ identify ผู้ที่มีความเสี่ยงและเฝ้าระวัง, การปรับแผนการดูแลรักษา

ผลลัพธ์: ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงและแก้ปัญหาได้ทันที่

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การประเมินกับการนำผลการประเมินไปใช้เพื่อการวางแผน และการติดตามผล
- การเชื่อมโยงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับสภาพทางคลินิกของผู้ป่วย

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ

- การซักประวัติและตรวจร่างกายโดยแพทย์ไม่สมบูรณ์
- การประเมินปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มักจะเน้นการบันทึกให้ครบในแบบฟอร์ม แต่ไม่ได้มุ่งที่จะค้นหาปัญหาของผู้ป่วย หรือนำข้อมูลที่ได้มาใช้วางแผน
- การตรวจ investigate มีปัญหาเรื่องการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างเหมาะสม ความน่าเชื่อถือของการตรวจ และการอธิบายผลการตรวจแก่ผู้ป่วย
- ไม่มีข้อมูลประกอบเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค ไม่มีการปรับปรุงการวินิจฉัยโรคเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติม
- ไม่มีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่ออธิบายเหตุผลของการรับไว้รักษา เพื่อการดูแลรักษาที่ครบถ้วน และเพื่อใช้ประเมินผลการดูแลรักษา
- ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือก (ถ้ามี) และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- ผู้ป่วยผ่าตัดไม่ได้รับการประเมินและวางแผนล่วงหน้าจากทีมวิสัญญี
- การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำยังขาดพื้นฐานความรู้ทางวิชาการ และการคำนึงถึงโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย

บทที่ 18 กระบวนการดูแลผู้ป่วย¹

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

ประเด็นสำคัญ

- การดูแลผู้ป่วยทั่วไป

กระบวนการ: การสั่งการรักษาโดยผู้มีสิทธิ, การปฏิบัติตามแผนโดยบุคคลที่เหมาะสม, การปรึกษาระหว่างทีมผู้ให้บริการ, การใช้หลักฐานทางวิชาการ/แนวปฏิบัติเพื่อชี้นำการดูแล, การดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผน/มาตรฐานวิชาชีพโดยบุคคลที่เหมาะสม

- การตอบสนองภาวะฉุกเฉินและระบบการดูแลที่ปลอดภัย

กระบวนการ: การกำหนดแนวทางปฏิบัติ, การจัดสิ่งแวดล้อมและการเคลื่อนย้ายที่เหมาะสม, การเตรียมความพร้อม, การเฝ้าระวัง, การตอบสนอง

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย, ผู้ป่วยที่ประสบภาวะฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันที

- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยง

กระบวนการ: การค้นหากลุ่มผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง, การกำหนดแนวทางปฏิบัติ, การฝึกอบรม

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยฉุกเฉิน, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การใช้เลือด, การดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ, โรคติดต่อร้ายแรง, ภาวะภูมิคุ้มกันพร่อง, การฟอกเลือด, การผูกยึด, ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้, เด็กเล็ก, การใช้ moderate & deep sedation

แนวทางปฏิบัติ: วิธีการวางแผน, เอกสารที่ต้องการ, การให้ความยินยอม, การเฝ้าระวัง, ความรู้และทักษะของผู้เกี่ยวข้อง, เครื่องมือพิเศษที่จำเป็น

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

- การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก

กระบวนการ: การประเมิน, การวางแผน, การให้ข้อมูล, การเฝ้าระวัง, การบันทึก, การจำหน่ายจากห้องพักรักษา

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยและราบรื่น

- การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

กระบวนการ: การประเมิน, การวางแผน, การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด, การให้ข้อมูล, การตรวจสอบ, การผ่าตัด, การเฝ้าระวังระหว่างผ่าตัด, การเขียนรายงานผ่าตัด, การวางแผนดูแลหลังผ่าตัด

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกต้อง ปลอดภัย

¹ เนื้อหาในบทนี้ได้เพิ่มเติมรายละเอียดแนวทางการเยี่ยมสำรวจโดยอาศัย measurable element จากมาตรฐานของ JCI ประกอบ

- การใช้ยา

กระบวนการ: การจัดทำบัญชียา, การดูแลการสั่งใช้ยา, การจัดหายาที่ไม่อยู่ในบัญชี, การจ่ายยาฉุกเฉินเมื่อห้องยาปิดหรือไม่มีเภสัชกร, การสั่งยา, การจัดจ่ายยา, การตรวจสอบความถูกต้อง, การบริหารยา, การเรียกยาคืน, การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อน, การประเมินผลต่อผู้ป่วย, การบันทึก

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่งอย่างปลอดภัย

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามผล
- บันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงการใช้ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพในการปฏิบัติงาน

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐาน

- เจ้าหน้าที่ไม่มีความคุ้นเคยกับการแก้ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดกับผู้ป่วย
- ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/อุบัติเหตุดังกล่าวยังมีให้เห็น
- ผู้ให้การรักษามีคุณสมบัติต่ำกว่าภารกิจที่ได้รับมอบหมาย
- การดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
- มีความผิดพลาดในการจ่ายยา

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนมีบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา

ประเด็นสำคัญ

- ความสมบูรณ์ครบถ้วนของการบันทึกเวชระเบียน

กระบวนการ: การจัดทำเวชระเบียน, การบันทึกผลการประเมินและการวินิจฉัย, การบันทึกแผนการดูแล, การบันทึกกิจกรรมการดูแล, การบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย, การสรุปเวชระเบียนและการวางแผนดูแลต่อเนื่อง, การประเมินความสมบูรณ์ของการบันทึก

ผลลัพธ์: บันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการสื่อสารระหว่างทีมงานและการดูแลต่อเนื่อง สามารถใช้ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การบันทึก การทบทวนผลการบันทึก การใช้ประโยชน์จากบันทึกในการพัฒนาคุณภาพ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

IM.4.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการ โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ

GEN.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

- ข้อมูลที่บันทึกไม่ครบถ้วนพอที่จะ บอกเหตุผลของการรับไว้รักษา, การวินิจฉัยโรค, การประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา, ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย, เอื้ออำนวยต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ไม่มีการทบทวนบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการบันทึก

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

เจตจำนงของมาตรฐาน

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ประเด็นสำคัญ

- ความพร้อมของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้าน
กระบวนการ: การประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายและปัญหา, การวางแผนจำหน่าย, การประเมินความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว, การให้ข้อมูลความรู้, การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย/ครอบครัว
ผลลัพธ์: ผู้ป่วย/ครอบครัวพร้อมที่จะดูแลตนเองต่อเนื่องได้ที่บ้าน
- การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
กระบวนการ: การนัดหมาย, การประสานงาน, การติดตาม
ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลที่สะดวกที่สุด

การเชื่อมโยงกับระบบ/กระบวนการที่เกี่ยวข้อง

- การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การให้ข้อมูลและความรู้ การเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว การส่งต่อ

จุดอ่อนของโรงพยาบาลที่พบบ่อย

GEN.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

- ไม่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่แรกแรกรับ
- ขาดการส่งต่อและประสานงานกับหน่วยบริการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง