

เกณฑ์การประเมินหน่วยงาน ในการเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ 1 / 2564

คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน โรงพยาบาลชลประทาน

หัวข้อ	ระดับ 1			ระดับ 2			ระดับ 3			ระดับ 4		ระดับ 5
หัวข้อประเมินที่ 1-10 ใช้สำหรับทุกหน่วยงาน												
1. บทบาทของผู้นำ/ทีมผู้นำ ในการพัฒนา (Leadership) การชี้แนะ/ พาทำ/ ทบทวน คุณภาพ การประพฤติเป็น แบบอย่าง และสร้างแรงบันดาลใจ	ผู้นำทำงาน routine ไม่ค่อยมีบทบาทชัดเจนในนำการพัฒนาหน่วยงาน			ผู้นำส่งเสริม สนับสนุนการแก้ไข ปัญหา การทำกิจกรรมทบทวน การพัฒนาหน่วยงาน			ผู้นำมีบทบาทเป็นผู้นำทีม ในการ ทบทวนต่างๆ ผลักดันให้เกิด กิจกรรมพัฒนาต่างๆ มีการเสริมพลัง มีความเข้าใจแนวคิดคุณภาพ และปฏิบัติเป็นแบบอย่าง			มีความเป็นผู้นำสูง สามารถ สร้างแรงบันดาลใจในการ พัฒนาได้ชัดเจน สามารถสร้าง ทีมที่เข้มแข็งได้		เป็นแบบอย่างของผู้นำในการ พัฒนา มีแนวคิดเชิงระบบ มองเห็นความเชื่อมโยงระหว่าง หน่วยงาน ระบบงาน และ ยุทธศาสตร์ขององค์กร
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		
2. การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ภายในวิชาชีพและระหว่าง วิชาชีพภายในหน่วยงาน	ผู้ปฏิบัติงานต่างทำหน้าที่ ปกติของตนหรือ ตามที่ ได้รับมอบหมายยังขาด เชื่อมโยงระหว่างกันและกับ เป้าหมายหน่วยงาน การ ประสานงานภายใน ยังไม่ค่อยเป็นระบบ			มีการประสานงานดีพอควร ภายในหน่วยงานในวิชาชีพ เดียวกัน แต่ยังมีข้อจำกัดในการ ประสานงานระหว่างวิชาชีพ และ ระหว่างหน่วยงาน			มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาที่ โดยมีแนวทางปฏิบัติที่เกิดจากการตกลงร่วมกัน มีการประสานงาน ค่อนข้างราบรื่น ทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มี แนวทางการประสานงานระหว่าง หน่วยงาน			เป็นทีมสหสาขาที่เข้มแข็งมี ประสิทธิภาพ มีการ ประสานงานที่ดี กับหน่วยงาน อื่นๆ มี ผลสำเร็จของทีมชัดเจน เช่น นวัตกรรมเชิงระบบ		มีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม ที่มีประสิทธิภาพ ผลงานเชิง ระบบของทีมได้รับการยกย่อง เป็นแบบอย่างจากหน่วยงาน ระดับองค์กร บุคคลากรร่วมใจ เป็นหนึ่งเดียวภูมิใจในทีม
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		
3. แนวคิดในการพัฒนา คุณภาพ (ความเข้าใจ 3 P, 3C-PDSA)	ตอบสนองต่อปัญหาที่ เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทำ ตามนโยบาย/คำสั่ง/ ข้อเสนอแนะ จากหน่วยเหนือ			มีการกำหนดเป้าหมายการทำงาน ของหน่วยงาน และวิธีปฏิบัติ แต่ ยังขาดการกำหนดวิธีประเมินผล และตัวชี้วัดสำคัญให้ชัดเจน หรือ กำหนด แต่ไม่มีการวัด หรือวัด แต่ ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์			มีการกำหนดเป้าหมาย วิธีการ ปฏิบัติ การประเมินผลในแต่ละงาน ชัดเจน มีการนำผลลัพธ์มา วิเคราะห์ และนำมาใช้ประโยชน์ ในการปรับปรุงกระบวนการ			มีการวิเคราะห์ผลสำเร็จของ หน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และ นำมาสร้างการเรียนรู้แก่ บุคลากร มีการพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่สูงขึ้น		สามารถบรรลุเป้าหมายทั้ง ตัวชี้วัดสำคัญและคุณค่าอื่นๆ ที่วัดได้ยาก มีการพัฒนาวิธีปฏิบัติจนเป็น แบบอย่าง (best practice)
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		

หัวข้อ	ระดับ 1			ระดับ 2		ระดับ 3			ระดับ 4		ระดับ 5	
4. กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพพื้นฐานในหน่วยงาน	มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติในกิจกรรมหลักแต่ไม่ครบถ้วน มีการประชุมหน่วยงานเป็นครั้งคราวแต่ไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เป็นการแจ้งให้ทราบ			มีคู่มือแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมงานสำคัญ มีการทำกิจกรรม 5 ส./ข้อเสนอแนะ/ กิจกรรมการทบทวนระบบงาน/เหตุการณ์สำคัญ เป็นครั้งคราว		มีการทำกิจกรรมพัฒนาขั้นพื้นฐาน สม่ำเสมอและเห็นผลชัดเจน เช่น 5ส. มีการทบทวนที่หลากหลาย เช่น เหตุการณ์สำคัญ ตัวชี้วัดสำคัญ เริ่มมีการทำ CQI และจัดการความรู้			มี CQI ครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ มีการใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนในการพัฒนา เช่น mini-research, lean, appreciate inquiry เรื่องเล่าเจ้าพลัง		มีวัฒนธรรมคุณภาพ ในหน่วยงานชัดเจน มีผลงานการพัฒนาคุณภาพเป็นที่ประจักษ์ เป็นแบบอย่างแก่หน่วยงานอื่นๆ	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		
5. การมุ่งเน้นผู้รับผลงาน	มีช่องทางรับฟังเสียงของผู้รับผลงาน มีการนำข้อร้องเรียนมาปรับปรุงแก้ไข เป็นบางเรื่อง			มีการใช้วิธีการรับฟังผู้รับผลงานที่หลากหลาย เช่น กล้องรับความเห็น การสอบถามความพึงพอใจหลังการให้บริการ การสำรวจความคิดเห็นเป็นครั้งคราว มีการนำข้อคิดเห็นที่สำคัญๆ มาแก้ไขปรับปรุง		มีการนำความคิดเห็นของผู้รับผลงานมาวิเคราะห์ จำแนกกลุ่มและแนวโน้ม และนำผลการวิเคราะห์มาวางแผนพัฒนา เพื่อตอบสนองอย่างเป็นระบบ มีเสียงสะท้อนในทางชื่นชมอยู่พอสมควร			มีการปรับปรุงวิธีการรับฟังให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการติดตามผลหลังการปรับปรุง เพื่อนำมาปรับปรุงให้ดีขึ้นอีก มีความพยายามที่จะตอบสนองให้เกินกว่าความคาดหวัง		เป็นหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับยกย่อง ในการให้บริการที่เป็นเลิศ จากผู้รับผลงาน หน่วยงานภายนอก หรือองค์กร	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		
6. การจัดการความเสี่ยง และเพิ่มความปลอดภัย	ไม่มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (risk profile) และระบบเฝ้าระวัง การตอบสนองยังเป็น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า บุคลากรยังไม่ค่อยเข้าใจ/ให้ความสำคัญกับความปลอดภัย/ ความเสี่ยง ยังมีความเสี่ยงสำคัญที่ยังไม่มีการวางแผนป้องกันชัดเจน			มีการจัดทำ Risk profile แต่ยังไม่นำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบระบบงานและการเฝ้าระวัง บุคลากรไม่ค่อยมีการรายงานความเสี่ยง		มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงอย่างเป็นระบบในการจัดทำ Risk profile และมีการนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบระบบ มีการรายงานและรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงแล้วนำมาวิเคราะห์ มีการนำเหตุไม่พึงประสงค์สำคัญมาวิเคราะห์สาเหตุราก แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง			สามารถวิเคราะห์สาเหตุรากและปรับปรุงแก้ไขจนลดความเสี่ยงสำคัญอย่างได้ผล บุคลากรส่วนใหญ่ตระหนักถึงความเสี่ยงและความปลอดภัยโดยมีความระมัดระวังอย่างชัดเจนในขั้นตอนสำคัญของปฏิบัติงาน และร่วมมือในการรายงาน การทบทวน		เป็นหน่วยงานที่มีความปลอดภัยสูง มีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ชัดเจนในบุคลากร มีการแลกเปลี่ยนความรู้/ ข้อมูลความเสี่ยง กันเป็นประจำ	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		

หัวข้อ	ระดับ 1		ระดับ 2			ระดับ 3		ระดับ 4		ระดับ 5
7. การจัดการบุคลากร	จำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องกับงานทั้งภาวะปกติและไม่ปกติ การมอบหมายงาน ยังไม่ค่อยสอดคล้องกับความรู้ ประสบการณ์และความสามารถ		บุคลากรเพียงพอในภาวะปกติ มีแนวทางการจัดการในกรณีที่ขาดคน มีการพัฒนา ฝึกอบรมบุคลากรโดยนำปัญหา/ บทเรียนที่เคยเกิดมา กำหนดการฝึกอบรมเพิ่มเติม			บุคลากรเพียงพอทั้งในภาวะปกติและไม่ปกติ มีแผนการฝึกอบรมที่ชัดเจน เพื่อสมรรถนะที่ต้องการของหน่วยงาน ส่งเสริมการเรียนรู้ ทั้งที่เป็นและไม่เป็นทางการ มีกิจกรรมสร้างความสามัคคี ผูกพันระหว่างบุคลากร		การจัดการบุคลากรมีประสิทธิภาพสูง มีการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ร่วมกัน และการพัฒนาตนเองให้สอดคล้องทิศทางของหน่วยงาน/องค์กร บุคลากรมีความรักใคร่ สามัคคีกัน		บุคลากรมีศักยภาพสูง ผูกพัน ทุ่มเทให้หน่วยงาน และองค์กร มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ในอนาคต
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
8. การจัดการสิ่งแวดล้อม	สถานที่ สิ่งแวดล้อมไม่ค่อยดี ไม่ค่อยเป็นระเบียบ ไม่มีการจัด Zoning เข้าถึงยาก ความสะดวกในการให้บริการ / ปฏิบัติงานน้อย การจัดการขยะ ทำได้ไม่ดี ไม่มีแผนอัคคีภัย		สถานที่ สิ่งแวดล้อมความสะอาด เป็นระเบียบ เริ่มมีการจัด Zoning ในการให้บริการ/ ปฏิบัติงาน พอสมควร แต่ยังพบข้อจำกัดในการทำงาน มีระบบการจัดการขยะ อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ ตามมาตรฐาน มีแผนการป้องกันอัคคีภัย			Zoning ถูกต้องเหมาะสม มีการทำ 5 ส.สม่ำเสมอ มีความสะอาดปลอดภัยในระดับดี พื้นที่ใช้สอย แสงสว่างเพียงพอ อุณหภูมิ การระบายอากาศเหมาะสม มีการซักซ้อมแผนอัคคีภัย		มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการเรียนรู้ ให้เห็นได้ชัดเจน		สิ่งแวดล้อมดีเยี่ยม เป็น Safety Healthy and Happy workplace
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
9. การจัดการเครื่องมืออุปกรณ์	เครื่องมือพื้นฐานยังไม่พอ ต้องขอยืมหน่วยงานอื่น บ่อยๆ ไม่มีคู่มือประจำเครื่องมือสำคัญ หรือไม่ครบถ้วน เครื่องมือ อุปกรณ์สำคัญ ได้รับการบำรุงรักษาต่อเมื่อมีการชำรุดหรือเสีย		มีเครื่องมืออุปกรณ์พื้นฐานเพียงพอ มีการตรวจสอบความพร้อมใช้เป็นประจำ มีการจัดทำคู่มือการใช้งานในเครื่องมือสำคัญ บุคลากรได้รับการฝึกในการใช้เครื่องมือ มีแนวทางแก้ไขในกรณี ที่เครื่องมือ เสีย และต้องยืมจากหน่วยงานอื่น			สามารถบริหารจัดการเครื่องมือให้สามารถใช้งานได้ อย่างเพียงพอทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน อย่างราบรื่น มีระบบการใช้เครื่องมือที่ต้องใช้ร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ มีผู้รับผิดชอบ เครื่องมือสำคัญ มีแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ		มีการวางแผนจัดหาเครื่องมือทดแทน โดยมีการประเมินความต้องการ ในอนาคต และหาข้อมูลล่วงหน้า มีการประเมินความคุ้มค่าของการใช้เครื่องมือ การบำรุงรักษาเชิงป้องกันมีประสิทธิภาพ		มีการใช้งานเครื่องมืออย่างคุ้มค่า บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในการจัดการเรื่องเครื่องมือสามารถให้คำปรึกษา/ เรียนรู้แก่หน่วยงานอื่นๆ
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

หัวข้อ	ระดับ 1			ระดับ 2			ระดับ 3			ระดับ 4		ระดับ 5
10. การประเมินตนเอง การวัด วิเคราะห์และสร้าง การเรียนรู้	ไม่มีการจัดทำ service profile หรือจัดทำแต่ไม่เหมาะสม ตัวชี้วัดไม่ค่อยสะท้อนประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน การวัดไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์			มีการจัดทำ service profile ที่สะท้อนบริบทของหน่วยงาน แต่ไม่ค่อย update มีตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของหน่วยงานพอสมควร แต่ยังไม่นำมาใช้ประโยชน์น้อย			Service profile เป็นปัจจุบัน มีตัวชี้วัดผลงานที่ตรงกับประเด็นสำคัญของหน่วยงาน มีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ สรุปบทเรียน และนำมาสู่การวางแผนปรับปรุง กระบวนการสำคัญให้ดีขึ้นหรือปลอดภัยขึ้น			มีการใช้ประโยชน์จาก Service profile และตัวชี้วัด ผลงานอย่างหลากหลาย เช่น สร้างการเรียนรู้ของทีม การปฐมนิเทศ บุคลากรใหม่ การนำประเด็นจุดอ่อน/โอกาสพัฒนา ไปพัฒนา และนำเสนอในมหกรรมคุณภาพของโรงพยาบาล มีปรับปรุงตัวชี้วัดให้กระชับ ตรงวัดได้ง่าย		Service profile กระชับสะท้อนคุณภาพหน่วยงานอย่างชัดเจน มีการวัดผลงานเชิงเปรียบเทียบกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		

หมายเหตุ : แบบประเมินนี้พัฒนาจาก เกณฑ์การประเมินหน่วยงาน ของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวข้อ	ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3		ระดับ 4		ระดับ 5	
หัวข้อ 11-16 ใช้เฉพาะหน่วยงานทางคลินิก (หอผู้ป่วย)										
11. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แบบบูรณาการ	มีการประเมินผู้ป่วยวางแผนดูแลรักษาและพยาบาล ตามแนวทางของแต่ละวิชาชีพ แต่ยังไม่พบความซ้ำซ้อน การไม่สอดคล้อง/เชื่อมโยงกัน		มีการประสานระหว่างวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจนเกิดแนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขา (CPG , Guideline) ในโรคสำคัญบางโรค		มีการนำแนวทางการดูแลรักษาแบบองค์รวมในกลุ่มโรคสำคัญมาใช้อย่างครอบคลุม โดยมีการประเมินผลและปรับปรุงให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง มีการผสมผสานการดูแลรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพกันอย่างสมดุล		ผสมผสานงานวิจัย R2R mini-research กับการพัฒนาคุณภาพผสมผสานแนวคิดที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วย เช่น แพทย์แผนไทย SPA เพื่อนช่วยเพื่อน ผลลัพธ์มีแนวโน้มดีอย่างต่อเนื่อง		มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการ พัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นระบบ จนทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในระดับดีเยี่ยม	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
12. การจัดการความเสี่ยงทางคลินิก	ยังไม่ค่อยมีระบบในการค้นหา หรือจัดการความเสี่ยงทางคลินิก การตอบสนองต่อความเสี่ยงทางคลินิกขึ้นกับประสบการณ์ของบุคลากร		มีการสำรวจ/จัดทำบัญชีความเสี่ยงทางคลินิก มีแนวทางป้องกัน ในบางประเด็นที่สำคัญ การเฝ้าระวังและดักจับ ยังเป็นแบบ passive มีการทำทบทวน AE สำคัญ แต่ยังไม่ค่อยถึงสาเหตุราก		มีระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยเสี่ยงสูงอย่างเหมาะสม เช่น early warning signs , monitoring ต่างๆ มีระบบการรายงานและการตอบสนองต่อความเสี่ยงอย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ มีการทำ RCA เมื่อมีเหตุไม่พึงประสงค์สำคัญ		มีระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก (Proactive) เช่น การทบทวนเวชระเบียน risk round Concurrent Trigger Tool มีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงทางคลินิกอย่างเป็นระบบ สามารถป้องกันการเกิดซ้ำของความเสียหายสำคัญอย่างได้ผล		มีการนำนวัตกรรมใหม่ๆ และ Human factor engineering มาใช้ในการจัดการ ความเสี่ยงอย่างได้ผล จนเป็นหน่วยงานที่มีความปลอดภัยสูง (High reliable unit)	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
13. การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	มีการตีตประกาศสิทธิผู้ป่วยเพื่อสร้างการรับรู้ให้กับบุคลากรและผู้ป่วย มีการแจ้งข้อกำหนด/ข้อมูลสำคัญให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อเข้ารับบริการ		มีการสร้างความตระหนัก/ ความเข้าใจแก่บุคลากรถึงสิทธิผู้ป่วยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน มีการสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิที่เกี่ยวข้องกับตน ที่สามารถขอใช้สิทธิได้เมื่อรับเข้าหอผู้ป่วย		มีการออกแบบระบบ/ สิ่งแวดล้อมเพื่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบริการ เช่น การให้ข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนลงนามยินยอม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ผู้ป่วยถูกล่วงละเมิด มีการทบทวน/ เรียนรู้จากเหตุการณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสิทธิผู้ป่วย		มีการคุ้มครองสิทธิได้ดีในทุกขั้นตอนของการดูแลรักษา ผู้ป่วยญาติมีความเข้าใจในกระบวนการดูแลรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในประเด็นสำคัญๆ เช่น การทำพินัยกรรมชีวิต มีการใช้แนวทาง Humanized healthcare อย่างชัดเจน		สัมผัสได้ถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมความเชื่อของบุคคล	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

หัวข้อ	ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3		ระดับ 4		ระดับ 5	
14. การป้องกันการติดเชื้อ	มีระบบการป้องกันการติดเชื้อพื้นฐาน เช่น อุปกรณ์ การล้างมือ การจัดแยกขยะ การจัดแยกพื้นที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ แต่อาจยังไม่สมบูรณ์ เพียงพอ		มีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและออกแบบระบบป้องกันที่เหมาะสม มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ มีการสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวัง		ระบบการเฝ้าระวังกำกับติดตามการปฏิบัติมีประสิทธิภาพ มีการทบทวนบทเรียนจากกรณีที่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อ บุคลากรปฏิบัติตามหลัก 5 moment ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อัตราการติดเชื้อไม่เกินเกณฑ์		มีการทำ CQI/ mini research ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ มีการใช้ความรู้/ นวัตกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ ผลลัพธ์การควบคุมการติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์/ แนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ		มีระบบการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ จนส่งผลให้มีการติดเชื้อ ในระดับต่ำกว่าค่าเฉลี่ยขององค์กร หรือระดับประเทศ	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
15. การจัดการด้านยา	มีแนวทางการปฏิบัติทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับยา แต่ยังพบ Med. Error ได้บ่อยๆ การจัดส่งยา ที่อาจไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และความจำเป็น		มีการกำหนดมาตรการป้องกัน/แก้ไขความคลาดเคลื่อน AE จากการรับคำสั่ง การจัด/เตรียม/บริหารยา มีการสร้างความตระหนัก และให้ความรู้ด้านยาที่สำคัญแก่ผู้ปฏิบัติงาน เริ่มมีระบบ double check up การจัดส่งยาเป็นไปตามเกณฑ์		มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดอย่างได้ผล มีระบบบันทึกและติดตามผลการให้ยาความเสี่ยงสูงที่เหมาะสม มีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาและมีการตอบสนองเหมาะสม มีการประสานระหว่างวิชาชีพในการจัดการเรื่องยา ไม่พบความเสี่ยงสำคัญด้านยา		มีการออกแบบระบบและนวัตกรรม เช่น ใช้ ITอย่างได้ผลในการบริหารยา มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการเรื่องยาอย่างปลอดภัย มีการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ญาติในการบริหารยา และป้องกันความเสี่ยงจากยา		ระบบการเตรียม และบริหารยามีประสิทธิภาพสูง ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อน และ AE ที่เกี่ยวกับยาอยู่ในระดับต่ำ	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
16. ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	มีการบันทึกตามแบบฟอร์มของแต่ละวิชาชีพ แต่ไม่ค่อยเชื่อมโยง หรือขาดข้อมูลสำคัญ เช่น โรคร่วม แผนการรักษา การบันทึกที่ยังขาดความชัดเจน มีการใช้ตัวย่อที่อาจไม่เข้าใจความหมาย กำกวม		มีความเชื่อมโยงของการบันทึกระหว่างวิชาชีพ เนื้อหาการบันทึกสามารถทำให้เข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วยได้ มีการบันทึก Progress note แต่ยังไม่ครบถ้วน		ข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนครบ อ่านได้ใจความชัดเจน มองเห็นความสอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพ มีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจน เข้าใจเหตุผลของการดูแลรักษา ในแบบบันทึกของสหสาขา - Progress note ของแพทย์ มี SOAP		มีการทบทวนเวชระเบียนร่วมกันและปรับปรุงวิธีบันทึกให้ง่ายสะดวก และสะท้อนทีมสหสาขาชัดเจน เนื้อหากระชับอ่านเข้าใจง่าย มีการบันทึกการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยและระบุแนวทางการป้องกัน		ผู้ป่วยทุกรายมี เวชระเบียน ซึ่งมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และ การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย	
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

			- Focus list ของพยาบาล สัมพันธ์กับ แพทย์							
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5

หมายเหตุ : แบบประเมินนี้พัฒนาจาก เกณฑ์การประเมินหน่วยงาน ของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช