

**เกณฑ์การประเมินหน่วยงาน ในการเยี่ยมสำรวจภายใน ครั้งที่ 1 / 2562**  
**คณะกรรมการเยี่ยมสำรวจภายใน ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน**

หัวข้อ	ระดับ 1		ระดับ 2			ระดับ 3		ระดับ 4		ระดับ 5
<b>หัวข้อประเมินที่ 1-10 ใช้สำหรับทุกหน่วยงาน</b>										
<b>1. บทบาทของผู้นำ/ทีม นำในการพัฒนา (Leadership)</b> การชี้แนะ/ พาทำ/ ทบทวนคุณภาพ การประพฤติเป็นแบบอย่าง และสร้างแรงบันดาลใจ	ผู้นำทำงาน routine ไม่ค่อยมีบทบาทชัดเจนในนำการพัฒนาหน่วยงาน		ผู้นำส่งเสริม สนับสนุนการแก้ไข ปัญหา การทำกิจกรรมทบทวนการพัฒนาหน่วยงาน			ผู้นำมีบทบาทเป็นผู้นำทีม ในการทบทวนต่างๆ ผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาต่างๆ มีการเสริมพลัง มีความเข้าใจแนวคิดคุณภาพ และปฏิบัติเป็นแบบอย่าง		มีความเป็นผู้นำสูง สามารถสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาได้ชัดเจน สามารถสร้างทีมที่เข้มแข็งได้		เป็นแบบอย่างของผู้นำในการพัฒนา มีแนวคิดเชิงระบบ มองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ระบบงาน และยุทธศาสตร์ขององค์กร
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>2. การทำงานเป็นทีม (Teamwork)</b> ภายในวิชาชีพและระหว่างวิชาชีพภายในหน่วยงาน	ผู้ปฏิบัติงานต่างทำหน้าที่ปกติของตนหรือ ตามที่ ได้รับมอบหมายยังขาดเชื่อมโยงระหว่างกันและกับเป้าหมายหน่วยงาน การประสานงานภายในยังไม่ค่อยเป็นระบบ		มีการประสานงานดีพอควรภายในหน่วยงานในวิชาชีพเดียวกัน แต่ยังมีข้อจำกัดในการประสานงานระหว่างวิชาชีพ และระหว่างหน่วยงาน			มีการทำงานเป็นทีมสหสาขาที่ โดยมีแนวทางปฏิบัติที่เกิดจากการตกลงร่วมกัน มีการประสานงานค่อนข้างราบรื่น ทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มีแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน		เป็นทีมสหสาขาที่เข้มแข็งมีประสิทธิภาพ มีการประสานงานที่ดี กับหน่วยงานอื่น ๆ มีผลสำเร็จของทีมชัดเจน เช่น นวัตกรรมเชิงระบบ		มีวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม ที่มีประสิทธิภาพ ผลงานเชิงระบบของทีมได้รับการยกย่องเป็นแบบอย่างจากหน่วยงานระดับองค์กร บุคคลากรร่วมมือเป็นหนึ่งเดียวภูมิใจในทีม
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
<b>3. แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ (ความเข้าใจ 3 P, 3C-PDSA)</b>	ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ทำตามนโยบาย/คำสั่ง/ ข้อเสนอแนะ จากหน่วยเหนือ		มีการกำหนดเป้าหมายการทำงาน ของหน่วยงาน และวิธีปฏิบัติ แต่ยังคงขาดการกำหนดวิธีประเมินผล และตัวชี้วัดสำคัญให้ชัดเจน หรือกำหนด แต่ไม่มีการวัด หรือวัด แต่ไม่มีการนำมาใช้ประโยชน์			มีการกำหนดเป้าหมาย วิธีการปฏิบัติ การประเมินผลในแต่ละงานชัดเจน มีการนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์ และนำมาใช้ประโยชน์ ในการปรับปรุงกระบวนการ		มีการวิเคราะห์ผลสำเร็จของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และนำมาสร้างการเรียนรู้แก่บุคลากร มีการพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่สูงขึ้น		สามารถบรรลุเป้าหมายทั้งตัวชี้วัดสำคัญและคุณค่าอื่นๆ ที่วัดได้ยาก มีการพัฒนาวิธีปฏิบัติจนเป็นแบบอย่าง (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 เรื่องเล่าเร้าพลัง		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 และการพัฒนาตนเองให้สอดคล้องทิศทางการดำเนินงาน/องค์กร บุคลากรมีความรักใคร่ สามัคคีกัน		บุคลากรมีศักยภาพสูง ผูกพัน ทุ่มเทให้หน่วยงาน และองค์กร มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต
	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 แต่ยังมีข้อจำกัดในการทำงาน 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 ที่เครื่องมือเสีย 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	<p>ไม่มีการจัดทำ service profile หรือจัดทำแต่ไม่เหมาะสม ตัวชี้วัดไม่ค่อยสะท้อนประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน การวัดไม่สม่ำเสมอ หรือไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์</p>			<p>มีการจัดทำ service profile ที่สะท้อนบริบทของหน่วยงาน แต่ไม่ค่อย update มีตัวชี้วัดที่สะท้อนประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของหน่วยงานพอสมควร แต่ยังไม่นำมาใช้ประโยชน์น้อย</p>			<p>Service profile เป็นปัจจุบัน มีตัวชี้วัดผลงานที่ตรงกับประเด็นสำคัญของหน่วยงาน มีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ สรุปบทเรียน และนำมาสู่การวางแผนปรับปรุง กระบวนการสำคัญให้ดีขึ้นหรือปลอดภัยขึ้น</p>			<p>มีการใช้ประโยชน์จาก Service profile และตัวชี้วัด ผลงานอย่างหลากหลาย เช่น สร้างการเรียนรู้ของทีม การปฐมนิเทศ บุคลากรใหม่ การนำประเด็น จุดอ่อน/โอกาสพัฒนา ไปพัฒนา และนำเสนอในมทกรรมคุณภาพของโรงพยาบาล มีปรับปรุงตัวชี้วัดให้กระชับ ตรงวัดได้ง่าย</p>			<p>Service profile กระชับสะท้อนคุณภาพหน่วยงานอย่างชัดเจน มีการวัดผลงานเชิงเปรียบเทียบกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่น</p>		
	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	
<b>หัวข้อ 11-16 ใช้เฉพาะหน่วยงานทางคลินิก (หอผู้ป่วย)</b>										
11. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แบบบูรณาการ	มีการประเมินผู้ป่วยวางแผนดูแลรักษาและพยาบาล ตามแนวทางของแต่ละวิชาชีพ แต่ยังไม่พบความซ้ำซ้อน การไม่สอดคล้อง/เชื่อมโยงกัน		มีการประสานระหว่างวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจนเกิดแนวทางการดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหสาขา (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 สามารถป้องกันการเกิดซ้ำของความเสียหายสำคัญได้อย่างได้ผล		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	มีการติดประกาศสิทธิผู้ป่วยเพื่อสร้างการรับรู้ให้กับบุคลากรและผู้ป่วย มีการแจ้งข้อกำหนด/ข้อมูลสำคัญให้ผู้ป่วยทราบเมื่อเข้ารับบริการ		มีการสร้างความตระหนัก/ ความเข้าใจแก่บุคลากรถึงสิทธิผู้ป่วยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน มีการสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสิทธิที่เกี่ยวข้องกับตน ที่สามารถขอใช้สิทธิได้เมื่อรับเข้าหาผู้ป่วย		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 อุปกรณ์การล้างมือ การจัดแยกขยะ การจัดแยกพื้นที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ แต่อาจยังไม่สมบูรณ์ เพียงพอ		มีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและออกแบบระบบป้องกันที่เหมาะสม มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ มีการสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวัง		ระบบการเฝ้าระวังกำกับติดตามการปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ มีการทบทวนบทเรียนจากกรณีที่มีอุบัติการณ์การติดเชื้อ บุคลากรปฏิบัติตามหลัก 5 moment ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อัตรากาติดเชื้อไม่เกินเกณฑ์		มีการทำ CQI/ mini research ในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ มีการใช้ความรู้/ นวัตกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ ผลลัพธ์การควบคุมการติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ดี/ 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 จาก การรับคำสั่ง การจัด/เตรียม/ บริหารยา มีการสร้างความตระหนัก และให้ความรู้ด้านยา ที่สำคัญแก่ผู้ปฏิบัติงาน เริ่มมีระบบ double check up การส่งยาเป็นไปตามเกณฑ์		มีการกำกับติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างได้ผล มีระบบบันทึกและติดตามผลการให้ยาความเสี่ยงสูงที่เหมาะสม มีระบบรายงานเมื่อเกิดปัญหาและมีการตอบสนองเหมาะสม มีการประสานระหว่างวิชาชีพในการจัดการเรื่องยา ไม่พบความเสี่ยงสำคัญด้านยา		มีการออกแบบระบบและนวัตกรรม เช่น ใช้ ITอย่างได้ผลในการบริหารยา มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการเรื่องยาอย่างปลอดภัย มีการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ญาติในการบริหารยา และป้องกันความเสี่ยงจากยา		ระบบการเตรียม และบริหารยา มีประสิทธิภาพสูง 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 การบันทึกยังขาดความชัดเจน มีการใช้ตัวย่อที่อาจไม่เข้าใจความหมาย กำกวม		มีความเชื่อมโยงของการบันทึก ระหว่างวิชาชีพ เนื้อหาการบันทึกสามารถทำให้เข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วยได้ มีการบันทึก Progress note แต่ยังไม่ครบถ้วน		ข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนครบ อ่านได้ใจความชัดเจน มองเห็นความสอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างวิชาชีพ-มีการบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจน เข้าใจเหตุผลของการดูแลรักษา - Progress note ของแพทย์ มี SOAP - Focus list ของพยาบาล สัมพันธ์กับแพทย์		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

หมายเหตุ : แบบประเมินนี้พัฒนาจาก เกณฑ์การประเมินหน่วยงาน ของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช