

กรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่าโมก จ.อ่างทอง

วิธีการตรวจสอบ(ของผู้บริหารที่กำกับดูแล)

1. วิธีการสังเกต

2. ตรวจสอบเอกสาร

ขั้นตอนการตรวจสอบ(ของผู้บริหารที่กำกับดูแล)

สังเกตการมาปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวัน ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ทาง รพ.กำหนด (เอกสารคู่มือปฐมนิเทศ)

สังเกตการเลิกงานงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวัน ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ทาง รพ.กำหนด (เอกสารคู่มือปฐมนิเทศ)

สังเกตการส่งงานของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ ปฏิบัติงานตามคำสั่งของแต่ละคน

สังเกตเจ้าหน้าที่แต่ละคนปฏิบัติตามระบบในการ จัดเก็บผลลัพธ์ของงานที่แต่ละคนรับผิดชอบ ตรวจสอบได้เชิงประจักษ์

ตรวจสอบเอกสาร,โปรแกรมสแกนการลงเวลา มาปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำทุกเดือน)

ตรวจสอบจากโปรแกรมความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากร

ตรวจสอบเอกสารส่งงานที่รับผิดชอบตามกรอบการมอบอำนาจแต่ละแผนก แต่ละหน่วยงาน

มีการกำหนดกลไกการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง(ของผู้บริหารที่กำกับดูแล)

กำหนดแนวปฏิบัติในส่วนหน่วยงานต่าง ๆ โดยหัวหน้า

กำหนดการประชุมเจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

กำหนดรอกเวลาให้ผู้ปฏิบัติงานรายงานผลการปฏิบัติงานทุกไตรมาสและประจำปี

รายละเอียดกรอบแนวทางการตรวจสอบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลป่าโมก จ.อ่างทอง

วิธีการตรวจสอบ(ของผู้บริหารที่กำกับดูแล)

๑.๑ วิธีการสังเกต

๑.๒ ตรวจเอกสาร

๒.ขั้นตอนการตรวจสอบ(ของผู้บริหารที่กำกับดูแล)

๒.๑ วิธีการสังเกต

๒.๑.๑ สังเกตการมาปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละวันว่ามาปฏิบัติงานตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน ก่อนเวลา ตรงเวลา หรือหลังจากเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดตามมาตรฐานการปฏิบัติงานหรือไม่ รายละเอียดดังนี้

ก่อนเวลาคือเวลา ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว จ้างเหมา เวลา 08.15 น.

ตรงเวลาคือเวลาข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว จ้างเหมา เวลา 08.15 น.

หลังจากเวลาคือเวลา ข้าราชการและพนักงานราชการ เวลา 08.40 น. พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว จ้างเหมา เวลา 08.15 น.

๒.๑.๒ สังเกตการเลิกงานในแต่ละวันของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานว่าเลิกงานก่อนเวลา ตรงเวลา หรือ หลังจากเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดตามมาตรฐานการปฏิบัติงานหรือไม่

รายละเอียดดังนี้

ก่อนเวลาคือเวลา ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว จ้างเหมา เวลา 16.15 น.

ตรงเวลาคือเวลาข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว จ้างเหมา เวลา 16.15 น.

หลังจากเวลาคือเวลาข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง ลูกจ้างชั่วคราว จ้างเหมา เวลา 16.15 น.

๒.๑.๓ สังเกตการส่งงานของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานตามคำสั่งของแต่ละคน แล้วเสร็จตามช่วงเวลาที่กำหนดทันเวลา รวดเร็ว หรือ ล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนดหรือไม่

๒.๑.๔ สังเกตการจัดเก็บเอกสารข้อมูลในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่แต่ละคนว่ามีระบบในการจัดเก็บผลลัพธ์ของงานที่แต่ละคนรับผิดชอบตามที่ได้รับมอบหมายที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำมาตรวจสอบได้เมื่อมีการตรวจสอบจากหน่วยงานภายในและภายนอกหรือไม่

การให้บริการ ณ ปัจจุบัน

1. งานผู้ป่วยนอก
 - คลินิกโรคเรื้อรัง
 - คลินิกวัณโรค
 - คลินิก ANC
 - คลินิกเด็กดี
2. งานทันตกรรม
3. งานชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ
4. งานบริการเชิงรุก
5. งานห้องคลอด
6. งานกายภาพ
7. เอ็กซเรย์
8. คลินิกให้คำปรึกษา
9. คลินิก HIV
10. คลินิก ฟ้าใส

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าโมก

1. แพทย์หญิงสุรางค์ เมฆดี ดำรงตำแหน่ง พ.ศ.2519-2524
2. นายแพทย์สุรพันธ์ วิชิตนาค ดำรงตำแหน่ง พ.ศ. 2525-2560
3. นายแพทย์สมชาติ ลีวรรณเจริญ พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน

พันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม นโยบาย โรงพยาบาลป่าโมก

1. พัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุม 4 มิติ ในระดับทุติยภูมิอย่างมีคุณภาพที่สอดคล้องวิถีชุมชน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

วิสัยทัศน์ :

เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน โดยมีส่วนร่วมเครือข่ายชุมชน

พันธกิจ :

1. พัฒนาระบบบริการ **Service plan** และ **ECS** ที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริการโดยมีส่วนร่วมเครือข่ายชุมชน
3. พัฒนาบุคลากรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
4. พัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล
5. พัฒนาการบริหารจัดการการเงินการคลัง

คำนิยาม :

ผลิตภัณฑ์การทำงาน 3P โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

นโยบาย:

มุ่งสู่โรงพยาบาลคุณภาพ จัดระบบบริการประชาชนอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง เน้นองค์รวมด้านจิตสังคม
ครอบคลุมด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพ ที่เป็นมาตรฐาน
โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยความเสมอภาค ตามสิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการรับบริการ

ระเบียบว่าด้วยการขึ้นปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรโรงพยาบาลมีดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ทุกคนที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้าเวรบ่ายและเวรดึกให้ขึ้นปฏิบัติงานก่อนเวลาปฏิบัติงานจริงๆ อย่างน้อย
15 – 20 นาที

เวลาเวรเช้า 08.15น. – 16.15น.

เวลาเวรบ่าย 16.15น. - 00.15น.

เวลาเวรดึก 00.15น. – 08.15น.

กำหนดการปฏิบัติงาน

1. พนักงานทำความสะอาด 07.15 น. – 16.00 น.
2. เปล/ยาม/พชร./คนสวน 08.15 น. – 16.15 น.
3. แม่ครัว(มาปฏิบัติ 06.30 น. เลิก 14.30 น.) (มาปฏิบัติ 09.30น. เลิก 17.00 น.)
4. กลุ่มวิชาชีพ/กลุ่มสนับสนุน 08.15 น. – 16.15 น.
5. พนักงานราชการ 08.15 น. – 16.15 น. (ผอ.กำหนด 08.40 – 16.30 น.)
6. การพักสลับเที่ยง (พัก 11.00 น. เข้างาน 12.00 น.) พัก 12.00 น. เข้างาน 13.00 น.)
2. ตรวจสอบและดูแลรับผิดชอบงานในหน้าที่
3. ดำเนินการรับและส่งเวรเพื่อมอบหมายในแต่ละอย่างเป็นระบบและถูกต้อง
4. รายงานเหตุการณ์ทั่วไปและสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรต่อหัวหน้าเวรหรือหัวหน้างานเพื่อดำเนินการแก้ไข
ตามความเหมาะสมต่อไป
5. กำหนดระยะเวลาการทำงานติดต่อกันไม่เกิน 8 ชั่วโมง / วันหรือไม่เกิน 48 ชม./รอบ/คน
6. ให้แจ้งความต้องกรวันหยุดพักผ่อน 4 ครั้ง/ปี โดยแบ่งเป็นช่วง 6 เดือนแรกในรอบปีงบประมาณ
และช่วง 6 เดือนหลัง
7. เจ้าหน้าที่ ที่ขึ้นปฏิบัติในวันหยุดราชการหรือเวรบ่ายเวรดึกถ้ามีความจำเป็นที่ต้องการลากิจส่วนตัวจะต้อง
รับผิดชอบจัดหาคนขึ้นปฏิบัติงานแทนและรายงานตัวต่อหัวหน้างาน/หัวหน้าพยาบาลทันทีที่กลับมาทำงาน
8. ในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือปริมาณงานเกินความสามารถในเวรปกติหัวหน้าเวรมีอำนาจในการเรียกพยาบาล
เวร on call ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
9. ในการปฏิบัติงานแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวรอย่างน้อย 1 – 2 คน
10. เจ้าหน้าที่ทุกระดับจะต้องขึ้นปฏิบัติในหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายเท่านั้น ยกเว้นในกรณีจำเป็น ขออนุญาต
จากหัวหน้างานและหัวหน้าพยาบาลเพื่อพิจารณาตามความเหมาะสม

ระเบียบว่าด้วยการลาของบุคลากรโรงพยาบาลป่าโมก

เนื่องจากบุคลากรของกลุ่มงานการพยาบาลต้องปฏิบัติงานบริการเป็น 2 รูปแบบ คือ กลุ่มปฏิบัติงานในเวลาราชการปกติและกลุ่มปฏิบัติเป็นรอบเวรเข้าป่ายดึกและวันหยุดราชการดังนั้นเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดความ เป็นระเบียบเรียบร้อยและเกิดผลเสียหายแก่ผู้รับบริการการลาทุกชนิดของเจ้าหน้าที่ถือตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2535 ว่าด้วยการลาของข้าราชการและระเบียบการลา

ระเบียบการลาของข้าราชการ พ.ศ.2555

การลา มี 11 ประเภท

1. การลาป่วย
2. การลาคลอดบุตร
3. การลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตร
4. การลากิจส่วนตัว
5. การลาพักผ่อน
6. การลาอุปสมบทหรือการลาไปประกอบพิธีฮัจย์
7. การลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล
8. การลาไปศึกษา ฝึกอบรม ปฏิบัติการวิจัย หรือดูงาน
9. การลาไปปฏิบัติงานในองค์การระหว่างประเทศ
10. การลาติดตามคู่สมรส
11. การลาไปฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ

พนักงานราชการมีสิทธิลาประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.ลาป่วย

หลักเกณฑ์ให้ได้รับค่าตอบแทนระหว่างลาได้ ปีหนึ่งไม่เกิน 30 วัน ส่วนที่เกิน 30 วัน มีสิทธิได้รับเงินทดแทน การขาดรายได้จากกองทุนประกันสังคม ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาในวันแรกที่มาปฏิบัติงาน
2. กรณีป่วยจนไม่สามารถลงชื่อในใบลาได้ จะให้ผู้อื่นลาแทนได้
3. ลาป่วยเกิน 3 วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์แนบกับใบลานั้นวันลาเฉพาะวันทำการ กรณีลาป่วยลากิจส่วนตัว ลาพักผ่อน

หมายเหตุ ฝ่ายการพยาบาล ลาป่วย 1 วัน และฝ่ายบริหารงานทั่วไป ลาป่วย 2 วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์

2. ลาคลอบบุตร

หลักเกณฑ์ มีสิทธิลาคลอบบุตรปีหนึ่ง 90 วัน โดยได้รับค่าจ้างระหว่างลาจากส่วนราชการ 45 วัน ส่วนที่ลาเกินอีก 45 วันให้ได้รับจากสำนักงานประกันสังคม

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา
2. ให้ผู้อื่นลาแทนได้
3. การลาคลอบบุตรที่เกี่ยวกับการลาประเภทใดก็ตาม ให้ถือว่าการลาประเภทนั้นสิ้นสุดลง

3. ลากิจส่วนตัว

หลักเกณฑ์ มีสิทธิลากิจส่วนตัวได้ปีละไม่เกิน 10 วันทำการ โดยได้รับค่าตอบแทนระหว่างลา

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา
2. ต้องได้รับอนุญาต จึงจะหยุดราชการได้
3. กรณีเหตุพิเศษ ไม่อาจส่งใบลาได้ให้ส่งใบลาพร้อมเหตุผล ความจำเป็นในวันแรกที่มาปฏิบัติงาน
4. ในระหว่างลากิจส่วนตัว หากมีราชการจำเป็น ผู้บังคับบัญชาสามารถเรียกตัวกลับมาปฏิบัติราชการได้

4. ลาพักผ่อน

หลักเกณฑ์ มีสิทธิลาพักผ่อนปีหนึ่งได้ 10 วันทำการ และสิทธิที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ อีก 10 วันทำการ รวมแล้ว 20 วันทำการ เว้นแต่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน ไม่มีสิทธิลาพักผ่อนประจำปี

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา
2. หากมีราชการจำเป็น ผู้บังคับบัญชาสามารถเรียกตัวกลับมาปฏิบัติราชการได้
3. ต้องยื่นใบลาล่วงหน้า 5 วัน

5. ลาเพื่อรับราชการทหารในการเรียกพลเพื่อตรวจสอบ

หลักเกณฑ์ เพื่อฝึกวิชาทหาร เข้ารับการระดมพล หรือเพื่อทดลองความพร้อม ตามกฎหมายว่าด้วยการรับราชการทหาร ทั้งนี้ เมื่อพ้นจากการเข้ารับการตรวจเลือกหรือเตรียมพล ให้รายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติงานภายใน 7 วัน และให้ได้รับค่าตอบแทนระหว่างลาได้ปีหนึ่งไม่เกิน 60 วัน

6. ลาเพื่อไปอุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์

พนักงานราชการที่ได้รับการจ้างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 4 ปี มีสิทธิลาเพื่อไปอุปสมบท หรือประกอบพิธีฮัจญ์ได้จำนวน 1 ครั้ง ตลอดช่วงเวลาของการมีสถานภาพเป็นพนักงานราชการ โดยการลาอุปสมบทมีสิทธิลาได้ไม่เกิน 120 วัน และการลาไปประกอบพิธีฮัจญ์มีสิทธิลาได้ไม่เกิน 120 วัน ตามระยะเวลาที่ใช้ในการประกอบศาสนกิจตามหลักการของศาสนาอิสลาม ทั้งนี้ ให้ผู้บังคับบัญชาพิจารณาอนุมัติการลาดังกล่าวตามความเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหายแก่ราชการ และให้ได้รับค่าตอบแทนระหว่างลาได้ไม่เกิน 120 วัน

ในกรณีที่พนักงานราชการเข้าทำงานไม่ถึง 1 ปี ให้ทอนสิทธิที่จะได้รับค่าตอบแทนการลากิจส่วนตัว และการลาพักผ่อนลงตามส่วนของจำนวนวันที่จ้าง

สิทธิประโยชน์อื่นๆ ได้แก่ ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม

ลูกจ้างชั่วคราวมีสิทธิลาประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1. การลาป่วย
2. การลาคลอดบุตร
3. การลาพักผ่อนประจำปี
4. การลาเข้ารับการตรวจเลือกหรือเข้ารับการเตรียมพล

1.การลาป่วย

หลักเกณฑ์

1.1 ปีแรกที่เริ่มเข้าปฏิบัติงาน สิทธิลาป่วยโดยได้รับค่าจ้างไม่เกิน 8 วันทำการ เว้นแต่ปฏิบัติงานในปีแรก ไม่ครบ 6 เดือน ไม่ได้ค่าจ้าง

1.2 ปีถัดไปที่จ้างต่อเนื่องมีสิทธิลาป่วยโดยได้รับค่าจ้างไม่เกิน 15 วันทำการ

1.3ลาป่วยเกิน 3 วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์แนบกับใบลา นับวันลาเฉพาะวันทำการ กรณีลาป่วยลากิจส่วนตัว ลาพักผ่อน

หมายเหตุ ฝ่ายการพยาบาล ลาป่วย 1 วัน และฝ่ายบริหารงานทั่วไป ลาป่วย 2 วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาในวันแรกวันแรกที่มาปฏิบัติงาน
2. กรณีป่วยจนไม่สามารถลงชื่อในใบลาได้ จะให้ผู้อื่นลาแทนได้

2. การลาคลอดบุตร

หลักเกณฑ์

ต้องเป็นลูกจ้างชั่วคราวที่จ้างต่อเนื่อง มีสิทธิลาคลอดบุตรปีหนึ่ง 90 วัน โดยได้รับค่าจ้างระหว่างลาจากส่วนราชการ 45 วัน ส่วนที่ลาเกินอีก 45 วันให้ได้รับจากสำนักงานประกันสังคม

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา
2. ให้ผู้อื่นลาแทนได้
3. การลาคลอดบุตรที่เกี่ยวกับการลาประเภทใดก็ตาม ให้ถือว่าการลาประเภทนั้นสิ้นสุดลง

3. การลาพักผ่อนประจำปีหลักเกณฑ์

3.1 ลูกจ้างชั่วคราว มีสิทธิลาพักผ่อนปีหนึ่งได้ 10 วันทำการ และสิทธิที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้อีก10 วันทำการ รวมแล้ว 20 วันทำการ เว้นแต่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน ไม่มีสิทธิลาพักผ่อนประจำปี

3.2 ลูกจ้างชั่วคราวที่จ้างต่อเนื่อง สะสมวันลาพักผ่อนได้ในปัจจุบันแล้วต้องไม่เกิน 20 วันทำการ

3.3ลูกจ้างชั่วคราวที่จ้างต่อเนื่องติดต่อกัน 10 ปีขึ้นไปมีสิทธิสะสมวันลาพักผ่อนได้ไม่เกิน 30 วันทำการ

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา
2. หากมีราชการจำเป็น ผู้บังคับบัญชาสามารถเรียกตัวกลับมาปฏิบัติราชการได้
3. ต้องยื่นใบลาล่วงหน้า 5 วัน

4 . การลาเข้ารับการศึกษาหรือเข้ารับการเตรียมพล

ลูกจ้างชั่วคราวลาเข้ารับการศึกษาหรือเข้ารับการเตรียมพล ให้ได้รับอัตราค่าจ้างปกติไม่เกิน 2 เดือน ส่วนการลาเพื่อเข้ารับการระดมพลหรือเข้ารับการทดลองความพร้อม ให้ได้รับค่าจ้างอัตราปกติไม่เกิน 30 วัน ลูกจ้างมีสิทธิไปรับการตรวจคัดเลือกเพื่อรับราชการทหารโดยได้รับค่าจ้าง

การลาประเภทอื่นๆ นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ ไม่มีสิทธิได้รับค่าจ้าง

ลูกจ้างเหมาบริการ

ลูกจ้างเหมาบริการ มีสิทธิลาพักผ่อน/ลาป่วย ปีหนึ่งได้ 10 วันทำการ เว้นแต่ปฏิบัติงานไม่ครบ 6 เดือน ไม่มีสิทธิลาพักผ่อนประจำปี

แนวทางปฏิบัติ

1. ส่งใบลาต่อผู้บังคับบัญชา
2. หากมีราชการจำเป็น ผู้บังคับบัญชาสามารถเรียกตัวกลับมาปฏิบัติราชการได้
3. ต้องยื่นใบลาล่วงหน้า 5 วัน

หมายเหตุ ฝ่ายการพยาบาล ลาป่วย 1 วัน และฝ่ายบริหารงานทั่วไป ลาป่วย 2 วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคม

เงินผลประโยชน์จากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ/กองทุนประกันสังคมตามกฎหมายประกันสังคม

1. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
2. ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
3. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีถึงแก่ความตายโดยมิใช่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน
5. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
6. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
7. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน

หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน

1. การประเมิน มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้
 - (1) การปรับค่าจ้างกรณีการจ้างต่อเนื่องและค่าตอบแทนอื่นๆ
 - (2) การเลิกจ้างกรณีทดลองงานไม่ผ่าน 3 เดือน เลิกจ้าง(จ้างเหมา)
 - (3) การจ้างงานต่อ
 - (4) การพัฒนาและการแก้ไขปรับปรุงการปฏิบัติงาน
 - (5) การบริหารงานบุคคลเรื่องอื่น ๆ

2. การประเมิน กำหนดให้มีสัดส่วน ของผลสัมฤทธิ์ของงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) ปริมาณผลงาน
- (2) คุณภาพผลงาน
- (3) ความรวดเร็วหรือความตรงต่อเวลา
- (4) การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

3.การประเมินพฤติกรรมการทำงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังนี้

- (1) มุ่งผลสัมฤทธิ์
- (2) บริการที่ดี
- (3) การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ
- (4) การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม
- (5) การทำงานเป็นทีม

4.ในแต่ละรอบการประเมินผลการปฏิบัติงาน **จะจัดกลุ่มตามผลคะแนนเป็น 5 ระดับ**

คือ ดีเด่นดีมาก ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง โดยกำหนดช่วงคะแนนของแต่ละระดับผลการประเมิน ดังนี้

- ดีเด่น 90 – 100 คะแนน
- ดีมาก 80–89.99 คะแนน
- ดี 70–79.99 คะแนน
- พอใช้ 60–69.99 คะแนน
- ต้องปรับปรุง น้อยกว่า 60 คะแนน

5. ให้มีการประเมินผลการปฏิบัติงานปีละ 2 ครั้ง ตามปีงบประมาณ คือ

ครั้งที่ 1 ประเมินผลในช่วงการปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ของปีหนึ่ง ถึงวันที่ 31 มีนาคม ปีถัดไป

ครั้งที่ 2 ประเมินผลในช่วงการปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 กันยายนปีเดียวกัน

6. เมื่อผู้บังคับบัญชาได้ประเมินผลการปฏิบัติงานแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยของผลการประเมินการปฏิบัติงาน 2 ครั้ง ติดต่อกันต่ำกว่าระดับดีให้ผู้บังคับบัญชาทำความเห็นเสนอผู้มีอำนาจสั่งจ้างเพื่อพิจารณาสั่งเลิกจ้างต่อไป พร้อมกับแจ้งให้ลูกจ้างชั่วคราว ผู้นั้นทราบภายในเจ็ดวันนับตั้งแต่วันทราบการประเมินผลการปฏิบัติงาน

7. กรณีที่จะมีการจ้างงานต่อเนื่องจะต้องมีคะแนนเฉลี่ยของผลการประเมิน 2 ครั้ง ติดต่อกันไม่ต่ำกว่าระดับดี ผู้มีอำนาจสั่งจ้างพิจารณาสั่งจ้างต่อไป

เกณฑ์การประเมิน

1. การมาปฏิบัติงาน
2. งานที่ได้รับมอบหมาย (ตัวชี้วัด)
3. เข้าร่วมกิจกรรมส่วนร่วมของโรงพยาบาล
4. ข้อร้องเรียน
5. ไม่ปฏิบัติงานตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชา

ระเบียบวินัย ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้าง พกส.

โทษทางวินัยข้าราชการมี 5 สถาน

ผิดวินัยอย่างไม่ร้ายแรง

1. ภาคทัณฑ์
2. ตัดเงินเดือน
3. ลดเงินเดือน

ผิดวินัยอย่างร้ายแรง

1. ปลดออก
2. ไล่ออก

โทษทางวินัยลูกจ้าง/พกส. มี 5 สถาน

ผิดวินัยอย่างไม่ร้ายแรง

1. ภาคทัณฑ์
2. ตัดเงินเดือน
3. ลดเงินเดือน

ผิดวินัยอย่างร้ายแรง

1. ปลดออก
2. ไล่ออก

โทษทางวินัยของลูกจ้างชั่วคราวไม่มีกฎหมาย/ระเบียบกำหนดได้

กรณีทำผิดอย่างไม่ร้ายแรง ตักเตือนในทางบริหาร หรือสั่งเลิกจ้างในบางกรณีทำผิดอย่างร้ายแรง
พิจารณาสั่งเลิกจ้าง โดยความเห็นชอบจาก คกก.บริหารหน่วยบริการ

โทษทางวินัยพนักงานราชการมี 4 สถาน

ผิดวินัยอย่างไม่ร้ายแรง

1. ภาคทัณฑ์
2. ตัดเงินค่าตอบแทน
3. ลดขั้นเงินค่าตอบแทน

ผิดวินัยอย่างร้ายแรง

1. ไล่ออก

ระเบียบการแต่งกาย

การแต่งตัวมาปฏิบัติงาน

1. ยาม φόร์มตามที่กำหนด เสื้อสี kaki กางเกงสี kaki รองเท้าดำ (เข้า บ่าย ดึก ต้องแต่งตัวตามฟอร์ม)
2. พชร. φόร์มตามที่กำหนด เสื้อขาว กางเกงดำ รองเท้าดำ (เข้า บ่าย ดึก ต้องแต่งตัวตามฟอร์ม)
3. เปล. φόร์มตามที่กำหนด เสื้อขาว กางเกงดำ รองเท้าดำ (เข้า บ่าย ดึก ต้องแต่งตัวตามฟอร์ม)
4. ช่าง φόร์มตามที่กำหนด เสื้อกรม กางเกงดำ รองเท้าดำ
5. พนักงานทั่วไป (รอเสนอ CEO) สีนํ้าเงินไม่มีปก

6. ซักฟอก/ซักพลาซ ฟอรั่มตามที่กำหนด
7. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (เสื้อเหลือง กางเกงเหลือง รองเท้าหุ้มส้นขาว)
8. พนักงานห้องบัตร (ฟอรั่มตามที่หัวหน้ากำหนด)
9. ศูนย์สิทธิ (ฟอรั่มตามที่หัวหน้ากำหนด)
10. การพยาบาล ตามฟอรั่มพยาบาล
11. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป (งานเอกสาร ฟอรั่มตามที่หัวหน้ากำหนด)
12. งานประกัน/IT/ งานโสตฯ เสื้อสีขาว/ฟอรั่มฟ้า/กระโปรงหรือกางเกงหรือ

หมายเหตุ 1. การแต่งกายฟอรั่มฟ้า กำหนดกระโปรง/กางเกงดำ/ผ้าคลุม สีดำ น้ำเงิน รองเท้าหุ้มส้นสีดำ
2. ทุกวันพุธ กำหนดใส่ชุดกีฬา กางเกงวอร์ม เสื้อสีเขียว ผ้าคลุม น้ำเงิน ดำ เทา รองเท้าผ้าใบ
3. ทุกวันพฤหัสบดี กำหนดใส่ชุดพื้นบ้าน

สวัสดิการต่างๆ

1. ที่พักเจ้าหน้าที่
2. สิทธิการพักห้องพิเศษเจ้าหน้าที่
3. ญาติเสีย สายตรง มอบเงิน 1,000 บาท/ครั้ง
4. มีการตรวจสุขภาพประจำปี
5. มีการจัดงานเลี้ยงขอบคุณ
6. กรณีเจ้าหน้าที่ย้ายมาใหม่ พาแนะนำทำความรู้จักแต่ละแผนก (โดยงานการเจ้าหน้าที่)
7. กรณีเจ้าหน้าที่ย้ายออก มีการจัดงานเลี้ยงส่ง มอบของที่ระลึก 1 ชิ้น และเดินทางส่งตัวพร้อมกัน

เกณฑ์การพิจารณาการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ไปอบรมและศึกษาดูงาน

เกณฑ์การพิจารณา

1. พิจารณาตามหลักสูตรการศึกษาความต้องการของหน่วยงาน
2. การศึกษาต่อจะไม่กระทบกระเทือนต่ออัตรากำลังที่ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้น
3. การเรียนแบบภาคพิเศษไม่เกิน 2 คน/ปี
4. การอนุมัติการเรียนระยะสั้นในช่วงเวลาเดียวกันให้พิจารณาตามความเหมาะสมของสถานการณ์และอัตรากำลัง
5. จำนวนผู้ลาศึกษาต่อในระดับต่างๆให้พิจารณาจากหลักเกณฑ์ดังนี้

- 5.1 อายุราชการ
- 5.2 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลป่าโมก
- 5.3 มีความประพฤติเรียบร้อย
- 5.4 มีความซื่อสัตย์สุจริต
- 5.5 มีมนุษยสัมพันธ์ดี
- 5.6 มีความรับผิดชอบความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

ขั้นตอนการดำเนินการพิจารณาคัดเลือก

1. กลุ่มงานการพยาบาลพิจารณาหลักสูตรการอบรม/ศึกษาต่อเนื่องแจ้งให้ผู้ที่มีลักษณะตามหลักสูตรพิจารณาคัดเลือกเจ้าหน้าที่ที่จะไปศึกษาต่อตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. กลุ่มงานการพยาบาลนำรายชื่อเจ้าหน้าที่ที่ถูกคัดเลือกเข้าพิจารณาในคณะกรรมการบริหารกลุ่มงานฯ เพื่อพิจารณาด้วยความยุติธรรมและเหมาะสม
3. แจ้งรายชื่อผู้ที่ถูกคัดเลือกไปศึกษางาน/ศึกษาต่อเนื่องไปยังฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป

ระเบียบการพิจารณาโทษ

1. ความผิดเล็กน้อยเช่นบกพร่องในหน้าที่การงานหรือกระทำผิดกฎระเบียบของโรงพยาบาลดำเนินดังนี้
 - 1.1 หัวหน้าเวร /หน.งานกล่าวตักเตือนและบันทึกการกระทำลงในใบบันทึกความผิดและผู้กระทำผิดลงชื่อทราบ
 - 1.2 ถ้ากระทำซ้ำๆ ติดต่อกันให้รายงานหัวหน้าพยาบาลเพื่อพิจารณาต่อไป
2. ความผิดรุนแรง เช่น ความผิดทางวินัยของทางราชการหรือการกระทำมีผลต่อเสียดต่อบริการพิจารณาการดำเนินการดังนี้
 - 2.1 หัวหน้างานบันทึกการพฤติกรรมและเสนอความคิดเห็นตามลำดับขั้นตอนถึงหัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาล
 - 2.2 หัวหน้ากลุ่มงาน เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่อไป

เกณฑ์พิจารณาความผิดตามลักษณะดังนี้

1. ลักษณะและขนาดของความผิดได้แก่
 - 1.1 ความผิดที่เกิดจากการจงใจกระทำ
 - 1.2 ความผิดที่เกิดจากความประมาทหรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์
 - 1.3 ขนาดของความผิด
2. ความรุนแรงของความผิด
 - 1.1 ผลการที่กระทำผิดก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตเช่นการละทิ้งผู้ป่วย
 - 1.2 การกระทำผิดนั้นๆไม่เป็นอันตรายต่อชีวิตแต่ทำให้เสียงานหรือมีผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่นเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินงานการพิจารณาความผิด

1. ความผิดเล็กน้อยเช่นความบกพร่องในหน้าที่งานหรือกระทำผิดกฎระเบียบของโรงพยาบาล
ดำเนินการดังนี้
 - 1.1 หัวหน้างานตักเตือนและบันทึกการกระทำผิดลงใบบันทึกพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่และให้ผู้กระทำ
ความผิดเพื่อรับทราบ
 - 1.2 ถ้ากระทำความผิดซ้ำๆติดต่อกันให้หน่วยงานบันทึกรายงานเสนอ หน.กลุ่มงานเพื่อตั้งกรรมการ
พิจารณาความผิดเพื่อพิจารณาสอบสวนลงโทษสมควรแก่กรณี
2. ถ้าความผิดรุนแรงเช่นความผิดทางวินัยของราชการหรือเสียหายแก่ชีวิตแก่ผู้ป่วยการพิจารณาดังนี้
 - 2.1 หัวหน้างานบันทึกและรายงานความผิดตามลำดับขั้นตอนต่อหัวหน้าพยาบาล
 - 2.2 หัวหน้าพยาบาลนำเรื่องเข้าประชุมในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อตั้งกรรมการสอบสวน
และดำเนินการลงโทษตามสมควรแก่กรณี

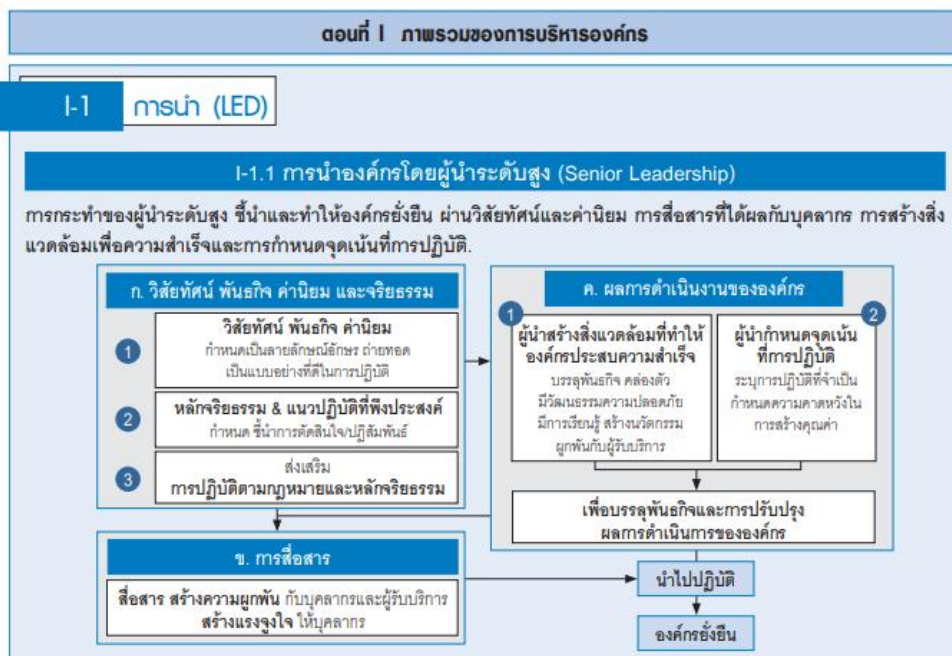
สิทธิผู้ป่วย จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ

ผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องได้รับสิทธิ ในหลายประเทศนำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติ เป็นกฎหมาย สำหรับประเทศไทยมีได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรงแต่ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร ไทยมาตรา 28 ว่าบุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิ เสรีภาพของบุคคลอื่นๆ และ มาตรา 31 ระบุว่าบุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย และในประมวล กฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการกำหนด สิทธิผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับการทาง การแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะ ได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็น ความลับ ประกอบกับผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งได้แก่ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา และคณะกรรมการ ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ไว้ดังนี้

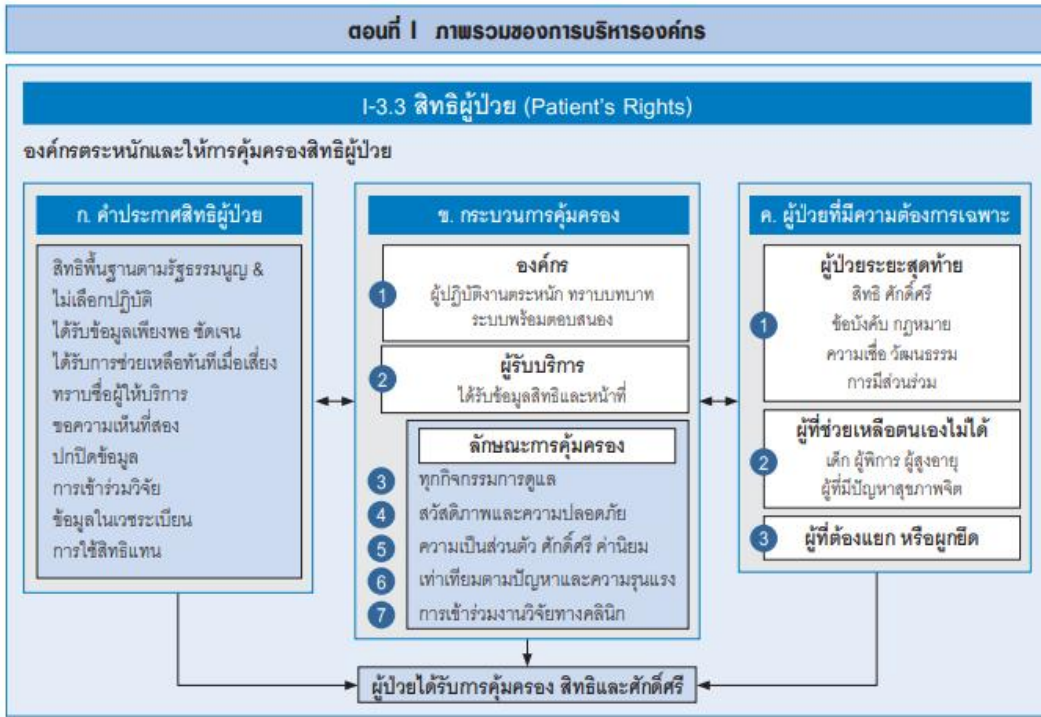
1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความ แตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียน เมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ดังนั้นสิทธิของผู้ป่วยหรือใช้บริการ จึงเป็นสิ่งที่สถานพยาบาลหรือหน่วยที่ให้บริการทางสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงในการให้บริการ เพราะนอกจากจะเป็นกฎหมายแล้ว ยังเป็นหน้าที่โดยตรงของพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ต้องพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการทุกคน ซึ่งในกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจะต้องมีกระบวนการที่แสดงถึงการดำเนินการด้านสิทธิผู้ป่วยอยู่ในส่วนของการนำองค์กร ดังรูปที่ 1 และ 2



รูปที่ 1



รูปที่ 2

โดยมีกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย 6 กระบวนการ คือ

1. องค์กรต้องมีการสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ
2. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย
3. มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย
4. ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
5. ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล
6. องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน

นอกจากนั้นยังต้องรวมถึงผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เช่นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติรักษาเพื่อยืดชีวิตที่สอดคล้องกับข้อบังคับกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว และผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นมาตรฐานของสภาการพยาบาลใน หมวดที่ 2. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์

- ข้อกำหนด 2.1 มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย
- ข้อกำหนด 2.2 มีการปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ
- ข้อกำหนด 2.3 มีการปกป้องและพิทักษ์สิทธิเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย/ผู้มาใช้บริการ
- ข้อกำหนด 2.4 มีการเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ
- ข้อกำหนด 2.5 มีการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจะต้องทำความเข้าใจและวิเคราะห์ว่า ในบทบาทของตนในการปฏิบัติงานนั้นต้องปฏิบัติในเรื่องใดอย่างไร กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้ในแนวทางการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย ดังนี้คือ

- 1. การสนองตอบต่อสิทธิพื้นฐานที่จะรับบริการด้านสุขภาพ** ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ในวิชาชีพและวิจารณญาณในการตัดสินใจแลผู้ใช้บริการเป็นรายๆ ตามความเหมาะสม และรู้สิทธิพึงมีพึงได้ของผู้ใช้บริการทุกลักษณะ เพื่อให้การดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม
- 2. สิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ** นั้น ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการทุกรายเท่าเทียมกันอย่างสุภาพอ่อนโยน เอื้ออาทร เคารพในความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และละเว้นจากการปฏิบัติที่มีอคติ
- 3. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอในด้านบริการด้านสุขภาพ** เพื่อประกอบการตัดสินใจการรับบริการของผู้ป่วยประเด็นนี้เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องเผชิญตลอดเวลาของการปฏิบัติงานพยาบาล จึงต้องให้ความสำคัญของบทบาทในการที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบ กฎเกณฑ์ของหน่วยงาน ข้อมูล ที่เป็นข้อปฏิบัติในการให้บริการสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย พยากรณ์โรค การบำบัดรักษาและ การเสี่ยงต่ออันตราย โดยต้องคำนึงถึงประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการบอกความจริง รวมถึงข้อมูลที่จะให้บริการและปฏิบัติการต่อผู้ป่วยในทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อการรับทราบและเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วย
- 4. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย** ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตทันที และต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย
- 5. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องแสดงข้อมูลบ่งชี้ ชื่อ สกุล ตำแหน่ง และคุณวุฒิ** ของตนเองแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งยอมรับและเข้าใจสิทธิของผู้ป่วยในการขอทราบความเห็นในการดูแลรักษาปรับเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ
- 6. บทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญประการหนึ่งในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ผู้ป่วย** คือ การเก็บรายงานเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไว้เป็นสัดส่วนเป็นระบบ ไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและหรือการปฏิบัติตามหน้าที่ตามกฎหมาย
- 7. บทบาทของพยาบาลในการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน** เพื่อประกอบในการตัดสินใจร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการวิจัยด้านสุขภาพ ทั้งนี้ บทบาทของพยาบาลจะต้องกำหนดระเบียบปฏิบัติขั้นตอนการปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน โปร่งใส เพื่อผู้ร่วมการทดลอง โดยเฉพาะ ผู้ถูกทดลองทราบทุกขั้นตอน

8. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องมีบทบาทในการกำหนดระเบียบขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อสิทธิของผู้ป่วยในการขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของตน

9. ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องมีบทบาทในการปกป้องการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ทั้งในด้านของการปฏิบัติพยาบาล และการเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม โดยการวิเคราะห์ตัดสินใจด้วยความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องของผู้ป่วย

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย จรรยาบรรณพยาบาล ฉบับปี พุทธศักราช 2546

- พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพ
- พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตากรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดีและความผาสุกของเพื่อนมนุษย์
- พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้มาใช้บริการ ผู้ร่วมงานและประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์และสิทธิมนุษยชนของบุคคล
- พยาบาลยึดหลักความยุติธรรมและความเสมอภาคในสังคมมนุษย์
- พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ
- พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ใช้บริการ
- พยาบาลรับผิดชอบในการปฏิบัติให้สังคม เกิดความเชื่อถือไว้วางใจต่อพยาบาลและต่อวิชาชีพพยาบาล
- พยาบาลพึงร่วมใจทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล
- พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจรรยาบรรณ แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม นับได้ว่าเป็นบริการในระดับสถาบันของสังคม ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบสูง เป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ มีความรู้ความชำนาญในการปฏิบัติ มีจรรยาบรรณ และจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นแนวทางในการประพฤติและปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของสังคมโดยรวม

หมวด 1 บททั่วไป

ในข้อบังคับนี้ “ผู้ประกอบวิชาชีพ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

ผู้ประกอบวิชาชีพ ย่อมดำรงตนให้สมควรในสังคมโดยธรรม และเคารพต่อกฎหมายของบ้านเมือง

ผู้ประกอบวิชาชีพ ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม หรือ ลัทธิการเมือง

ผู้ประกอบวิชาชีพ ย่อมไม่ประพฤติหรือกระทำการใดๆ อันอาจเป็นเหตุให้ เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

หมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

1) ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ในระดับที่ดี ที่สุด ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยไม่เรียกร้อยลิจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ

2) ต้องไม่จูงใจหรือชักชวนผู้ใดให้มารับบริการการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ เพื่อผลประโยชน์ของตน

3) ต้องไม่ให้ผลประโยชน์หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนเนื่องจากการรับหรือส่งผู้ป่วย เพื่อรับบริการทางการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์

4) ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

5) ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน

6) ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

7) ต้องไม่สั่งใช้หรือสนับสนุนการใช้ยาตำราลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ

8) ต้องไม่ออกใบรับรองแพทย์อันเป็นเท็จโดยเจตนา หรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใด ๆ อัน

เกี่ยวกับวิชาชีพของตน

9) ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เว้นแต่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการยินยอม หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย หรือตามหน้าที่

10) ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้

11) ต้องไม่ประกอบการในที่สาธารณะ เว้นแต่เหตุฉุกเฉินในการปฐมพยาบาล

12) ต้องไม่ใช้และไม่สนับสนุนให้ผู้อื่นประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือ การประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย

13) สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะทำการผดุงครรภ์ได้แต่เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติ และคลอดอย่างปกติ ตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารกในรายที่มีครรภ์ผิดปกติหรือคลอดผิดปกติถ้าไม่สามารถหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำการคลอดได้ภายในเวลาอันสมควรและเห็นประจักษ์ว่าถ้าละเลยไว้จะเป็นอันตรายแก่มารดาหรือทารกก็ให้ทำคลอดในรายเช่นนั้นได้ แต่ห้ามมิให้ใช้เข็มสูง หรือทำการผ่าตัดในการทำคลอด หรือฉีดยารัดมดลูกก่อนคลอด

14) ส่วนผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง จะทำการผดุงครรภ์ได้เฉพาะรายที่มีครรภ์ปกติและคลอดอย่างปกติตลอดจนการพยาบาลมารดาและทารก

15) สำหรับการปฏิบัติผดุงครรภ์ จะต้องใช้ยาทำลายและป้องกันการติดเชื้อสำหรับหยอดตาหรือป้ายตาทารกเมื่อคลอดแล้วทันที และจะต้องบันทึกการรับฝากครรภ์ และการทำการคลอดทุกรายลงในสมุดบันทึกการผดุงครรภ์ ตามแบบของสภาการพยาบาลและต้องรักษาสมุดนั้นไว้เป็นหลักฐาน หรือจะใช้สมุดบันทึกการผดุงครรภ์ของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนบุคคล เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภาภาคชาดไทยก็ได้ และต้องรักษาสมุดนั้นไว้เป็นหลักฐาน

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ

- 1) พึงยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน
- 2) ต้องไม่ทำบงกชให้ร้ายหรือกลั่นแกล้งกัน
- 3) ต้องไม่ชักจูงผู้ป่วยหรือผู้รับบริการผู้อื่นมาเป็นของตน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน

- 1) พึงยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน
- 2) ต้องไม่ทำบงกชให้ร้าย หรือกลั่นแกล้งผู้ร่วมงาน
- 3) พึงส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมงาน

ส่วนที่ 4 การศึกษาวิจัยและการทดลองต่อมนุษย์

- 1) ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ทดลอง
- 2) ต้องปฏิบัติต่อผู้ทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ
- 3) ต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลอง
- 4) สามารถทำการวิจัยได้เฉพาะเมื่อโครงการศึกษาวิจัยหรือการทดลองได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว
- 5) จะต้องปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมของการศึกษาวิจัย และการทดลองในมนุษย์ และจรรยาบรรณของนักวิจัย

ระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลป่าโมก

ความหมาย Hospital Accreditation

Hospital Accreditation หมายถึง กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาในระบบภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล

เป้าหมายของ Hospital Accreditation

เป้าหมายของ HA คือ การส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพ เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของ Hospital Accreditation

มีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1. การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการพัฒนา
2. การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างสอดคล้องกับบริบทของตน และมีหลักคิด หรือ Core values ที่เหมาะสมกำกับ
3. การประเมินจากภายนอก ในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อช่วยค้นหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น
4. การยกย่องชื่นชม ด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือ การมอบกิตติกรรมประกาศในความสำเร็จ

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ Hospital Accreditation

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA คือ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ มีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรองการเรียนรู้ เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก คือ การยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้โอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้น มีความรัดกุมเพียงใด คุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาตนเองต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรอง คือ การให้กำลังใจในการทำมาดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือความหวังว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ HA คือ บันไดสามขั้น พื้นที่พัฒนา สี่วง และ 3C-PDA มีรายละเอียดดังนี้

1. บันไดสามขั้น ประกอบด้วย

บันไดขั้นที่หนึ่งสู่ HA เป็นการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัวที่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ผู้ป่วย เวชระเบียน เรียนรู้จากเหตุการณ์สำคัญต่างๆ ตั้งแต่ ความรุนแรงไม่มาก เช่น คำร้องเรียนของผู้รับบริการ เหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะแทรกซ้อน จนถึงเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุด คือ การเสียชีวิตของผู้ป่วย เรียนรู้จากการทบทวนปัญหาในระบบต่างๆ เช่น การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ 12 กิจกรรม ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในจุดอ่อนของระบบ และนำไปสู่การปรับปรุงให้รัดกุมยิ่งขึ้น

กิจกรรมทบทวนคุณภาพ 12 กิจกรรม ประกอบด้วย

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย หรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย
2. การทบทวนความคิด / คำร้องเรียนของผู้ใช้บริการ
3. การทบทวนส่งต่อ / ขอย้าย / ปฏิเสธการรักษา
4. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
5. การค้นหา / การป้องกันความเสี่ยง
6. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ
7. การทบทวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
8. การทบทวนการใช้ยา
9. การทบทวนเวชระเบียน
10. การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ
11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร
12. การทบทวนตัวชี้วัด

บันไดขั้นที่สองสู่ HA เป็นการเรียนรู้จากการวิเคราะห์ระบบงานของหน่วยงาน และระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ทำความเข้าใจความต้องการและความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง สรุปเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งนำมากำหนดเป็นเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน หรือระบบงาน วิเคราะห์กระบวนการสำคัญ หรือ

กระบวนการที่สร้างคุณค่า เพื่อเรียนรู้ เป้าหมาย คุณค่า ความคาดหวัง ตลอดจนความเสี่ยงของแต่ละกระบวนการ และนำมาออกแบบระบบงานอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาในส่วนที่ยังเป็นจุดอ่อน และมีการติดตามการบรรลุ เป้าหมายที่สำคัญ

บันไดขั้นที่สามสู่ HA เป็นการเรียนรู้ที่จะพัฒนาระบบงานทุกส่วน ต่อยอดจากบันไดขั้นที่สอง อย่างเชื่อมโยงกัน โดยใช้มาตรฐานเป็นแนวทาง สามารถแสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นของผลลัพธ์ที่สำคัญ และวางพื้นฐานสู่การมี วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ เพื่อให้มั่นใจว่าจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. พื้นที่พัฒนาสี่วง ประกอบด้วย หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พื้นที่พัฒนาสี่วง เป็นแนวคิด เพื่อใช้ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการพัฒนา จากอุบัติการณ์แต่ละครั้ง ระดับของคุณภาพ (Tracer) ได้แก่

- 1) ใช้ Individual patient tracer ที่ JCI แนะนำ ในการดูคุณภาพของหน่วยบริการต่างๆ
- 2) ใช้ system trace ในการดูคุณภาพของระบบงาน
- 3) ใช้ clinical tracer ที่ สรพ. แนะนำ ในการดูคุณภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ

3.3 C-PDA คือ การเชื่อมต่อกิจกรรมกระทำ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน 3 C ประกอบด้วย 1) C-Context เพื่อความตรงประเด็น เหมาะสมกับพื้นที่ 2) C-Core values เพื่อความมุ่งมั่น 3) C-Criteria เพื่อความครอบคลุมเนื้อหา และ PDSA (Plan-Do-Study-Act) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

กลุ่มงานการพยาบาลมีกิจกรรมติดตามประเมินพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาลโดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดย

1. ทุกหน่วยงานของกลุ่มงานการพยาบาลมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยการทำงานเป็นทีม ภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน ดังนี้

- การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานและการตอบสนองความต้องการ
- การติดตามข้อมูลสถิติและเครื่องชี้วัดอย่างสม่ำเสมอและนำผลการวิเคราะห์มาใช้
- การทบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย
- การแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์
- การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

การติดตามและกำกับเพื่อรักษาคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

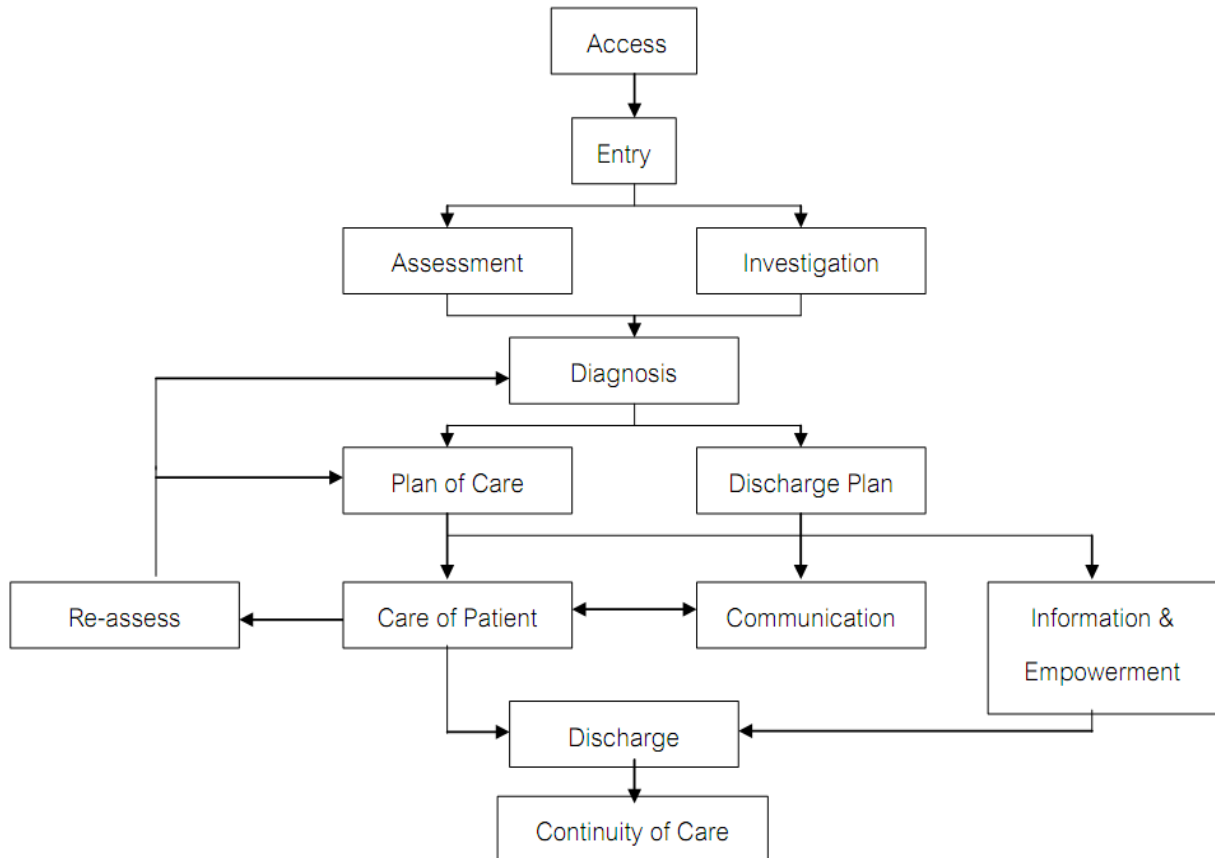
2. ทุกหน่วยงานในกลุ่มงานการพยาบาลมีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทาง วิทยาศาสตร์เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

- นำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วย เช่นการเขียนสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วเป็นนโยบายทางคลินิก (Clinical policy)

- มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง เช่น ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย ทบทวนการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทบทวนการใช้ยา ทบทวนการติดเชื้อ ฯลฯ

เครื่องมือคุณภาพเพื่อการรับรู้และจุดประกายการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

ก่อนที่จะทำความเข้าใจเครื่องมือคุณภาพ พยาบาลควรทำความเข้าใจกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้



สำหรับ เครื่องมือคุณภาพที่ใช้เพื่อการรับรู้ และจุดประกายการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ดังแสดงใน ตารางที่ 1

เครื่องมือ	มิติที่เน้น	คำอธิบาย
Bedside review (การใช้C3THER)	People-centered	การทบทวนข้างเตียง จะช่วยให้เรามองเห็นจุดอ่อนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในด้านความเสี่ยงทางคลินิก การประสานงาน และความต้องการด้านจิตสังคมอีกทั้งทำให้ได้เรียนรู้ว่าจะเพิ่มความไวในการตรวจพบปัญหาดังกล่าวได้อย่างไร
Medical record review	Patient care process	เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานตอนที่ III หรือกระบวนการพยาบาล (APIE) ด้วยการทบทวนเวชระเบียนที่สุ่มขึ้นมา โดยใช้check list แบบง่ายๆ ทำให้มองเห็นประเด็นในมาตรฐานที่มีได้นำมาปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น
PGS: SIMPLE	Patient care process	เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติตาม Evidence based recommendation ในPatient Safety Guide: SIMPLE ว่ามีประเด็นใดที่สามารถปฏิบัติได้ ประเด็นใดที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อวางแผนปรับปรุงให้ปฏิบัติได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
Adverse event	Clinical population	เป็นการเรียนรู้จาก Adverse event ซึ่งควรใช้หลายๆ วิธีควบคู่กัน เช่น การตรวจพบระหว่างที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวในรพ. รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเหตุการณ์สำคัญหรือการทบทวนเวชระเบียนที่ได้รับการเลือกมาด้วย Trigger tools ซึ่งจะนำมาสู่การวิเคราะห์ Root cause และการออกแบบระบบงานใหม่ โดยใช้แนวคิด Human factors engineering
Clinical tracer	Clinical population	-การตามรอยทางคลินิก เป็นการรับรู้คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยโรคใดโรคหนึ่งอย่างครบ

		<p>วงจร เป็นการประเมินสถานการณ์ในปัจจุบัน และบทเรียนในอดีต เพื่อหาโอกาสพัฒนาและความสำเร็จ เริ่มด้วยการสรุปประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค และตามรอยจากการปฏิบัติจริงว่ามี good practice และโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง ในประเด็นสำคัญเหล่านั้น</p>
		<p>-การใช้โรคเป็นตัวตั้ง ทำให้เห็นปัญหาและโอกาสในการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างหน่วยงาน/ทีมงานต่างๆ และทำให้เห็นว่าในแต่ละโรคนั้น น้ำหนักความสำคัญของแต่ละขั้นตอนอาจจะแตกต่างกัน</p> <p>-ทีมงานสามารถสรุปข้อมูลจากการทำ Clinical tracer ที่เคยทำไว้โดยละเอียด หรือสามารถนำโรคที่น่าสนใจมาพูดคุยกันในช่วงเวลาสั้นๆ และตามรอยการปฏิบัติจริง ซึ่งจะทำได้สามารถพิจารณาได้ครอบคลุมโรคต่างๆ ที่ทีมงานให้การดูแลได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเสียเวลากับการทำเอกสาร</p>
เครื่องมือ	มิติที่เน้น	คำอธิบาย
Proxy disease	Clinical population & Patient care process	<p>เป็นการพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย มีโรคอะไรบางที่สามารถนำมาเป็นตัวแทนแสดงคุณภาพการดูแลในขั้นตอนนี้ แล้ววิเคราะห์หรือตามรอยดูว่ามี good practice หรือโอกาสพัฒนาอะไร ข้อมูลที่ได้จะมีลักษณะเหมือนกับข้อมูลจากClinical tracer แต่การเริ่มต้นคำถามจาก process ทำให้มีข้อมูลสำหรับ process นั้นได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น แม้ในขั้นตอนเดียวกันที่มีบริบทต่างกัน ทำให้ต้องนึกถึงโรคที่แตกต่างกัน เช่น ในกระบวนการเข้าถึง อาจจะมีบริบทของการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน การเข้าถึงคำปรึกษา การเข้าถึงการดูแล จนสิ้นสุดการรักษา</p>

นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือคุณภาพ ที่นิยมใช้ในการพัฒนาคุณภาพงาน ได้แก่

1. Suggestion System (SS) หมายถึง การสร้างระบบเพื่อให้บุคลากรได้มีโอกาสแสดงออกซึ่งข้อคิดเห็นของตนต่อผู้บริหาร
2. Continuous Quality Improvement (CQI) หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน อย่างไม่หยุดยั้ง โดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ
3. Mini-research หมายถึง การประยุกต์ใช้หลักการวิจัย มาหาคำตอบที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่รับผิดชอบ ให้ได้คำตอบที่นำไปใช้งานได้ทันเวลา มุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนระบบงานมากกว่าการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ
4. Routine to Research (R2R) (การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย) โครงการ R2R จะมุ่งเน้นในกลุ่มการวิจัยที่เกิดขึ้นจากการบริการปกติ เพื่อพัฒนางานบริการ หรือระบบบริการ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย เป็นบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยอาศัยพื้นฐานจากงานวิชาการ/งานวิจัย ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากร และขีดความสามารถของหน่วยบริการต่างๆ ที่อยู่ในกระบวนการ
5. Knowledge Management (KM) หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด

จากเนื้อหาดังกล่าวข้างต้น บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลป่าโมก ไม่ว่าจะอยู่ตรงไหนของโครงสร้างองค์กร ล้วนมีบทบาทหน้าที่ในการหล่อเลี้ยงให้เกิดคุณภาพ การร่วมกันสร้างกระบวนการเรียนรู้ และสร้างปัญญาองค์กร เพื่อให้โรงพยาบาลทรงป็นิ่งธำรงรักษาความเป็นโรงพยาบาลคุณภาพอย่างยั่งยืนสืบไป

การบริหารความปลอดภัย และ ความเสี่ยง โรงพยาบาลป่าโมก

Risk Management and Patient Safety

ความเสี่ยง คือ เหตุการณ์การกระทำใดๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่เป็นอันตรายตามคาดหวัง ซึ่งมีโอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ก่อให้เกิดความเสียหาย ความล้มเหลว ที่อาจมีผลกระทบในระดับบุคคลหรือระดับองค์กรได้ ซึ่งสิ่งไม่พึงประสงค์ในที่นี้ได้แก่ การบาดเจ็บ ความเสียหาย เหตุร้าย การเกิดอันตราย เกิดความไม่แน่นอน การไม่พิทักษ์สิทธิหรือศักดิ์ศรีจึงต้องมีการชดใช้ค่าเสียหาย หรืออาจกล่าวง่ายๆว่าความเสี่ยงเป็นความผิดพลาด(Error) ความเสียหาย (Lost) อันตราย (Harm) ต่อคน เครื่องมือ อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม ตลอดจนจนถึงต่อองค์กร ต้นเหตุสำคัญของความเสี่ยง คือ ความประมาท ความประมาท คือ ความชะล่าใจ การขาดความระมัดระวังซึ่งตรงกันข้ามกับความไม่ประมาท คือ การมีสติกำกับตัวเองอยู่เสมอไม่ว่าจะคิดจะพูด จะทำสิ่งใด ทั้งนี้ ความเสี่ยงคือภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งหมดที่เกิดจาก

1. ผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา / การปฏิบัติงานที่ไม่คาดการณ์ (Unexpected, Adverse effect)
2. อุบัติการณ์ อุบัติเหตุ เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Incident, Occurrence)

3. ความเสียหาย ที่ๆไม่ได้คาดการณ์เอาไว้(Unplanned)

4. ข้อร้องเรียน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อร้องเรียน

1. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย (Patient factors) เช่น สภาพทั่วไปของผู้ป่วย ชีวข้อและความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นภาษาและการสื่อสารที่ผู้ป่วยใช้ รวมทั้งบุคลิกภาพและปัจจัยทางสังคม
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เช่น ความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากร ความอ่อนล้า สุขภาพทางกายและทางจิต เจตคติ แรงจูงใจ รวมทั้งการละเว้นไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
3. ปัจจัยเกี่ยวกับงานที่ได้รับมอบหมาย เช่น การขาดแนวทางปฏิบัติ หรือแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ไม่ทันสมัย รวมทั้งมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสมกับภาระงานบุคลากรทางการแพทย์
4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับทีมงาน เช่น การสื่อสารโดยภาษาพูด การเขียนระหว่างเวร หรือระหว่างการปฏิบัติงานประจำ ตลอดไปจนถึงเมื่อเกิดเหตุวิกฤติ ทั้งนี้ประเด็นที่พบบ่อยในปัจจัยเกี่ยวกับทีมงานคือ โครงสร้างของทีมงานและลักษณะผู้นำทีมงาน
5. ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดอัตราบุคลากรต่อปริมาณงานที่ไม่สัมพันธ์กัน การขาดการเตรียมความพร้อมและปรนนิบัติบำรุงเครื่องมือ สิ่งแวดล้อม เช่น สถานที่คับแคบ หรือเสียงดังเกินไป
6. ปัจจัยเกี่ยวกับองค์กร ได้แก่ การสนับสนุนของฝ่ายบริหาร ทรัพยากรด้านการเงิน แรงกดดันในเรื่องข้อจำกัดของเวลา รวมทั้งทิศทางนโยบายและวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องความปลอดภัย

การบริหารความเสี่ยงคือ กระบวนการ หรือ ระบบบริหารจัดการ เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดการรับรู้ เป็นการจำกัดและควบคุมผลกระทบ เพื่อลดโอกาสและปริมาณความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งสร้างความตื่นตัวผู้เกี่ยวข้อง และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย

1. การค้นหาความเสี่ยง ทั้งเชิงรุก และรับ
 - ศึกษาจากอดีต การเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต ระบบการบันทึกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จากประสบการณ์ของบุคคลอื่น เรียนรู้จากกระบวนการทำงาน จากหน่วยงานภายนอก
 - สืบสวนในปัจจุบัน เช่น การตรวจสอบ เช่น ENV Round IC Round Risk Round การทบทวนเวชระเบียน การค้นหาจากกระบวนการทำงาน การทำกิจกรรมทบทวน
 - เฝ้าระวังไปข้างหน้า

2. การประเมินความเสี่ยง โดยกำหนดระดับความเสี่ยง ระดับความรุนแรงของผลกระทบที่ตามมาได้ เพื่อให้บุคลากรทุกคนตระหนัก สามารถ อธิบายหรือคาดการณ์ความรุนแรงของความเสี่ยงได้ พิจารณาจากโอกาสเกิดเหตุการณ์ / ความสูญเสีย มีความถี่และรุนแรงมากน้อยเพียงใด มีผลทางคลินิกอย่างไร / ก่อให้เกิดความสูญเสียเท่าใด มีผลต่อองค์กรอย่างไร เพื่อสามารถระบุได้ว่าเหตุการณ์ใดเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ หรือเหตุการณ์ผิดปกติ นำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม

แนวทางการจัดระดับความรุนแรงเพื่อสามารถระบุได้ว่าเหตุการณ์ใดเป็น เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง (Sentinel events) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse events) หรือ เหตุการณ์ผิดปกติ นำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม มีดังนี้

- Category A :ไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นแต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงได้ “ยังไม่”
- Category B :เกิดความเสี่ยงขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเนื่องจากความเสี่ยงไปไม่ถึงผู้ป่วย

“เกิดขึ้น”

- Category C :เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตราย “กับคน”
- Category D :เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยต้องการการเฝ้าระวัง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

และ / หรือต้องมีการบำบัดรักษา “ส่งผล”

- Category E :เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา

“รักษา”

- Category F :เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องนอนโรงพยาบาลหรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น “ยาวกว่า”

- Category G :เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย “ถาวร”
- Category H :เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต “นอน pump”
- Category I :เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต “ซ้ำ dead”

3. การควบคุมความเสี่ยง กำหนดระบบในการควบคุม การป้องกัน การหลีกเลี่ยง การป้องกันความเสี่ยง การลดความสูญเสีย การกำหนดระเบียบปฏิบัติ แนวทางปฏิบัติ ผู้รับผิดชอบ ทีมผู้ช่วยประสานงานเมื่อเกิดเหตุการณ์

4. การประเมินผล โดยประเมิน มาตรการการป้องกันความเสี่ยงที่กำหนดไว้ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงไปด้วยความรวดเร็วหรือไม่ แนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์เป็นอย่างไร รวมทั้ง เปรียบเทียบผลของการวิเคราะห์ว่ายังเกิดซ้ำหรือ severity ลดลงหรือไม่ อย่างไร

ความปลอดภัย (Safety) หมายถึง การที่ผู้ป่วยปราศจากความเสี่ยง (Risk) และไม่ได้รับอันตราย (Harm) จากการเข้ารับการรักษาพยาบาล

เหตุไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) เป็นเหตุการณ์ที่เป็น อันตราย (Harm) ที่ผู้ป่วยได้รับโดยไม่ได้ตั้งใจหรือคาดหวัง จากกระบวนการรักษาพยาบาล มากกว่าการดำเนินของโรค ทำให้ต้องมี ค่าใช้จ่าย เสียรายได้ เสียเวลา และเสียความรู้สึก เหตุไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลทำให้เกิด

1. การสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง
3. การสูญเสียรายได้
4. การสูญเสียหรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน
5. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่
6. การทำลายสิ่งแวดล้อม
7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

เหตุการณ์ที่ต้องทบทวน (Sentinel Event) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์มาก่อน อาจมีผลทำให้เกิดความเสียหายถึงชีวิต ส่งผลร้ายแรงทางด้านจิตใจ รวมทั้งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดแล้วไม่สามารถระงับได้ ทั้งนี้อาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องทบทวน (Sentinel Event) จึงมีความจำเป็นที่

ต้องมีการประเมิน และตอบสนองโดยเร่งด่วน เพื่อลดความเสี่ยงจากการสูญเสีย เช่นการประกันทรัพย์สินเพื่อ
โอนความเสี่ยงไปยังบริษัทประกัน การจ้างบริษัทภายนอกให้ทำงานบางสวนแทน การทำสำเนาเอกสารหลาย ๆ
ชุด การกระจายที่เก็บทรัพย์สิน

ความเสี่ยง ที่เกิดขึ้นจะบังเกิดผลเสียหายไม่เพียง แต่ผู้ใช้บริการเท่านั้น ผู้ให้บริการก็มีความทุกข์ ทั้ง
คุณภาพชีวิตส่วนตัวและครอบครัว เมื่อมีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ทั้งผู้บริหารองค์กร และผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความ
เสี่ยงเหล่านั้นก็ไม่มีความสุข ขาดเสถียรภาพกันทั่วหน้า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลแบ่งได้เป็น

1. ความเสี่ยงทั่วไป (General Risk) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางสิ่งแวดล้อม ทรัพย์สินสูญหาย
อัคคีภัยฯ

2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านการรักษาพยาบาล อาจมี
สาเหตุจากความผิดพลาดในการสื่อสารและการระบุตัวผู้ป่วย ความผิดพลาดของการวินิจฉัย หรือ การวางแผนการ
ดูแลรักษาพยาบาล บางครั้งอาจเกิดจากความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุในการให้การรักษาพยาบาล รวมถึงอาการ
หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ ก็ได้ความเสี่ยงทางคลินิก ประกอบด้วย

- Sentinel Events (อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ / ไม่น่าเกิด)
- Iatrogenic injury (โรคมอทำ)
- Malpractice (เวชปฏิบัติไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้)
- Medical errors (ความคลาดเคลื่อนหรือความล้มเหลวของการรักษาจากแผนการรักษาที่วางไว้)
- Complication (ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการดูแลรักษาที่ไม่ตั้งใจ)

โดยความเสี่ยงทางคลินิกแบ่งเป็น

2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป(Common Clinical Risk)

หมายถึง เหตุการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกที่ระบุกว้างๆในกระบวนการรักษาไม่จำเพาะต่อโรคใดโรคหนึ่ง
อาจพบร่วมในหลายคลินิกบริการที่ ก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้ป่วย มีสาเหตุจกกระบวนการให้บริการหรือ
กิจกรรม การตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งนี้หากเกิดขึ้นอาจนำไปสู่ความเสียหายที่รุนแรงได้ ซึ่ง
ความเสี่ยงทางคลินิก อาจใช้มาตรการเดียวกันในการป้องกันในภาพรวม

ตัวอย่างความเสี่ยงทางคลินิกที่พบ เช่น ผลตรวจห้องปฏิบัติการ/ เอ็กซเรย์ผิดพลาด การให้ยาผิดพลาด
การติดเชื้อในโรงพยาบาล การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม

2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Disease-Specific Clinical Risk)

เป็นความเสี่ยงเฉพาะตามกลุ่มโรค / หัตถการที่สำคัญ เช่น

ผู้ป่วย Myocardial infarction เกิดภาวะ Shock หรือ Congestive heart failure

ผู้ป่วย Cerebrovascular disease เกิดภาวะ Increase Intracranial Pressure / Rebleeding

ผู้ป่วยDiabetic Foot ต้องตัดเท้า

ผู้ป่วย Acute appendicitis เกิดภาวะ Ruptured appendix

ผู้ป่วยEctopic pregnancy เกิดภาวะ Shock

ผู้ป่วยPre eclampsiaเกิดการชัก

ผู้ป่วย คลอดบุตร เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

จากการศึกษาของวิทยาลัย Harvard พบว่าร้อยละ 69.9 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางคลินิก (Clinical Risk) สามารถป้องกันได้ (HMPS, 1984) สถานที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้ตามลำดับดังนี้ ห้องฉุกเฉิน พบร้อยละ 93.3 ห้องคลอด พบร้อยละ 78.7 ห้องผ่าตัด พบร้อยละ 71.4 และ ICU พบร้อยละ 70.3

ดังนั้นบุคลากรทุกคนของโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญเนื่องจาก เป็นคุณภาพพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล ที่อาจนำไปสู่ความเสียหายที่รุนแรงได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับจึงต้องมีความรู้ จึงสามารถป้องกันมิให้เกิดความเสี่ยงทางคลินิก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันตัวเองจากอันตรายดังกล่าวได้

อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการความเสี่ยงทางคลินิกจะมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือของทีมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ระบบบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลกรงปินัง

1. ความปลอดภัยผู้ป่วยใน
2. ผู้ป่วยสัมพันธ์ (ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน ความคิดเห็น)
3. การติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. สิ่งแวดล้อม (โครงสร้างทางกายภาพ ขยะ น้ำเสีย)
5. อาชีวอนามัย (การป้องกันอันตรายจากการทำงาน)
6. การรักษาความปลอดภัยของคน ทรัพย์สิน
7. อัคคีภัย อุบัติเหตุ
8. บัญชีและการเงิน

เพื่อให้สอดคล้องกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลกรงปินัง จึงได้มีการกำหนดระเบียบปฏิบัติ เรื่องระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. การบริหารจัดการความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีระบบ และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. ให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงอย่างถูกต้อง
3. เกิดการพัฒนากระบวนการบริหารความเสี่ยง โดยเฉพาะเรื่อง การป้องกันความเสี่ยงอย่างเป็นรูปแบบ

การแบ่งประเภทความเสี่ยงแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ความเสี่ยงประเภท ก

หมายถึง ความเสี่ยงที่เป็นเหตุการณ์รุนแรงชนิดที่ต้องเฝ้าระวัง (Sentinel event) จะมีทำ Root Cause Analysis (RCA) หรือการทบทวนและวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงและนำไปปรับปรุงระบบและขยายผลเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ เหตุการณ์ประเภทนี้เมื่อเกิดขึ้นต้องรีบแจ้ง / รายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบในทันที และต้องเขียนรายงานความเสี่ยงส่งถึง หัวหน้าหอผู้ป่วย / หัวหน้างาน รวมทั้งให้ศูนย์บริหารงานคุณภาพภายใน 24 ชั่วโมง ความเสี่ยงประเภทนี้ได้แก่เหตุการณ์ที่

- มีการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะโรค
- มีการบาดเจ็บรุนแรงทางด้านร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ต้องมีการสูญเสียอวัยวะ สูญเสียการรับรู้สติหรือสติปัญญาอย่างถาวร ซึ่งมีได้ปรากฏมาก่อนและจำเป็นต้องให้การรักษาต่อเนื่อง
- มีการสูญเสียทรัพย์สินหรืออาจมีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

2. ความเสี่ยงประเภท ข

หมายถึง ความเสี่ยงที่เป็นเหตุการณ์อื่นๆ นอกเหนือจากความเสี่ยงประเภท ก เช่น เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอันตรายอย่างรุนแรงหรือทำให้ต้องเพิ่มระดับการดูแลรักษารวมทั้งการใช้เวลาในการรักษานาน แต่ไม่ถึงมากนัก

การจัดการความเสี่ยงเบื้องต้น

1. การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และแก้ไขปัญหาเบื้องต้นอย่างฉับพลัน
 - ผู้ป่วย ได้รับการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นอย่างฉับพลัน
 - ทีมผู้ดูแลให้การดูแลเอาใจใส่อย่างดีมากขึ้น ต่อเนื่อง
 - มีการสื่อสารกันในทีม ให้ถูกต้องเข้าใจดีต่อกัน
 - มีผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย /ญาติอย่างต่อเนื่อง
 - จัดการสิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่
 - ตรวจสอบอุปกรณ์และบำรุงรักษาเชิงป้องกันเกี่ยวกับเครื่องมือ
2. รายงานผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันช่วยเหลือ
 - หัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย นอกเวลาราชการ ให้รายงานนิเทศการพยาบาล(ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตั้งแต่ระดับ E)
3. ทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วย และเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้สมบูรณ์
4. เขียนรายงานเหตุการณ์ความเสี่ยง

การเขียนรายงานอุบัติการณ์

กำหนดให้ผู้ที่พบเหตุการณ์เป็นผู้มีหน้าที่ในการเขียนรายงาน และส่งให้กับผู้ที่มีความรับผิดชอบตามที่กำหนดเพื่อ เป็นหลักประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ ทั้งนี้การเขียนรายงานอุบัติการณ์มิใช่การลงโทษ แต่เป็นการรวบรวมบันทึกเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปเป็นบทเรียนเพื่อการแก้ไข และสร้างวัฒนธรรมในการเรียนรู้ร่วมกันโดยไม่กล่าวโทษกัน

การเขียนรายงานอุบัติการณ์ผู้เขียนรายงานเป็นผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์

- ระบุเหตุการณ์ทั้งหมดซึ่งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลและผู้ป่วยตามปกติ
- ระบุปัญหาและผลที่ตามมา
- ไม่แทรกความคิดเห็น ไม่เขียนในสิ่งที่เป็นการคาดการณ์ หรือสิ่งที่ไม่ได้เห็นในขณะที่เกิดขึ้น
- ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษเพื่อนร่วมงาน
- ไม่ได้เป็นการยอมรับว่าละเลย
- นำไปสู่การตั้งคำถามต่อวิธีปฏิบัติที่ข้องใจ
- ประกันในการรักษาความลับ และไม่อนุญาตผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึง
- เป็นการแก้ปัญหามิใช่การลงโทษ การเขียนรายงานมิใช่ความผิด

ทั้งนี้ความเสี่ยงและป้องกันได้ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ สิ่งที่จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้คือ

1. รักษาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล
2. คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเป็นสำคัญ
3. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
4. บันทึกเวชระเบียนอย่างถูกต้อง
5. การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ญาติ
6. การวิจัย และเรียนรู้ พัฒนาให้ทันสมัย

(นายสมชาติ ลีวรรณเจริญ)

นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าโมก