



**มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี**

ที่ รล ๐๐๐๓.๔/๒๓๖๓๓



สำนักราชเลขาธิการ

พระบรมมหาราชวัง กทม. ๑๐๒๐๐

๒๕ ธันวาคม ๒๕๔๙

เรื่อง พระราชทานชื่อมาตรฐานโรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อ้างถึง หนังสือสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ สวรส.พรพ. ๓๑๖/๒๕๔๙

ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้ปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาล โดยนำมาตรฐานการเสริมสร้างสุขภาพและเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เข้ามาบูรณาการกับมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้อยู่เดิม และจะประกาศใช้ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เพื่อเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี จึงขออนุญาตใช้ชื่อและตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ประดับที่ปกเอกสารฉบับดังกล่าว ความแจ้งอยู่แล้ว นั้น

สำนักราชเลขาธิการพิจารณาแล้ว เห็นสมควรให้ใช้ชื่อมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับดังกล่าวว่า "มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี" และอนุญาต ให้ใช้ตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี ประดับที่ปกเอกสาร ซึ่งความทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ ตราสัญลักษณ์ฯ จะต้องมีรูปแบบและสีถูกต้องตามที่ทางราชการ กำหนด ตามที่แนบมาพร้อมนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ท่านผู้หญิงนฤตริ วีระไวทยะ)

รองราชเลขาธิการ ปฏิบัติราชการแทน

ราชเลขาธิการ

กองการในพระองค์

โทร. ๐๒-๒๒๕๓๔๕๗-๖๒ ต่อ ๒๓๐๘ - ๒๓๑๑, ๒๓๑๓

โทรสาร ๐๒-๒๒๕๓๒๖๔

คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ซึ่งจัดทำเสร็จสิ้นในปี พ.ศ. 2549 มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ.2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติผู้องค์กรที่เป็นเลิศ

การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

ทั้งนี้โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณ พระราชทานชื่อมาตรฐานโรงพยาบาล และได้รับอนุญาตให้เชิญตราสัญลักษณ์การจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ประดับที่ปกเอกสาร นับเป็นสิริมงคลต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเป็นที่สุด

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ธันวาคม 2549

สารบัญ

คำนำ	ii
แนวทางการใช้มาตรฐาน	1
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร	5
I-1 การนำ (LED)	7
I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM).....	17
I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF)	27
I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK)	35
I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)	43
I-6 การจัดการกระบวนการ (PCM)	57
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	65
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)	67
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG).....	77
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)	85
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC).....	95
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)	105
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	111
II - 7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)	123
II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)	133
II – 9 การทำงานกับชุมชน (COM).....	141
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	147
III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)	149
III - 2 การประเมินผู้ป่วย (ASM).....	153
III-3 การวางแผน (PLN).....	157
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD).....	163
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP).....	175
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC).....	179
ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร.....	183
IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR).....	185
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR).....	185
IV-3 ผลด้านการเงิน (FNR)	185
IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR).....	185
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ (PER).....	185
IV-6 ผลด้านการนำ (LDR)	187
IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)	187
Scoring Guideline	189
ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	191
กระบวนการ Hospital Accreditation (HA).....	195

แนวทางการใช้มาตรฐาน

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน:

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสพัฒนา

ขอบเขตของมาตรฐาน:

เป็นมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยครอบคลุมการทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลไว้ด้วย

มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนดในตอนที 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนที 2 และตอนที่ 3 เท่าที่เกี่ยวข้องมาใช้

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน:

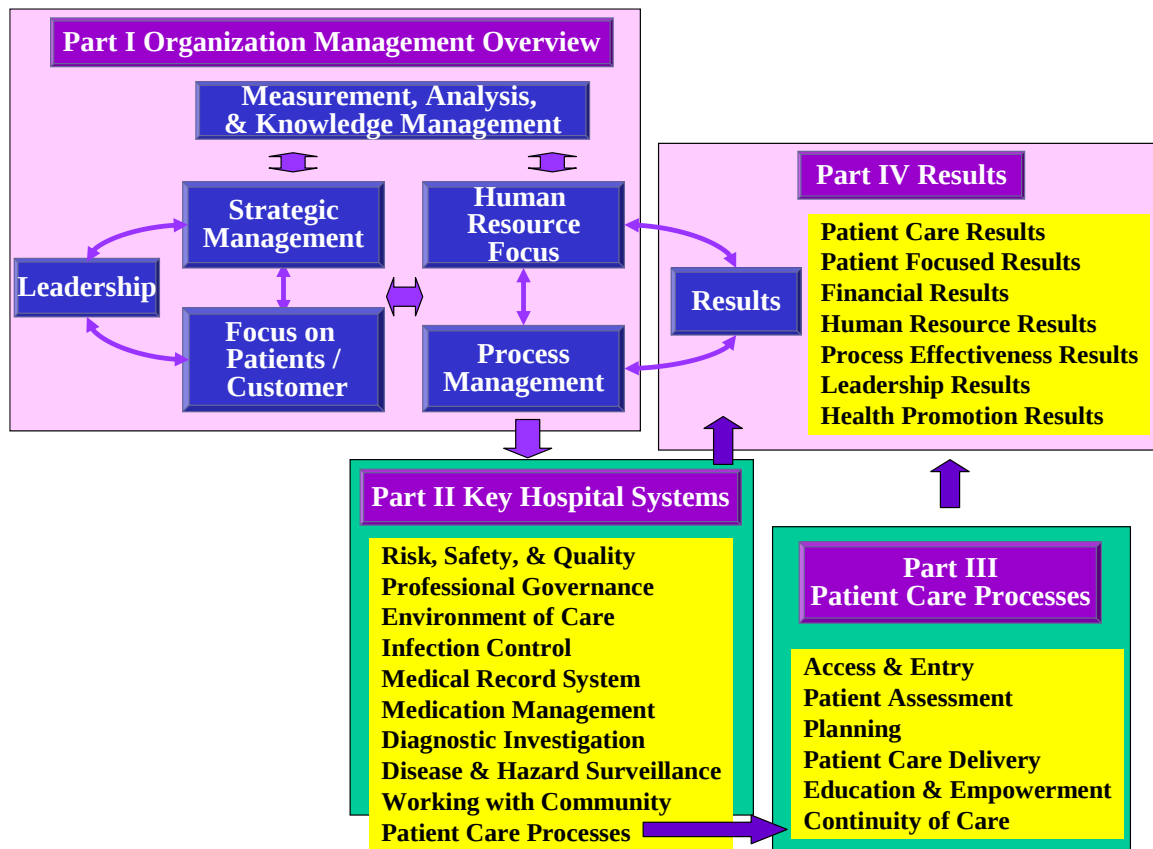
- 1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ
- 2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values & Concepts) ของการพัฒนาคุณภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility
 - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
 - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
 - การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
 - พาเรียนรู้: learning, empowerment
- 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
- 4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

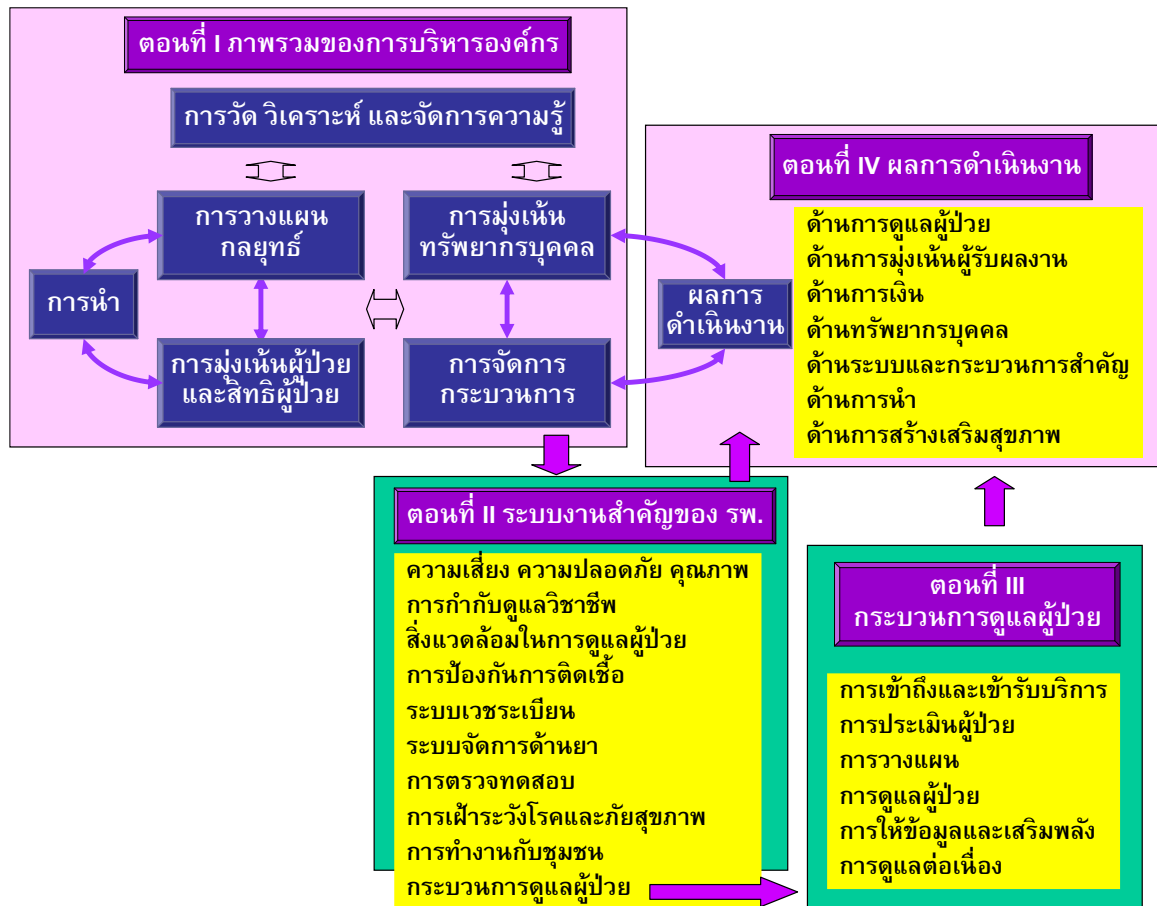
- 1) ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด
- 2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
- 3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อกับองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
- 4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน ที่ข้างเตียงผู้ป่วย

- 5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
- 6) ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
- 7) เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

PART I ORGANIZATION MANAGEMENT OVERVIEW



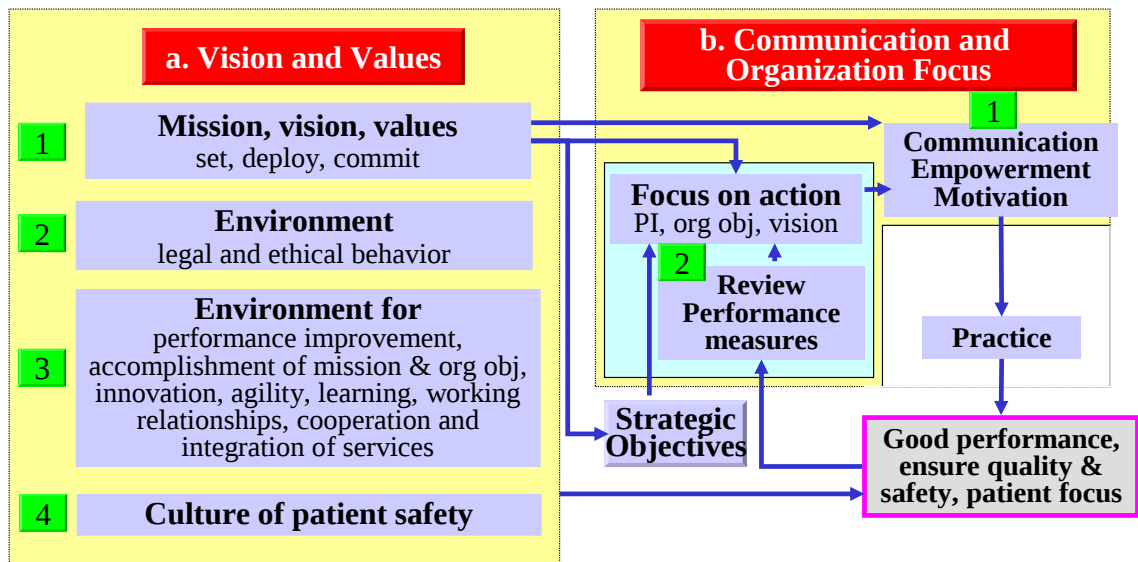
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร



I-1 Leadership

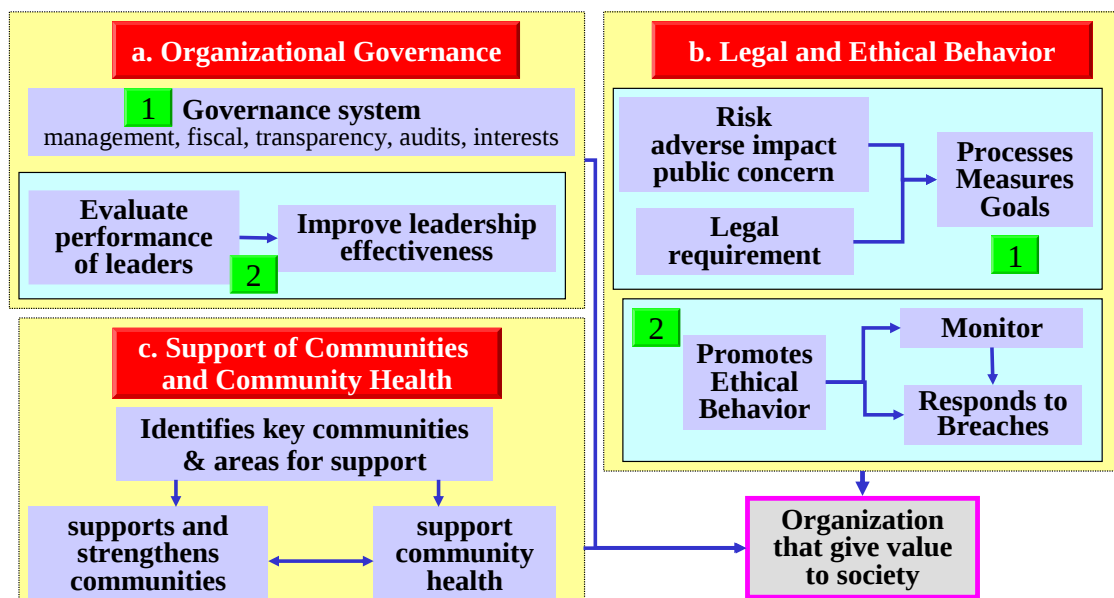
I – 1.1 Senior Leadership

Senior leaders guide the organization. Senior leaders communicate with staff and encourage good performance, ensure quality and safety of care.



I – 1.2 Governance and Social Responsibility

The organization demonstrates its good governance and its responsibilities to the public, ensures ethical behavior, and contributes to the health of key communities.

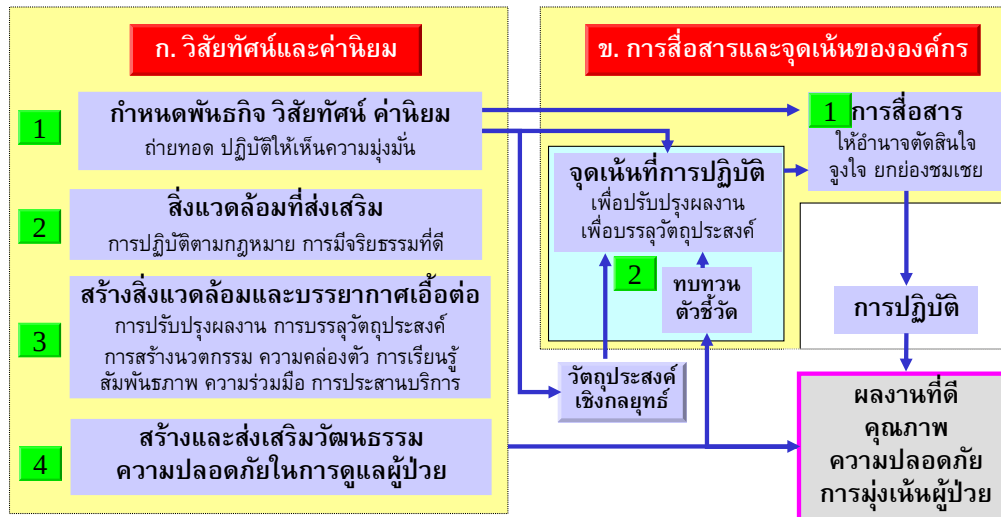


ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำ (LED)

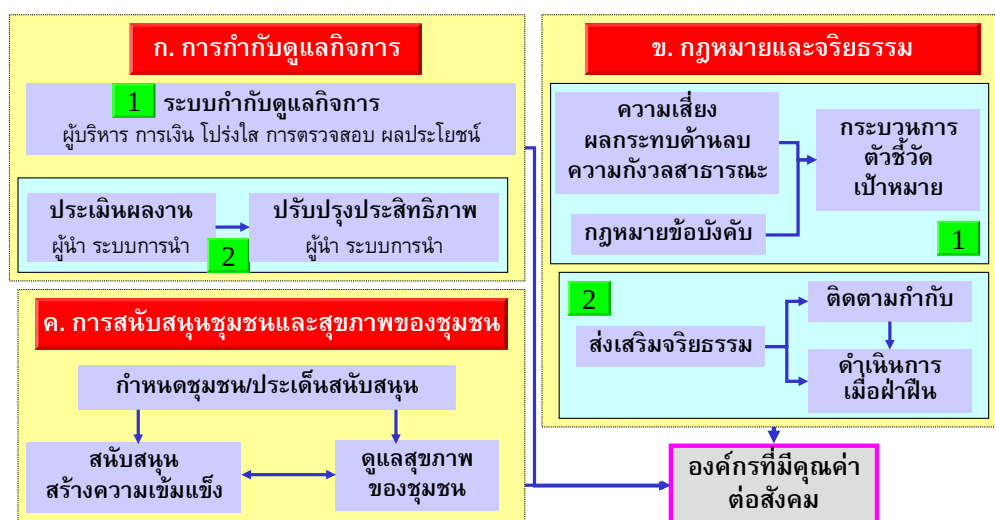
I – 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย



I – 1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (Governance and Social Responsibility)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี มีความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

1.1 Senior Leadership

Senior leaders guide the organization. Senior leaders communicate with staff and encourage good performance, ensure quality and safety of care.

a. Vision and Values

- (1) Senior leaders set organizational mission, vision and values. Senior leaders deploy mission, vision and values through the leadership system to all staff and key partners. Senior leaders' personal actions reflect a commitment to the organization's values.
- (2) Senior leaders personally promote an organizational environment that fosters, requires, and results in legal and ethical behavior.
- (3) Senior leaders create an environment for performance improvement, the accomplishment of mission and organization objectives, innovation, organizational agility, organizational and staff learning, effective working relationships, cooperation and integration of services.
- (4) Senior leaders create and promote a culture of patient safety.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กร สื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดี ให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

- (1) ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม. ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยมผ่านระบบการนำ¹ ไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติ. การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริม กำหนด และส่งผลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี.
- (3) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน², การบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร, การสร้างนวัตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.
- (4) ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

¹ ระบบการนำ (leadership system) หมายถึง โครงสร้างและกลไกการตัดสินใจของผู้นำในองค์กร, การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ, การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ / ผู้บริหาร, การตอกย้ำค่านิยมทิศทาง ความคาดหวัง, รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่างๆ

² การปรับปรุงผลงาน (performance improvement) มีความหมายเช่นเดียวกับการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) แต่ครอบคลุมมิติทุกด้านของการดำเนินงานในองค์กร บทบาทของผู้นำในการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงานได้แก่ (1) การกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (2) การสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ (3) การสนับสนุน (การให้การฝึกอบรมและโอกาส, การให้แนวทางและความช่วยเหลือ, การจัดอุปสรรคในการพัฒนา, การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล, การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น, การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ) และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย (4) การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

b. Communication and Organization Focus

- (1) Senior leaders communicate with, empower, and motivate all staff throughout the organization. Senior leaders encourage frank, two-way communication throughout the organization. Senior leaders take an active role in staff reward and recognition to reinforce a focus on patients / other customers, quality and safety in patient care, and good performance.
- (2) Senior leaders create a focus on action to improve performance, accomplish the organization's objectives, and attain its vision; including performance expectation in those areas. Senior leaders regularly review performance measures to inform the needed action.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

- (1) ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร, ให้อำนาจการตัดสินใจ³, และจูงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชย เพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ, และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี.
- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร รวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว. ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการดำเนินการที่จำเป็น.

³ การให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในความหมายด้านการบริหารจัดการ หมายถึงการให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจและดำเนินการอย่างเหมาะสม เป็นผลให้เกิดการตัดสินใจในจุดที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นจุดที่มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ และความรู้ในการทำงานมากที่สุด การให้อำนาจตัดสินใจมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับบริการตั้งแต่เริ่มแรก สามารถปรับปรุงกระบวนการและเพิ่มผลิตภาพ, สามารถปรับปรุงผลลัพธ์ของการทำงาน องค์กรจะต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจของบุคลากรอย่างทันกาลและนำไปใช้ประโยชน์ได้

1.2 Governance and Social Responsibility

The organization demonstrates its good governance and its responsibilities to the public, ensures ethical behavior, and contributes to the health of key communities.

a. Organizational Governance

- (1) The organization reviews and achieves the following key aspects of its governance system: accountability for management's actions, fiscal accountability, transparency in operation, independence in internal and external audits, and protection of stakeholder interests.
- (2) The organization evaluates the performance of leaders at all levels. Senior leaders use these performance reviews to improve both their personal leadership effectiveness and that of leadership system.

b. Legal and Ethical Behavior

- (1) The organization addresses and anticipates risks / adverse impacts on society, public concerns with its health care services and operations. The organization prepares for these concerns in a proactive manner, including using resource-sustaining processes. Key processes, measures, and goals for complying with legal requirement and reducing those risks or negative impacts are addressed.
- (2) The organization promotes and ensures ethical behavior in all interactions, monitors and responds to breaches of ethical behavior.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ สร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม และมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

ก. การกำกับดูแลกิจการ

- (1) องค์กรทบทวนและแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อภาระกิจของผู้บริหาร, ความรับผิดชอบต่อด้านการเงิน, ความโปร่งใสในการดำเนินงาน, การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก, และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.
- (2) องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ⁴. ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิภาพของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิผลของระบบการนำ⁵.

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

- (1) องค์กรระบุและคาดการณ์ถึงความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณะ⁶ เนื่องจากบริการ / การดำเนินงานขององค์กร. องค์กรมีการเตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสีสิ่งแวดล้อม. มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบเหล่านั้น.
- (2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับ และดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

⁴ การประเมินผลงานของผู้นำ อาจใช้การทบทวนในกลุ่มผู้นำ, การประเมินผลงานของผู้บริหารอย่างเป็นทางการ, การสำรวจและรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

⁵ ระบบการนำที่มีประสิทธิผล (an effective leadership system) คือระบบการนำที่คำนึงถึงความสามารถและความต้องการของบุคลากร / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น, มีการตั้งความคาดหวังต่อผลการดำเนินงานในระดับสูง, สร้างความภักดีต่อองค์กรและการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร, กระตุ้นและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม, จัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่, มีกลไกสำหรับผู้ดำเนินการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับ และนำไปสู่การปรับปรุง

⁶ ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย, ค่าใช้จ่าย, การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันกาล, สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น, และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

c. Support of Communities and Community Health

The organization identifies its key communities and determines areas of emphasis for support.

The organization supports and strengthens communities. The organization supports the community health, forms linkages and partnerships with other organization to develop coordinated services and share resources.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ค. การสนับสนุนชุมชนและสุขภาพของชุมชน⁷

องค์กรกำหนดชุมชน⁸ สำคัญและสิ่งที่จะให้การสนับสนุนแก่ชุมชน. องค์กรสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน⁹. องค์กรสนับสนุนสุขภาพของชุมชน¹⁰, ประสานงานและสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ เพื่อจัดให้มีบริการที่ประสานกันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน.

⁷ ในการประเมินตนเอง องค์กรสามารถอ้างอิงถึงคำตอบในมาตรฐานหมวดที่ II-9 การทำงานกับชุมชน ซึ่งจะมีโอกาสให้รายละเอียดได้มากขึ้น

⁸ **ชุมชน (community)** ในที่นี้ครอบคลุมทั้งชุมชนทางภูมิศาสตร์ที่โรงพยาบาลได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ และชุมชนในลักษณะอื่นๆ เช่น กลุ่มบุคคลที่มาร่วมมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน, ชุมชนตามสถานที่ตั้ง (setting), เครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นต้น

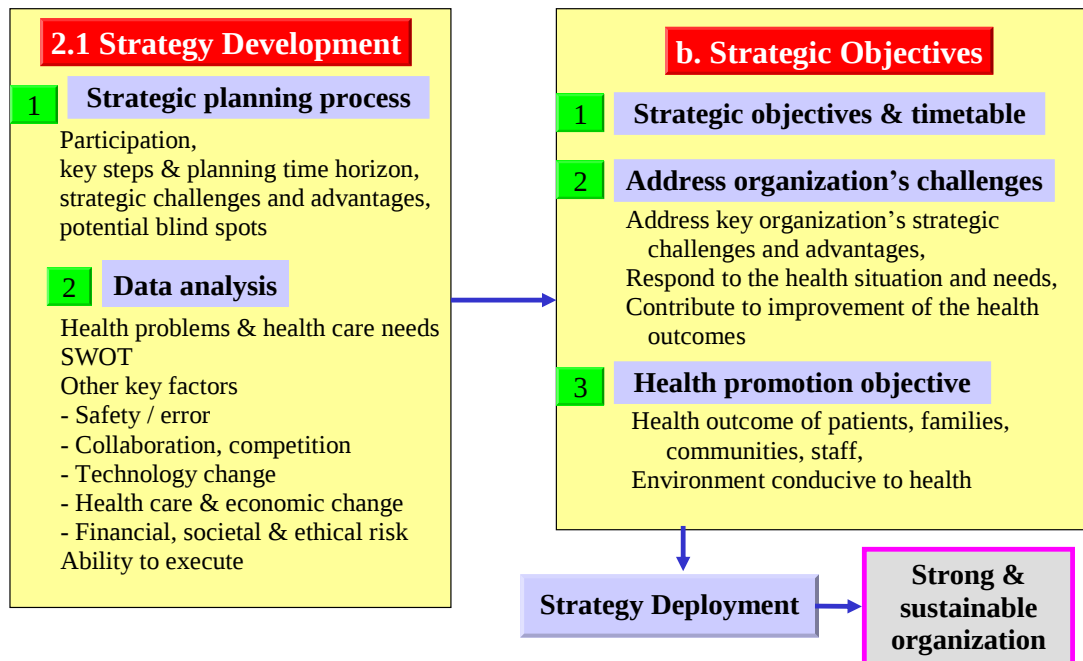
⁹ **การสนับสนุนชุมชน (community support)** อาจรวมถึงความพยายามในการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนท้องถิ่นในด้านการให้บริการ การศึกษา สุขอนามัย สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น

¹⁰ **การสนับสนุนสุขภาพของชุมชน (community health support)** ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่จะมีผลต่อสุขภาพ, การช่วยให้สมาชิกในชุมชนพัฒนาทักษะและความสามารถที่จำเป็นเพื่อสามารถรับผิดชอบและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำงานร่วมกับผู้อื่นเพื่อส่งเสริมให้เกิดชุมชนที่มีสุขภาพดี

I-2 Strategic Management

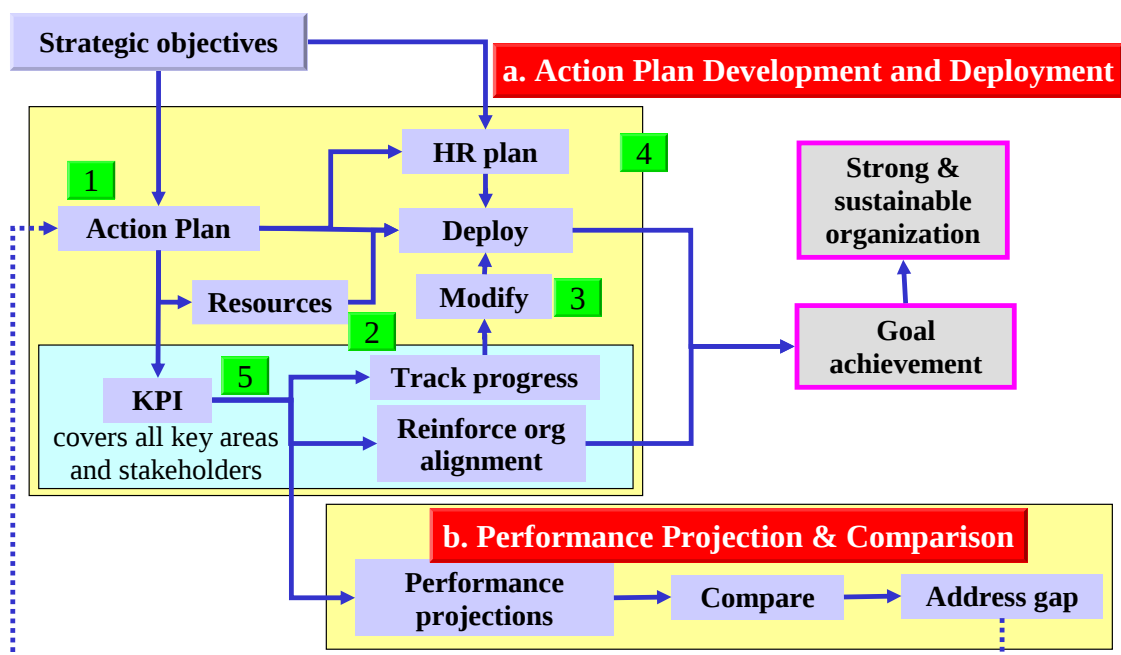
I – 2.1 Strategy Development

The organization establishes its strategy and strategic objectives to address its challenges and strengthen its performance.



I – 2.2 Strategy Deployment

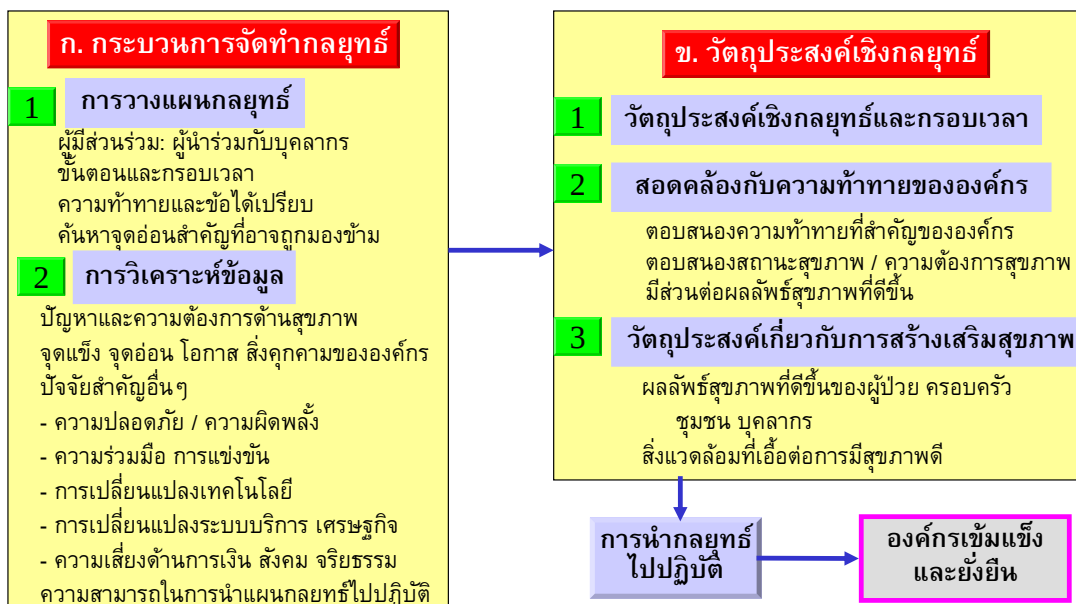
The organization converts its strategic objectives into action and tracks progress to ensure goal achievement.



I-2 การบริหารเชิงกลยุทธ์ (STM)

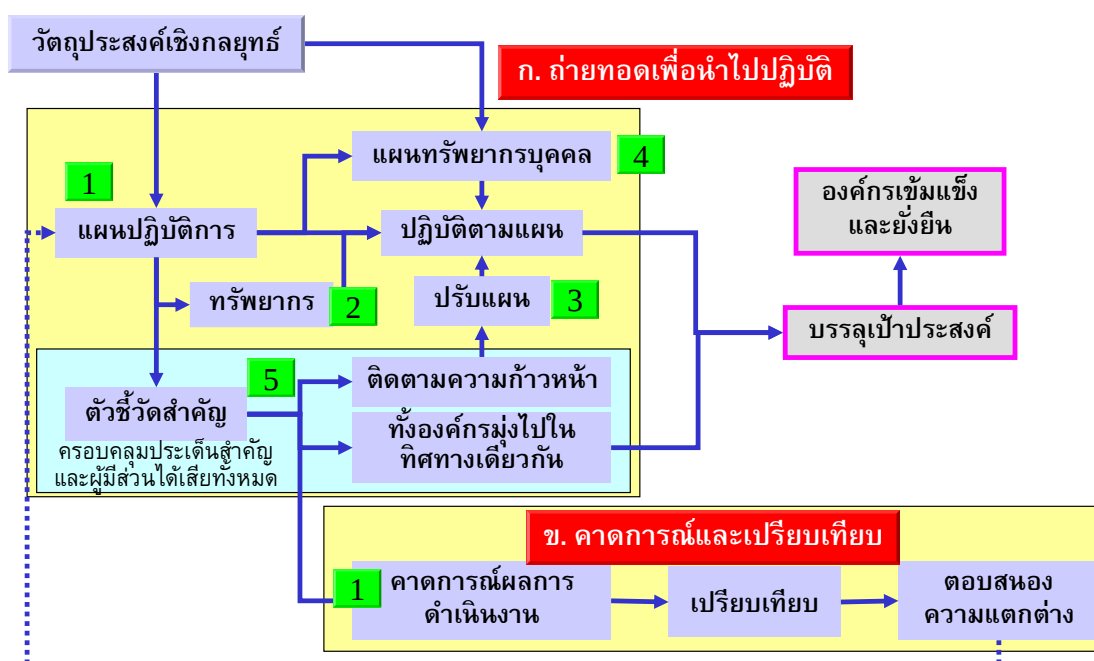
I – 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร



I – 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Deployment)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์



2.1 Strategy Development

The organization establishes its strategy and strategic objectives to address its challenges and strengthen its performance.

a. Strategy Development Process

- (1) Senior leaders, with participation of staff and key stakeholders, conduct a strategic planning process with appropriate key process steps and planning time horizon. Strategic challenges and advantages are analyzed and determined. The potential blind spots are identified during the planning process.
- (2) Health problems and health care needs of the clients / communities; the organization's strengths, weaknesses, opportunities, threats, and other key factors; and the ability to execute the strategic plan are analyzed in the strategic planning process.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์¹¹ และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กร และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์¹²

- (1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอนและใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.
- (2) ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ, จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ¹³ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ¹⁴.

¹¹ กลยุทธ์ (strategy) มีความหมายในเชิงกว้างว่าอาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่, รายได้ที่เพิ่มขึ้น, การลงทุน, การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร, ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร, การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ, การเป็นผู้นำในการวิจัย, การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ, การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข

¹² การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) หมายถึงแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์ พยากรณ์ ทางเลือก ฉากทัศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร

¹³ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม (SWOT analysis) ควรครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคตทุกปัจจัย เช่น มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน, วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย, สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน, วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ, นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ, ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ, โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า, ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบ ข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ, ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน, สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปของระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจ, ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร

¹⁴ ความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ควรคำนึงถึงความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนสำรอง หรือการปรับเปลี่ยนแผนและปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

b. Strategic Objectives

- (1) Key strategic objectives are developed as well as a timetable for accomplishing them.
(Show key strategic objectives)
- (2) The strategic objectives address key organization's strategic challenges and advantages, respond to the community's (or its served population's) health situation and needs, and contribute to improvement of the health outcomes.
- (3) A strategic objective related to health promotion aims at improving health outcome of patients, families, communities, staff, and at environment that is conducive to health.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์¹⁵

- (1) มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น. (นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร¹⁶, ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี.

¹⁵ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (strategic objectives) หมายถึงความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี

¹⁶ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่ตอบสนองความท้าทายสำคัญและใช้ข้อได้เปรียบขององค์กร ควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จและทำให้ผลการดำเนินงานในภาพรวมขององค์กรเข้มแข็งขึ้น ซึ่งอาจได้แก่ การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง, การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization), ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว, การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ, การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล, คุณภาพและความปลอดภัย, การสร้างเสริมสุขภาพ, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ

2.2 Strategy Deployment

The organization converts its strategic objectives into action and tracks progress to ensure goal achievement.

a. Action Plan Development and Deployment

- (1) Action plans are developed and deployed to achieve the key strategic objectives, ensuring that key outcomes of the action plans can be sustained. Staffs are aware of their role and the contribution they make in achieving the strategic objectives.
- (2) The organization ensures that adequate financial and other resources are available to support accomplishment of its action plans. The organization assesses the financial and other risks associated with the plans. The organization balances resources to ensure adequate resource to meet current obligations.
- (3) Modified action plans are established and deployed if circumstances require.

2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการ¹⁷และการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

- (1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ, สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.
- (3) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น.

¹⁷ แผนปฏิบัติการ (action plans) หมายถึงแผนซึ่งระบุ**กิจกรรม**ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ รวมทั้งรายละเอียด**ทรัพยากร**ที่ต้องใช้ **ช่วงเวลา**ที่ต้องทำให้สำเร็จ

การจัดทำแผนปฏิบัติการเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีการนำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่ปฏิบัติทั่วทั้งองค์กรอย่างได้ผล การถ่ายทอดแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปปฏิบัติรวมความถึงการกำหนดตัววัดที่ทุกแผนกและทุกหน่วยงานจะเข้าไปในทิศทางเดียวกัน และอาจจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมบุคลากรเป็นการเฉพาะหรือการสรรหาบุคลากรใหม่

ตัวอย่าง เช่น ถ้า**วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์** มุ่งเน้นที่จะเป็นผู้ให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ **แผนปฏิบัติการ** อาจเป็น การออกแบบกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดวันนอนโรงพยาบาล การวิเคราะห์การใช้ทรัพยากรและทรัพย์สิน การวิเคราะห์กลุ่มโรค (DRG) ที่พบบ่อยเพื่อนำไปสู่การป้องกัน **การถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ** อาจรวมถึงการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญโดยอาศัยการวิเคราะห์ต้นทุนและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

การวิเคราะห์และประเมินในระดับองค์กรจะเน้นที่ประสิทธิภาพของกระบวนการ ต้นทุนต่อหน่วย และคุณภาพการดูแล

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (4) The organization establishes key human resource plans to accomplish its strategic objectives and action plans. The plans address potential impacts on staff and potential changes to staff capability and capacity needs.
- (5) Key performance indicators for tracking progress on the action plans are developed. The measurement system reinforces organizational alignment and covers all key areas and stakeholders.

b. Performance Projection & Comparison

For the key performance indicator identified in 2.2 a (5), the organization determines its performance projections for the planning time horizons, comparing with its goals, past performance, and appropriate comparative data. The organization addresses current and projected gaps in performance against comparable organization.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ¹⁸ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้. แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ.
- (5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน. ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหนุนเสริมให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.

ข. การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

องค์กรคาดการณ์ผลการดำเนินงานสำหรับตัวชี้วัดสำคัญในข้อ 2.2 ก (5) ตามกรอบเวลาของการวางแผน โดยพิจารณาจากเป้าประสงค์ ผลงานที่ผ่านมา และข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ¹⁹ ที่เหมาะสม. องค์กรตอบสนองต่อความแตกต่างของผลงานเมื่อเทียบกับองค์กรที่ดำเนินงานหรือมีกิจกรรมในลักษณะใกล้เคียงกัน ทั้งความแตกต่างในปัจจุบันและความแตกต่างที่ได้จากการคาดการณ์.

¹⁸ แผนด้านทรัพยากรบุคคล (human resources plan) ควรเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านกำลังคนในปัจจุบันและในอนาคต

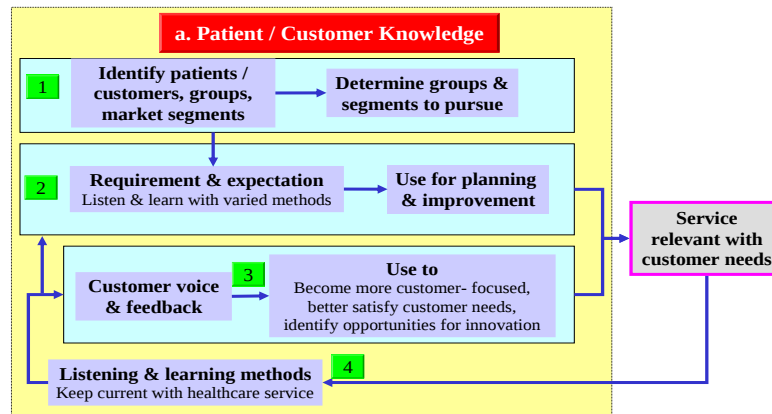
ตัวอย่างองค์ประกอบของแผนทรัพยากรบุคคล: การออกแบบระบบงานใหม่เพื่อเพิ่มการให้อำนาจในการตัดสินใจแก่บุคลากร, แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้บริหาร, แผนงานริเริ่มเพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร, การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย, แผนงานริเริ่มเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การสร้างความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ

¹⁹ ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ (comparative data) อาจจะเป็นระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

I-3 Focus on Patients / Customers

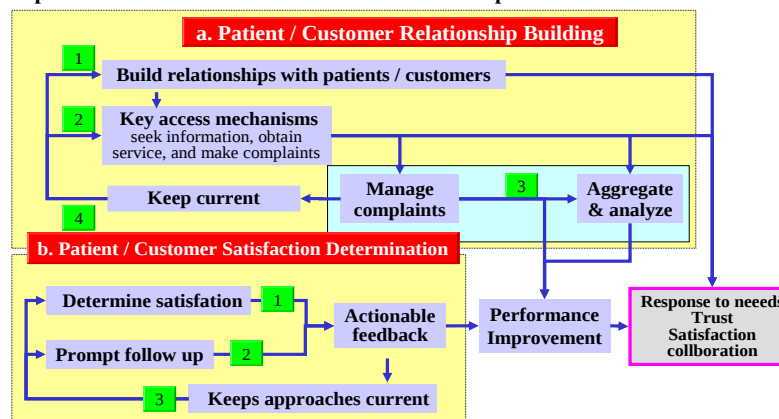
I – 3.1 Patient / Customer Knowledge

The organization learns its key patient / customer needs and expectations to ensure the relevance of its services.



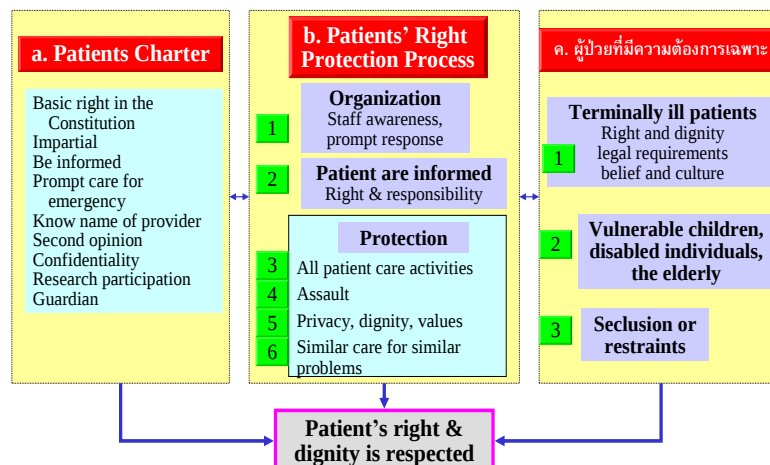
I – 3.2 Customer Relationship and Satisfaction

The organization builds relationships with patients / customers to promote trust, satisfaction, and cooperation. The organization determines and uses patient / customer satisfaction information for improvement.



I – 3.3 Patients' Rights

The organization recognizes and protects the rights of patients.

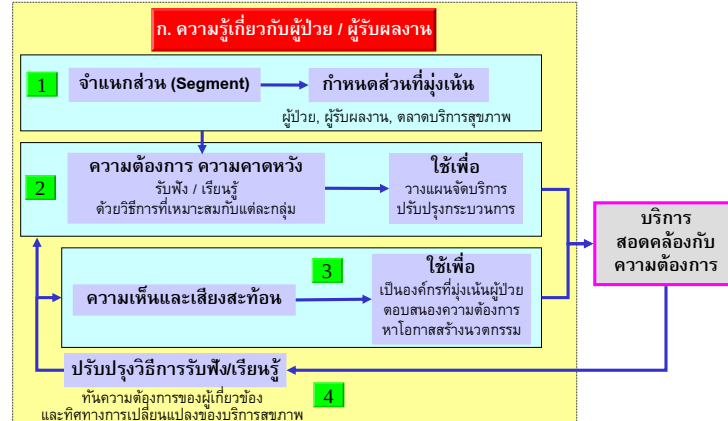


ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF)

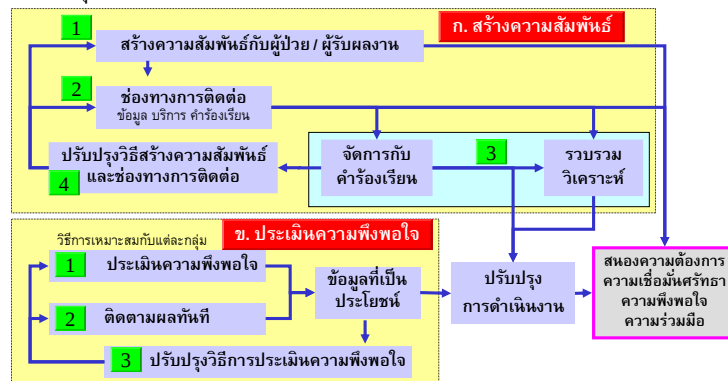
I – 3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (Patient / Customer Knowledge)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว



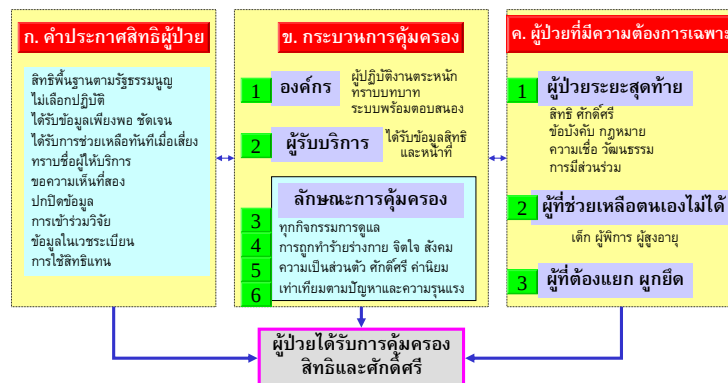
I – 3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (Customer Relationship and Satisfaction)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน



I – 3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patients' Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย



3.1 Patient / Customer Knowledge

The organization learns its key patient / customer needs and expectations to ensure the relevance of its services.

a. Patient / Customer Knowledge

- (1) The organization identifies patients / customers, customer groups, and health care market segments. The organization determines which patients / customers, customer groups, and market segments to pursue for health care services.
- (2) The organization listens and learns key patient / customer requirements and expectations, and their relative importance to patients' / customers' purchasing decisions. The determination methods vary for different patient / customer groups. This information is used for purposes of health service planning and process improvements.
- (3) The organization uses the patient / customer voice and feedback to become more patient- / customer- focused, to better satisfy patient / customer needs, and to identify opportunities for innovation.
- (4) The organization keeps its listening and learning methods current with health care service needs and directions.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตน เพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน²⁰

- (1) องค์กรระบุการจำแนกส่วน²¹ ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ. องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ.
- (2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้²² ความต้องการและความคาดหวัง²³ ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่ม. มีการนำความรู้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม.
- (4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

²⁰ ผู้รับผลงาน (customer) เมื่อกล่าวถึงผู้รับผลงานโดยทั่วไป ผู้รับผลงานขององค์กรที่ให้บริการสุขภาพจะหมายความรวมถึงผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับผลงานสำคัญด้วย ในบางที่จะระบุผู้ป่วยแยกไว้อย่างชัดเจน ผู้รับผลงานอื่นๆ นอกจากผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชน องค์กรประกันสุขภาพหรือผู้จ่ายเงิน นายจ้าง กระทรวง สาธารณสุข นักเรียน

²¹ ส่วน (segment) หมายถึงส่วนหนึ่งของผู้ป่วย / ลูกค้า ตลาดบริการสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมีลักษณะร่วมที่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างมีเหตุผล การจำแนกส่วนนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลงานขององค์กรอย่างมีความหมาย ความเข้าใจเรื่องการจำแนกส่วนมีความสำคัญต่อการระบุความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ตลาด ในส่วนต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างการจำแนกส่วนของตลาดบริการสุขภาพอาจใช้ภูมิศาสตร์ ช่องทางการให้บริการ ปริมาณบริการสุขภาพ หรือเทคโนโลยีที่ใช้

²² การรับฟังและเรียนรู้ (listening and learning) อาจรวมถึงการสำรวจ การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ เกี่ยวกับการตัดสินใจแสวงหาบริการสุขภาพ

²³ ความคาดหวังของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ควรครอบคลุมลักษณะบริการสุขภาพที่สำคัญ มีผลต่อความเชื่อมั่น ศรัทธา ความไว้วางใจ ความพึงพอใจ และการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เช่น ความแตกต่างจากองค์กรอื่นที่ให้บริการในลักษณะเดียวกัน ช่วงเวลาของการให้บริการ การให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว ค่าใช้จ่าย ความเป็นส่วนตัว การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี

3.2 Customer Relationships and Satisfaction

The organization builds relationships with patients / customers to promote trust, satisfaction, and cooperation. The organization determines and uses patient / customer satisfaction information for improvement.

a. Patient / Customer Relationship Building

- (1) The organization builds relationships with patients / customers to meet their expectation, to create trust, and to gain cooperation.
- (2) The key access mechanisms enable patients / customers to seek information, obtain service, and make complaints. The organization determines key contact requirements for each mode of patient / customer access and ensures that all these contact requirements are deployed to all people and processes involved in the customer response chain.
Accountability to the public for information on the services and their quality is demonstrated.
- (3) The organization manages patient / customer complaints, ensuring that complaints are resolved effectively and promptly. Complaints are aggregated and analyzed for use in improvement throughout the organization.
- (4) The organization keeps its approaches to building relationships and providing patient and other customer access current with health care service needs and directions.

b. Patient / Customer Satisfaction Determination

- (1) Patient / customer satisfaction and dissatisfaction are determined, and this information is used for improvement. The measurement method is appropriate for each patient / customer group, and is able to capture actionable information.
- (2) Patients / customers are followed up on care and service quality to receive prompt and actionable feedback.
- (3) The organization keeps its approaches to determining satisfaction current with health care service needs and directions.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือ. มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ, เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา, และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ.
- (2) มีช่องทางสำหรับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน. องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบและสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง. มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการ.
- (3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วถึง. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.
- (4) องค์กรปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

ข. การประเมินความพึงพอใจ²⁴ของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

- (1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน. วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.
- (2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง²⁵.
- (3) องค์กรปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

²⁴ การประเมินความพึงพอใจ อาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน, การเก็บข้อมูลอาจใช้ internet การติดต่อตัวบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยไปรษณีย์

²⁵ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง (actionable feedback) เช่น ลักษณะของบริการ ความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ ที่จะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการในครั้งต่อไปหรือการแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ

3.3 Patients' Rights

The organization recognizes and protects the rights of patients.

a. Patients Charter

- (1) The patients' rights according to the Patient Charter issued by the professional organizations and the Ministry of Health are protected.

b. Patients' Right Protection Process

- (1) The organization ensures that staff members are aware of their role in protecting patients' rights. The care system provides prompt response to the request of patients' right.
- (2) Patients are informed about their rights and responsibilities in a manner they can understand.
- (3) All patient care related activities support and protect patients' rights.
- (4) Patients are protected from physical, psychological, and social assault.
- (5) The patients' privacy, human dignity, personal values and belief are respected.
- (6) The organization ensures that patients with similar problems and severity will receive similar care.

c. Care for Patients with Specific Needs

- (1) The terminally ill patients receive care with respect to patient's right and human dignity. The decisions about providing, foregoing, or withdrawing life-sustaining treatment meet legal requirements, belief and culture, and are shared with patients and families.
- (2) Vulnerable children, disabled individuals, the elderly, receive appropriate protection.
- (3) The patient who needs seclusion or restraints is treated properly.

3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข²⁶

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์²⁷. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.
- (3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือถูกยึด อย่างเหมาะสม.

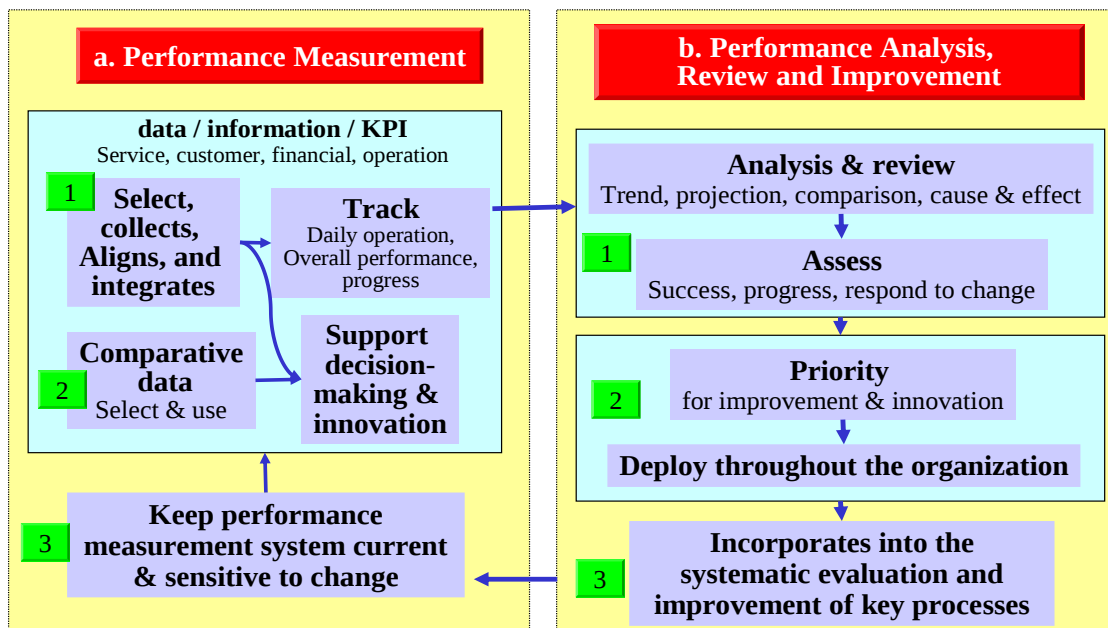
²⁶ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ, 2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ, 3. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน, 4. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต, 5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน, 6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ, 7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด, 8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย, 9. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ, 10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

²⁷ โดยพิจารณาความเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ควบคู่ไปด้วย

I-4 Measurement, Analysis and Knowledge Management

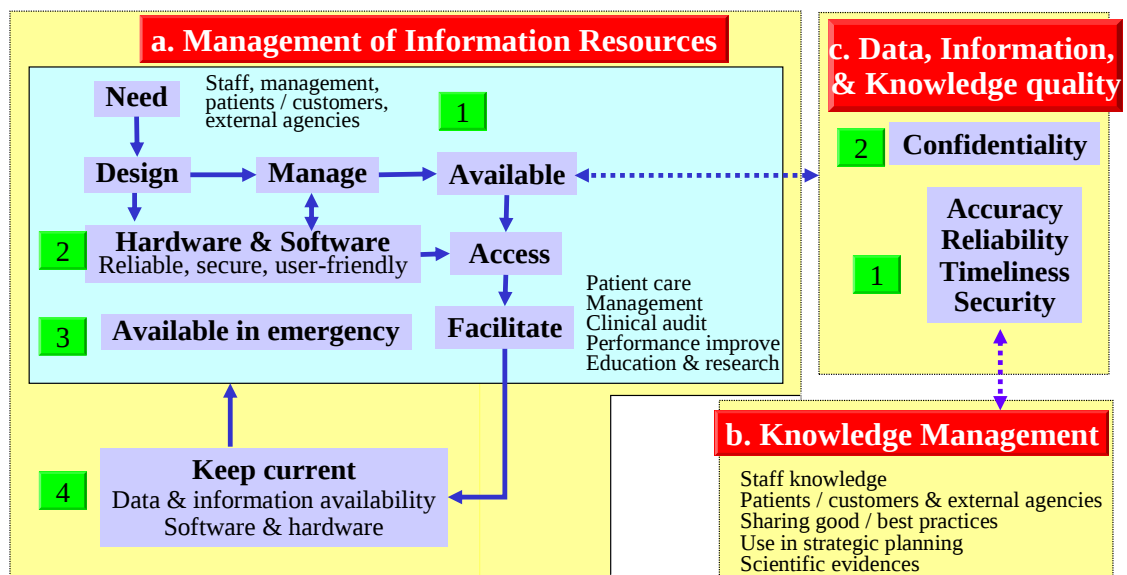
I – 4.1 Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance

The organization measures, analyzes, aligns, reviews, and improve its performance through the use of data and information at all levels and in all parts of the organization.



I – 4.2 Management of Information, Information Technology, and Knowledge Management

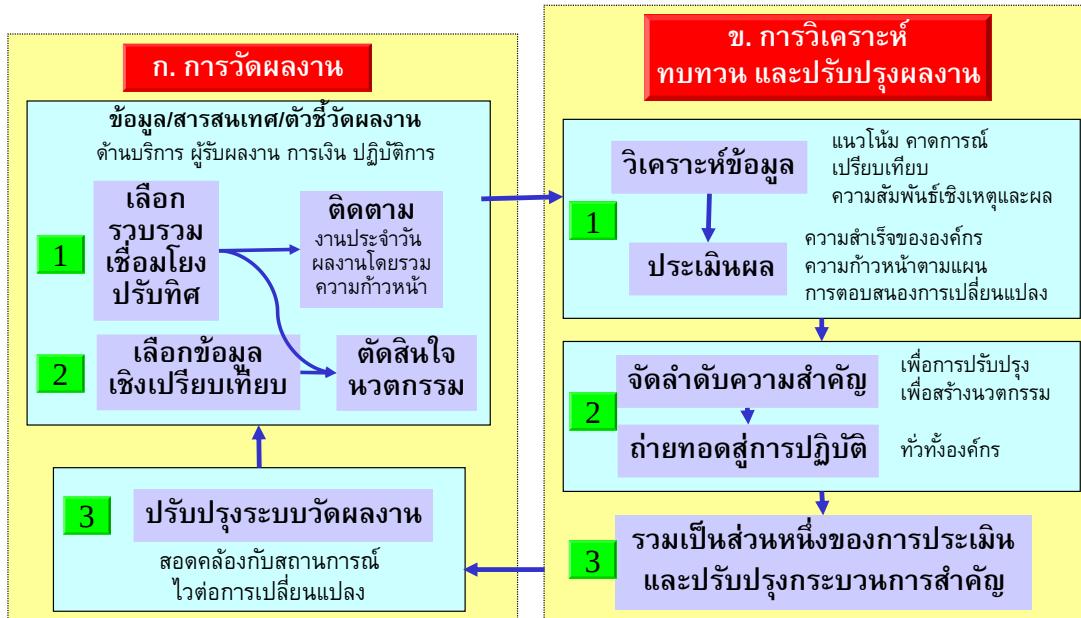
The organization ensures the quality and availability of needed data, information, software and hardware for staff and patients / customers. The organization builds and manages its knowledge assets to improve organizational efficiency and effectiveness.



I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK)

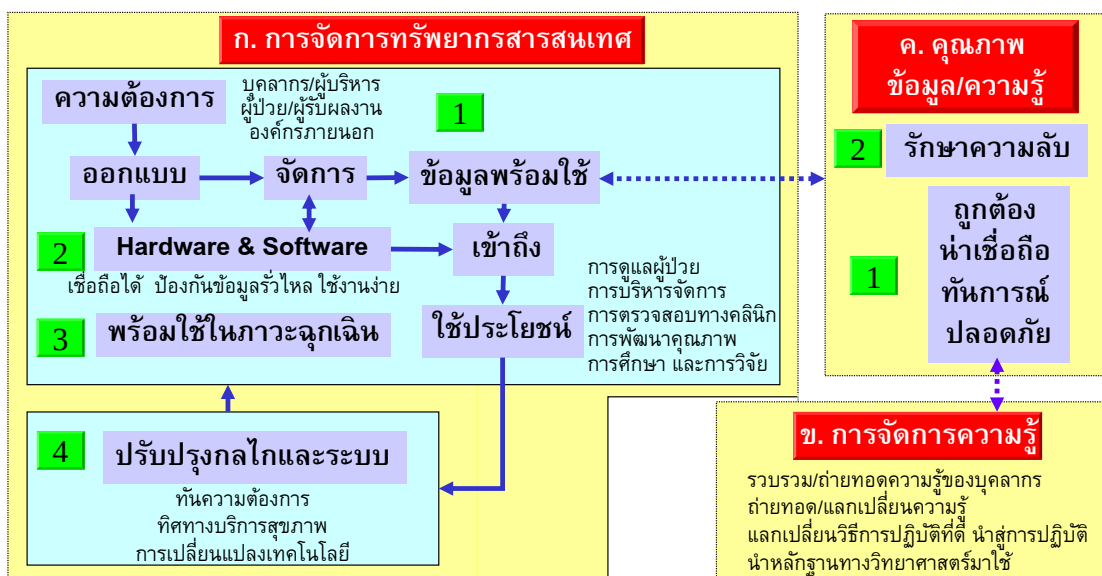
I – 4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance)

องค์กรจัดให้มีการวัด วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร



I – 4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (Management of Information, Information Technology, and Knowledge Management)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร/ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร



4.1 Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance

The organization measures, analyzes, aligns, reviews, and improve its performance through the use of data and information at all levels and in all parts of the organization.

a. Performance Measurement

- (1) The organization selects, collects, aligns and integrates data / information / key performance indicators (KPI) for tracking daily operations, tracking overall organizational performance, tracking progress relative to strategic objectives and action plans, and supporting organizational decision-making and innovation.
- (2) The organization selects and ensures the effective use of key comparative data and information to support decision-making.
- (3) The organization keeps its performance measurement system current with health care service needs and directions. The organization ensures that its performance measurement system is sensitive to rapid or unexpected organizational or external changes.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

4.1 การวัด วิเคราะห์ และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัด²⁸ วิเคราะห์ ปรับทิศทาง ทบทวน และปรับปรุงผลงาน²⁹ โดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศ ในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

ก. การวัดผลงาน³⁰

- (1) องค์กรเลือก รวบรวม และเชื่อมโยงข้อมูล / สารสนเทศ / ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน, ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม, ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.
- (2) องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ³¹ ที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (3) องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ, ไวต่อการเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

²⁸ แนวคิดสำคัญสำหรับการนำระบบวัดผลงานไปใช้ให้ประสบความสำเร็จ คือการกำหนดทิศทางของตัวชี้วัดทั้งองค์กรให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) และการบูรณาการ (integration) ตัวชี้วัดจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เป็นข้อมูลและสารสนเทศที่ครอบคลุมทั้งองค์กร รวมถึงการที่ผู้นำระดับสูงติดตามตัวชี้วัดผลงานที่มีความสำคัญต่อผลงานโดยรวมขององค์กรจากแหล่งข้อมูลทุกระดับ

²⁹ ผลงานหรือผลการดำเนินงาน (performance) คือ output และ outcome ที่เกิดจากกระบวนการผลิตภัณท์และบริการ ที่สามารถนำมาใช้ประเมินและเปรียบเทียบกับเป้าหมายหรือผลงานที่ผ่านมาได้ อาจแบ่งผลงานได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ด้านผลิตภัณท์และบริการ 2) ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน 3) ด้านการเงิน 4) ด้านปฏิบัติการ

³⁰ การวัดผลงาน (performance measurement) จะถูกนำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่างๆ ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร

³¹ ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ (comparative data and information) เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงผลงานขององค์กร ทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการและผลงานขององค์กรได้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษและการสร้างพันธมิตร ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจจะเป็นระดับผลงานที่ดีที่สุด, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

b. Performance Analysis, Review and Improvement

- (1) The organization reviews organizational performance and capabilities. The organization performs analyses to support these reviews and to ensure that conclusions are valid. The organization uses these reviews to assess organizational success, progress relative to strategic objectives and action plans, ability to respond to organization and external environment change.
- (2) The organization translates organizational performance review findings into priorities for improvement and into opportunities for innovation, of which are deployed throughout the organization.
- (3) The organization incorporates the results of organizational performance review into the systematic evaluation and improvement of key processes.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

- (1) องค์กรทบทวนประเมินผลงาน³² และขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์³³ เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.
- (2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาสสร้างนวัตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.
- (3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็นระบบ.

³² การทบทวนประเมินผลงานขององค์กร (organizational performance reviews) ควรใช้ข้อมูลจากการวัดผลงานขององค์กร โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการในหมวด I - 2.1 และ I - 2.2 รวมทั้งอาจใช้ข้อมูลจากการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานฉบับนี้

³³ การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร

การวิเคราะห์ประกอบด้วย การประเมินแนวโน้ม, การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี, การเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และการหาความสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อสนับสนุนการทบทวนผลงานขององค์กร การทราบต้นเหตุของปัญหา และช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร

4.2 Management of Information, Information Technology, and Knowledge Management

The organization ensures the quality and availability of needed data, information, software and hardware for staff and patients / customers. The organization builds and manages its knowledge assets to improve organizational efficiency and effectiveness.

a. Management of Information Resources

- (1) Needed data and information are made available to staff, management, patients / customers, and external agencies to facilitate patient care, organization management, clinical audit and performance improvement, education and research. Information plan and management are appropriate to the organization's size and complexity.
- (2) The organization ensures that hardware and software are reliable, secure, and user-friendly.
- (3) The organization ensures the continued availability of data and information, including the availability of hardware and software systems, in the event of an emergency.
- (4) The organization keeps its data and information availability mechanisms, including its software and hardware systems, current with health care service needs and directions and with technological changes.

b. Organizational Knowledge Management

Organizational knowledge is managed to accomplish: the collection and transfer of staff knowledge, the transfer and sharing of relevant knowledge with patients / customers and external agencies, the sharing and implementation of good / best practices, the assembly and transfer of relevant knowledge for use in the strategic planning process, and the adoption of scientific evidences on effectiveness of healthcare intervention.

c. Data, Information, and Knowledge quality

- (1) The organization ensures accuracy, reliability, timeliness, and security of its data, information, and organizational knowledge:
- (2) The organization ensures confidentiality of data and information.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

4.2 การจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการความรู้ (MAK.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูล สารสนเทศ ซอฟต์แวร์ และฮาร์ดแวร์ ที่จำเป็น มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน สำหรับบุคลากร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

ก. การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

- (1) ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร / ผู้บริหาร / ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / องค์กรภายนอก มีความพร้อมใช้งาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย. แผนงานและการจัดการสารสนเทศ³⁴ มีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย.
- (3) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน.
- (4) องค์กรปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้ ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี.

ข. การจัดการความรู้ขององค์กร

มีการจัดการความรู้ขององค์กรเพื่อให้เกิดสิ่งต่อไปนี้: การรวบรวมและถ่ายทอดความรู้ของบุคลากร, การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้ที่เป็นประโยชน์จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีหรือที่เป็นเลิศ และนำไปสู่การปฏิบัติ, การประมวลและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์, และการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษามาประยุกต์ใช้.

ค. คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้

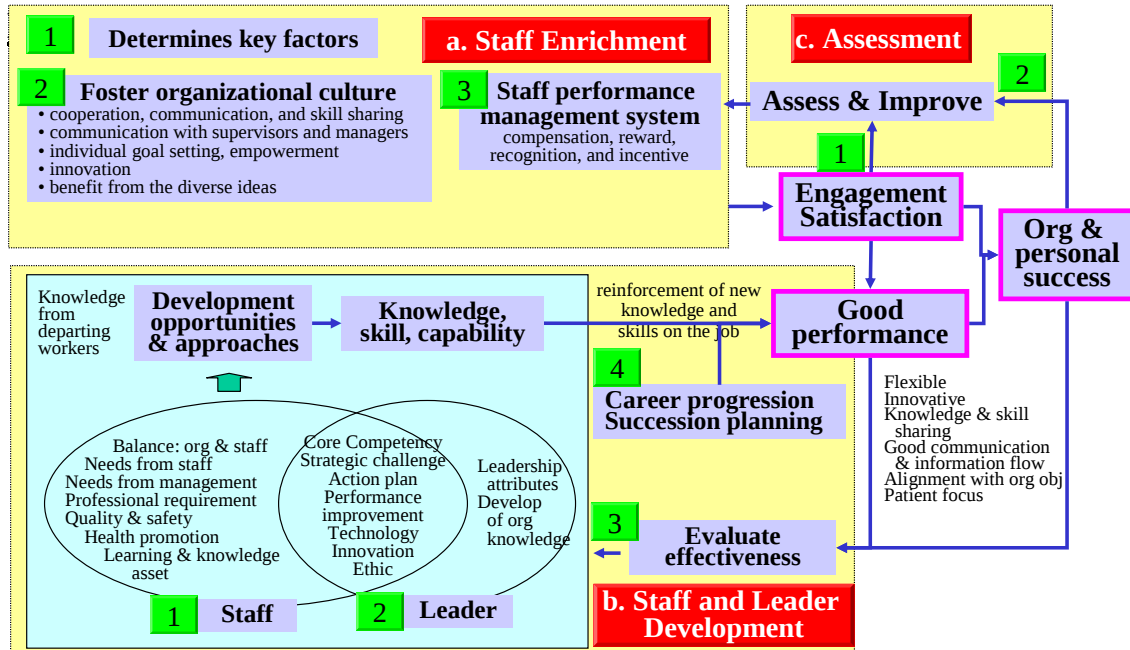
- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูล สารสนเทศ และความรู้ขององค์กร มีความแม่นยำ เชื่อถือได้ ทันเหตุการณ์ และปลอดภัย.
- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ.

³⁴ แผนงานและการจัดการสารสนเทศ (information management) เช่น มาตรฐานข้อมูล มาตรฐานเทคโนโลยี ขั้นตอนในการดำเนินการ เกณฑ์การเก็บข้อมูล ระยะเวลาและวิธีในการคงเก็บข้อมูล เกณฑ์การปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย การรักษาความปลอดภัยและความลับ

I-5 Human Resource Focus

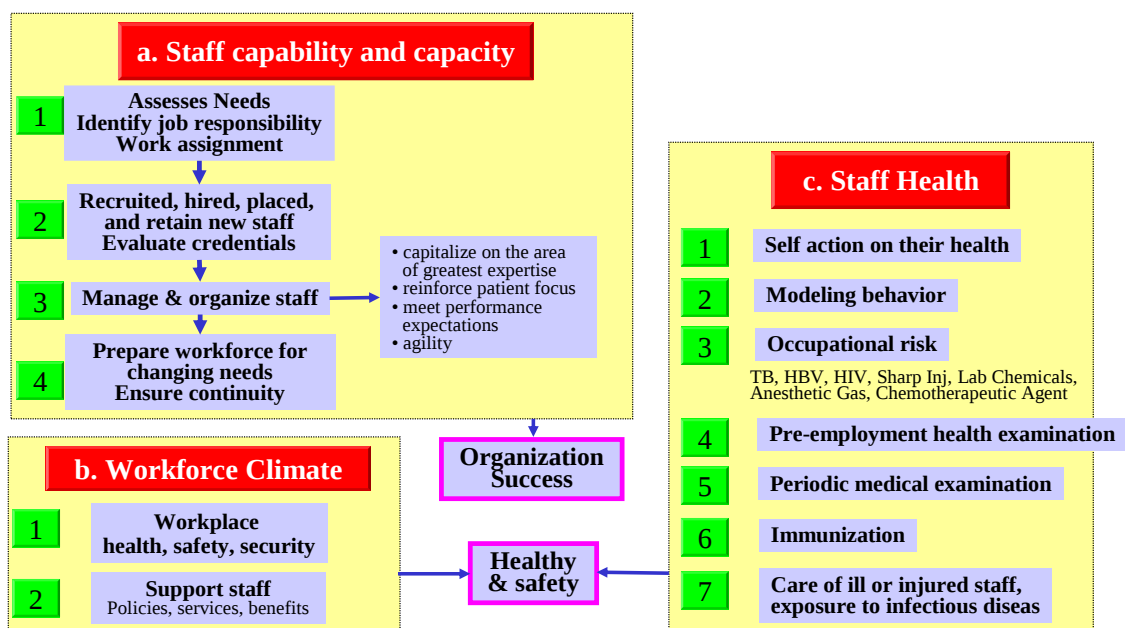
I – 5.1 Staff Engagement

The organization engages, compensates, and motivates its staff to achieve organizational and personal success. Staff and leaders are developed to achieve good performance.



I – 5.2 Staff Environment

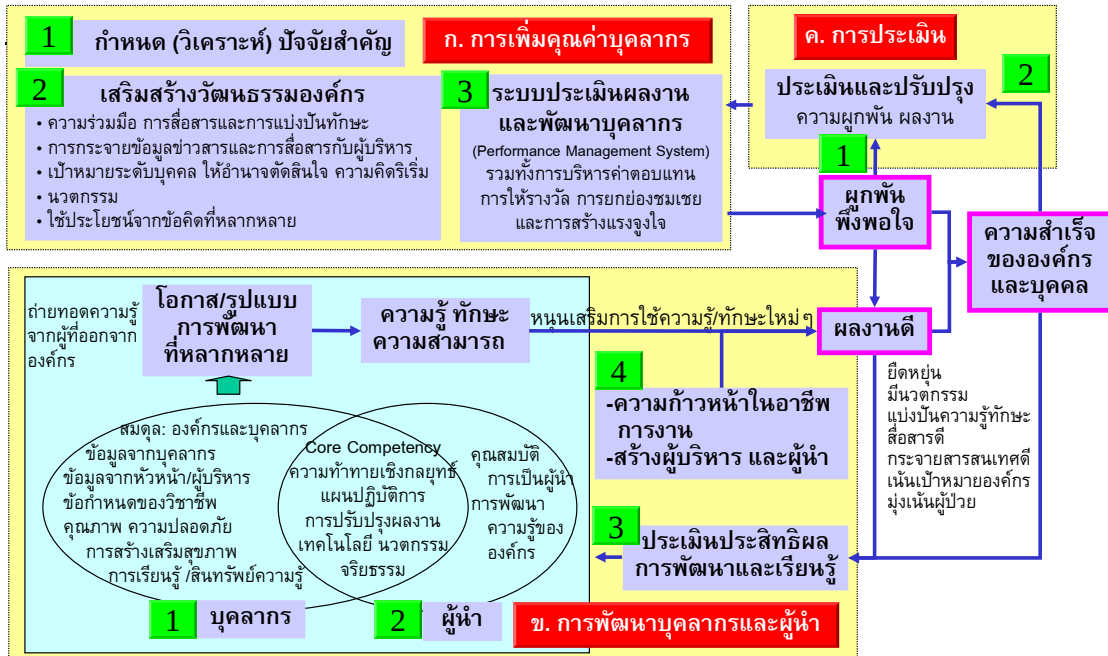
The organization manages staff capability and capacity to accomplish the work of the organization. The organization maintains a work environment and a staff support climate that contribute to the health, safety and security.



I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (HRF)

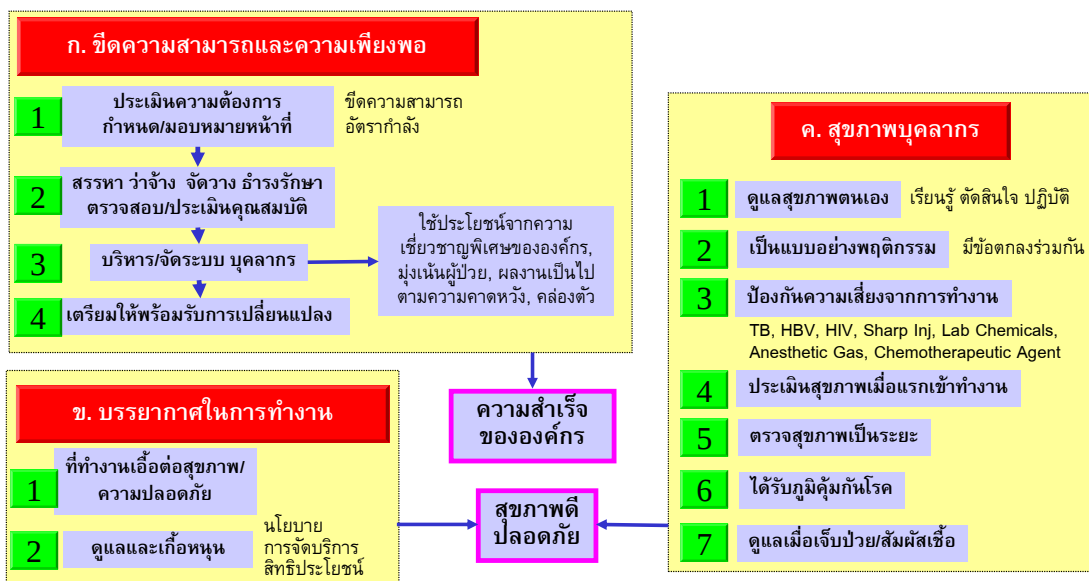
I – 5.1 ความผูกพันของบุคลากร (Staff Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี



I – 5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Staff Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย



5.1 Staff Engagement

The organization engages, compensates, and motivates its staff to achieve organizational and personal success. Staff and leaders are developed to achieve good performance.

a. Staff Enrichment

- (1) The organization determines the key factors that affect staff engagement and satisfaction for different staff groups and segments.
- (2) The organization fosters an organizational culture conducive to good performance and a motivated staff to accomplish the following:
 - cooperation, effective communication, and skill sharing within and across health care professions, work units, and locations, as appropriate
 - effective information flow and two-way communication with supervisors and managers
 - individual goal setting, empowerment, and initiative
 - innovation in the work environment
 - the ability to benefit from the diverse ideas, cultures, and thinking of the staff

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

5.1 ความผูกพันของบุคลากร³⁵

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร จัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจ เพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล. บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อให้สร้างผลงานที่ดี.

ก. การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน³⁶ และความพึงพอใจ³⁷ ของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละส่วน.

(2) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี³⁸ และมีแรงจูงใจ ดังต่อไปนี้

- ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันทักษะที่มีประสิทธิผล ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ระหว่างผู้ที่อยู่ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่ (ตามความเหมาะสม)
- การกระจายข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารสองทางกับหัวหน้างานและผู้บริหารที่มีประสิทธิผล
- การตั้งเป้าหมายระดับบุคคล การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม
- นวัตกรรมภายใต้สภาพแวดล้อมของงาน
- ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร

³⁵ ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล คำว่า staff engagement บางคนอาจจะแปลว่า “การผูกใจบุคลากร” หรือใช้คำง่ายๆ ว่า “ร่วมด้วย ช่วยกัน”

การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม

บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร และมีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน

³⁶ ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันระหว่างบุคลากรกับองค์กร ควรพิจารณา สภาพแวดล้อมที่สร้างแรงจูงใจในการทำงานเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและความสำเร็จขององค์กร, ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน, ความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญ, บรรยากาศของความร่วมมือ ไว้วางใจ, การสื่อสารที่ดี, การให้อำนาจตัดสินใจ, การฝึกอบรม, ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน, การยกย่องชมเชยและการให้รางวัล, โอกาสที่เท่าเทียมกัน, การอยู่ร่วมกันเสมือนญาติพี่น้อง

³⁷ ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของบุคลากร ควรพิจารณาประเด็นเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน การแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียน การพัฒนาความรู้ความสามารถ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การช่วยเหลือของผู้บริการ ความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน ภาระงาน การสื่อสาร ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ความมั่นคงในงาน

³⁸ ลักษณะของ การทำงานที่มีผลงานที่ดี (good performance) คือมีความยืดหยุ่น มีนวัตกรรม มีการแบ่งปันความรู้และทักษะ มีการสื่อสารที่ดี มีการกระจายสารสนเทศที่ดี มีจุดเน้นสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ ตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) The staff performance management system support high performance work and staff engagement, reinforces a patient / customer / health care service focus and achievement of action plans. The staff performance management system considers compensation, reward, recognition, and incentive practices.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) ระบบประเมินและพัฒนาผลงานบุคลากร (staff performance management system) ส่งเสริมให้บุคลากรสร้างผลงานที่ดี มีความผูกพันกับองค์กร, หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ, และการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. ระบบดังกล่าวนำเสนอประเด็นเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย³⁹ และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย.

³⁹ วิธีการยกย่องชมเชย อาจเป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

b. Staff and Leader Development

(1) The staff development and learning system address the following:

- needs and desires for learning and development identified by the staff, including supervisors and managers
- licensure and re-credentialing requirements
- area of greatest expertise, strategic challenges, and accomplishment of action plans
- ethics, quality, safety, health promotion
- organizational performance improvement, technological change, and innovation
- balance of the organizational objectives and staff needs/desires
- organizational learning and knowledge assets
- the breadth of development opportunities and approaches, including education, training, coaching, mentoring, and work-related experiences, as appropriate
- the transfer of knowledge from departing or retiring workers
- the reinforcement of new knowledge and skills on the job

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ⁴⁰

(1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ความจำเป็นและความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งบุคลากร หัวหน้างาน และผู้บริหารระบุ
- ข้อกำหนดเพื่อการต่อไปอนุญาตการประกอบวิชาชีพ
- ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
- จริยธรรม คุณภาพ ความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ
- การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
- สมดุลระหว่างวัตถุประสงค์ขององค์กรกับความต้องการของบุคลากร
- การเรียนรู้⁴¹ และสินทรัพย์ความรู้⁴² ขององค์กร
- โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย⁴³ รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)
- การถ่ายทอดความรู้จากผู้ที่ลาออกหรือเกษียณอายุ
- การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน

⁴⁰ การพัฒนาบุคลากร ขึ้นกับลักษณะการจัดการบริการสุขภาพขององค์กร ความรับผิดชอบของบุคลากร ลำดับขั้นในการพัฒนาขององค์กรและบุคลากร

เนื้อหาการพัฒนาที่จำเป็น อาจจะเป็นการศึกษาต่อเนื่องทางคลินิก การแบ่งปันทักษะและความรู้ การสื่อสารการทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ภาษาและวัฒนธรรม การวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการ การลดความสูญเปล่าและรอบเวลา การจัดลำดับความสำคัญตามกลยุทธ์ขององค์กร เนื้อหาการเรียนรู้ที่จำเป็นอาจจะเป็นทักษะขั้นสูงเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ หรือทักษะพื้นฐาน เช่น ทักษะคอมพิวเตอร์ ก็ได้

บุคลากรที่ทำงานสัมผัสกับผู้ป่วย ควรเรียนรู้และฝึกอบรมเกี่ยวกับบริการที่จัดให้ผู้ป่วย การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การแก้ปัญหาหรือข้อผิดพลาด การตอบสนองและทำให้เกินกว่าความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ

⁴¹ การเรียนรู้ขององค์กร (organizational learning) อาจเกิดจากการวิจัยและพัฒนา การประเมินและปรับปรุงวิธีการทำงาน ความคิดและข้อมูลจากบุคลากร ผู้ป่วย และผู้รับผลงานอื่นๆ การแลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานที่ดี และการจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking)

⁴² สินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) หมายถึงทรัพยากรทางปัญญาที่มีการสั่งสมภายในองค์กร เป็นสมบัติขององค์กรและบุคลากร อยู่ในรูปแบบของสารสนเทศ ความคิด การเรียนรู้ ความเข้าใจ ความจำ ทักษะ ความสามารถ สินทรัพย์ความรู้อาจจะเก็บไว้ในตัวบุคลากร ฐานข้อมูล เอกสาร แนวทางปฏิบัติ นโยบายและระเบียบปฏิบัติ ซอฟต์แวร์ สิทธิบัตร สินทรัพย์ความรู้จะอยู่ในตัวผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ และองค์กร พันธมิตรด้วย สินทรัพย์ความรู้เป็นความรู้ในภาคปฏิบัติ (know how) ที่องค์กรมีไว้เพื่อใช้ ลงทุน และพัฒนาให้เติบโต การสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ขององค์กรเป็นส่วนสำคัญที่จะสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

⁴³ รูปแบบการพัฒนาบุคลากร อาจจะทำภายในหรือนอกองค์กร อาจจะเป็นการฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน การเรียนในห้องเรียน การเรียนจากคอมพิวเตอร์ การเรียนทางไกล หรือรูปแบบของการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ การฝึกอบรมอาจจะเกิดจากการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานภายในหรือนอกองค์กร.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) The development and learning system for leaders address the following:
- development of personal leadership attributes
 - development of organizational knowledge
 - ethical health care and business practices
 - area of greatest expertise, strategic challenges, and accomplishment of action plans
 - organizational performance improvement, change, and innovation
 - the breadth of leadership development opportunities, including education, training, coaching, mentoring, and work-related experiences, as appropriate
- (3) The organization evaluates the effectiveness of its staff and leader development and learning systems, taking into account individual and organizational performance.
- (4) The organization manages effective career progression for the entire staff. Effective succession planning for management and leadership positions is accomplished.

c. Assessment of staff engagement

- (1) The organization assesses staff engagement and staff satisfaction using formal and informal methods, appropriate with different staff groups and segments, and use these indicators to improve staff engagement.
- (2) The organization relates assessment findings to key health care / business results reported in Part IV to identify opportunities for improvement in both staff engagement and health care / business results.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ พิจารณาประเด็นต่อไปนี้
- การพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว
 - การพัฒนาความรู้ขององค์กร
 - จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพและการดำเนินกิจการ
 - ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ และการบรรลุแผนปฏิบัติการขององค์กร
 - การปรับปรุงผลงานขององค์กร การเปลี่ยนแปลง และนวัตกรรม
 - โอกาสและรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย รวมทั้งการศึกษา การฝึกอบรม การโค้ช การเป็นพี่เลี้ยง การสะสมประสบการณ์จากการทำงาน (ตามความเหมาะสม)
- (3) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผล การปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และผลงานขององค์กรร่วมด้วย.
- (4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมี ประสิทธิภาพ. องค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมี ประสิทธิภาพ.

ค. การประเมินความผูกพันของบุคลากร

- (1) องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็น ทางการ ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละส่วนของบุคลากร, และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความ ผูกพันของบุคลากร.
- (2) องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร ในตอนที่ IV เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและ ผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจการขององค์กร.

5.2 Staff Environment

The organization manages staff capability and capacity to accomplish the work of the organization. The organization maintains a work environment and a staff support climate that contribute to the health, safety and security.

a. Staff capability and capacity

- (1) The organization assesses its staff capability and capacity needs. Job responsibilities are identified and work assignments are based on staff members' credentials and any regulatory requirements.
- (2) New staff are effectively recruited, hired, placed, and retained. There is an effective process to gather, verify, and evaluate professional staff members' credentials: license, education, training, and experience. The organization ensures that its staff represents the diverse ideas, cultures, and thinking of its hiring community.
- (3) The organization manages and organizes its staff to:
 - accomplish the work of your organization
 - capitalize on the organization's area of greatest expertise
 - reinforce a patient and other customer and health care service focus
 - meet or exceed performance expectations
 - address its strategic challenges and action plans
 - achieve the agility to address changing needs.
- (4) The organization prepares its workforce for changing capability and capacity needs. The organization manages its staff, the staff needs and the organization needs to ensure continuity, to prevent staff reductions, and to minimize the impact of staff reductions, if they do become necessary.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถ⁴⁴ และความเพียงพอ⁴⁵ ของบุคลากร

- (1) องค์กรประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากร และข้อกำหนดในกฎหมาย.
- (2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์⁴⁶. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางข้อคิด วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.
- (3) องค์กรบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อ:
 - ให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ
 - ใช้ประโยชน์จากเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
 - สนับสนุนการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ
 - ให้ผลดำเนินการเป็นไปตามความคาดหวังหรือดีกว่า
 - ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - คล่องตัวพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป
- (4) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น.

⁴⁴ **ขีดความสามารถของบุคลากร (staff capability)** หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการบรรลุผลสำเร็จของกระบวนการทำงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และเพื่อให้ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

⁴⁵ **ความเพียงพอของบุคลากร (staff capacity)** หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีระดับของบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของกระบวนการทำงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรความต้องการ

⁴⁶ รวมทั้งควรมีการเก็บบันทึกประวัติและข้อมูลข่าวสารของบุคลากรเป็นความลับ ทันสมัย และสมบูรณ์

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

b. Workforce Climate

- (1) The organization ensures and improves workplace health, safety, and security. The organization determines its performance measures and improvement goals for each of these workplace factors.
- (2) The organization supports its staff via policies, services, and benefits, of which are tailored to the needs of a diverse staff and different staff groups and segments.

c. Staff Health

- (1) The staff involve, learn, decide and take action on enhancing their health, both physical, mental, and social health.
- (2) The staff come to the agreement on modeling behavior of individual staff and organization culture for health promotion.
- (3) The organization assesses and manages, systematically and continuously, major occupational risks for healthcare personnel especially TB, HBV, HIV transmission from patient, needle stick injuries, laboratory chemicals, anesthetic gases and chemotherapeutic agents.
- (4) All staff have a pre-employment health examination which includes at least the following information, baseline health examination, general health assessment, immunization status, illness, accident, and health behavior. In particular, the staffs should have job specific health assessment.
- (5) Appropriate staff have periodic medical evaluations to assess for work-related illness and infectious diseases that may have an impact on patient care and other staff.
- (6) Staff are offered appropriate immunizations for communicable diseases.
- (7) Ill or injured staff receive appropriate evaluation and care. Policies and procedures are developed for assessment of disease communicability, indications for work restrictions, and management of employees who have been exposed to infectious diseases, including post exposure prophylaxis and work restrictions.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. บรรยากาศในการทำงาน

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมี การป้องกันภัย. มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว.
- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดการบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้ เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม.

ค. สุขภาพบุคลากร

- (1) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.
- (2) บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และแบบอย่างวัฒนธรรม องค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ.
- (3) องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV จากผู้ป่วย, เชื้อฉวยหรือของมีคมบาด, สารเคมีใน ห้องปฏิบัติการ, ก๊าซดมสลบ และยาเคมีบำบัด.
- (4) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจ สุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วย⁴⁷ และอุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรม สุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้า ทำงาน.
- (5) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งการ ติดเชื้อ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.
- (6) บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม⁴⁸.
- (7) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กร จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับทั้งการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ข้อบ่งชี้ในการจำกัดการ ปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการ ปฏิบัติงาน.

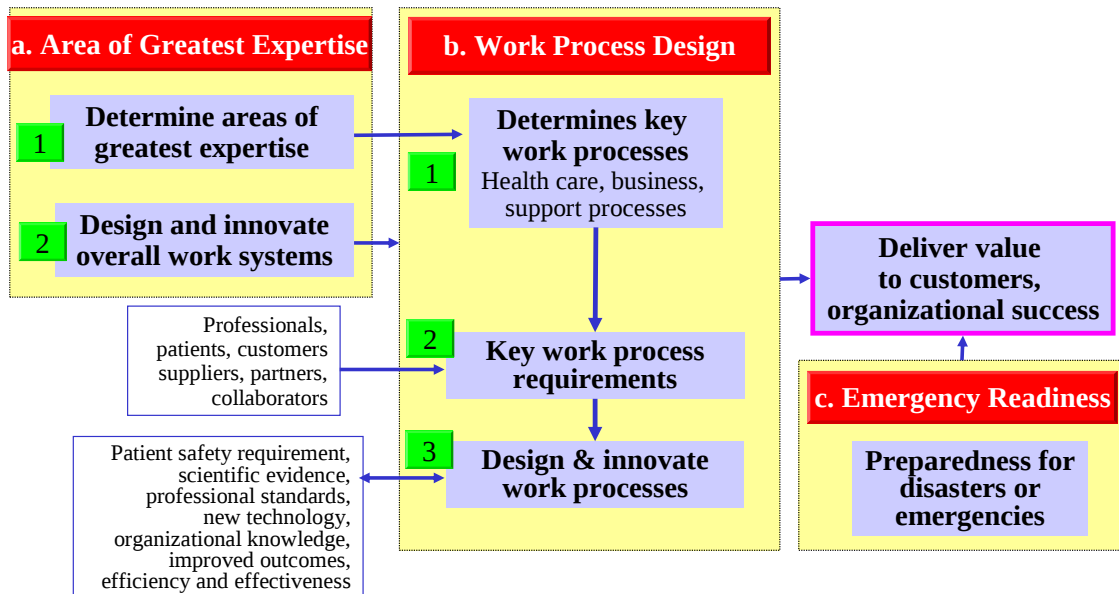
⁴⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในอดีตหรือปัจจุบันซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือ แพร่กระจายโรคติดต่อ

⁴⁸ เช่น วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง

I-6 Process Management

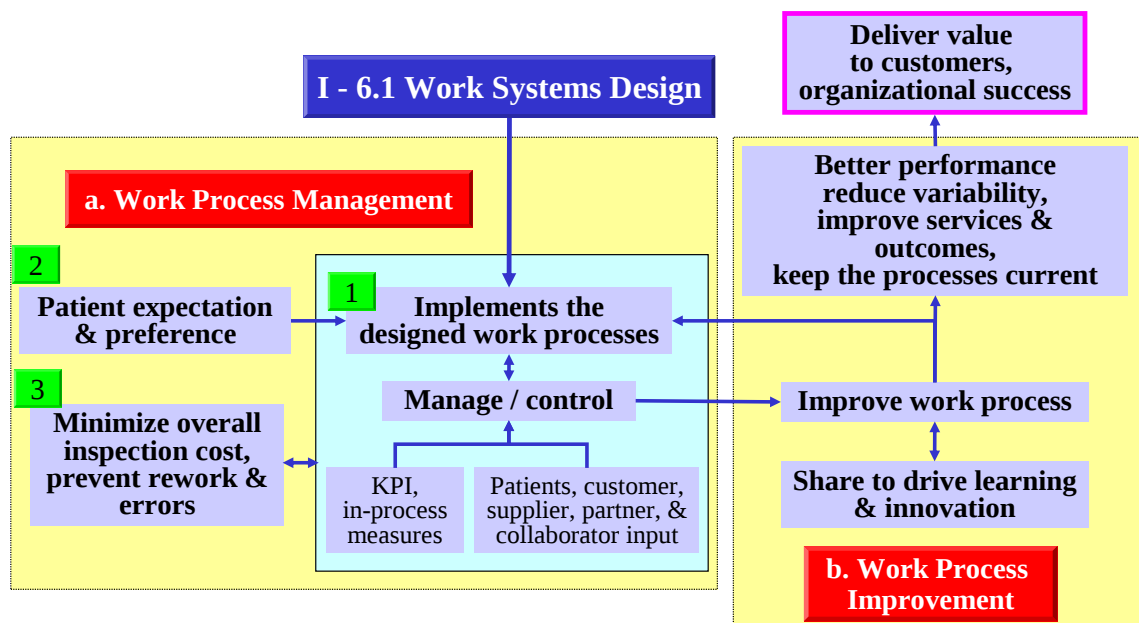
I – 6.1 Work Systems Design

The organization determines its area of greatest expertise and designs its work systems and key processes to deliver value to patients / other customers, prepare for potential emergencies, and achieve organizational success.



I – 6.2 Work Process Management and Improvement

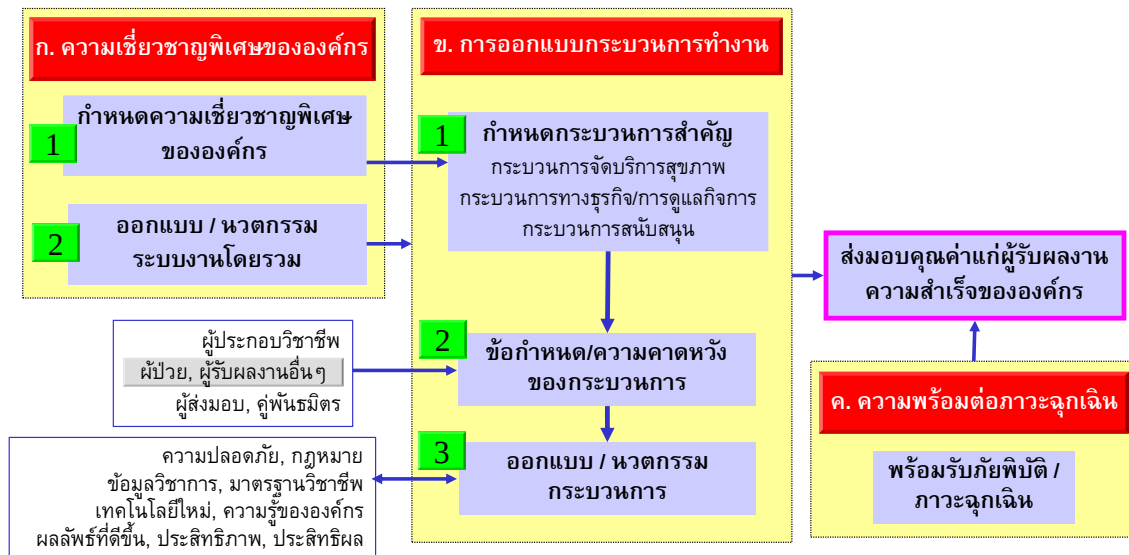
The organization implements, manages, and improves its key work processes to deliver value to patients / other customers and achieve organizational success.



I-6 การจัดการกระบวนการ (PCM)

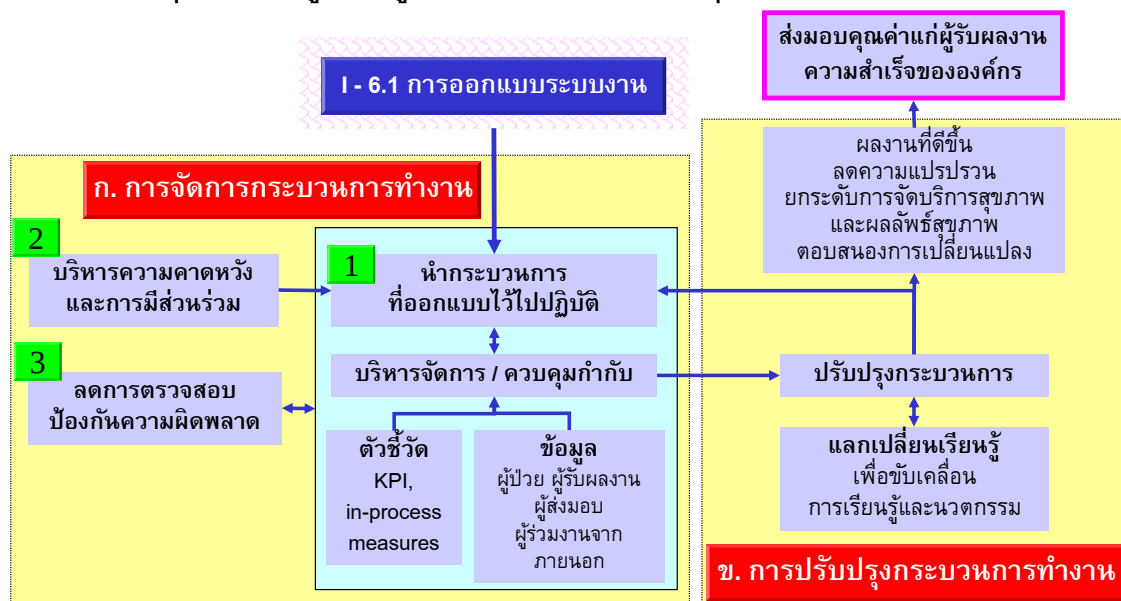
I – 6.1 การออกแบบระบบงาน (Work Systems Design)

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ๆ พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน และบรรลุความสำเร็จขององค์กร



I – 6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน (Work Process Management and Improvement)

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร



6.1 Work Systems Design

The organization determines its area of greatest expertise and designs its work systems and key processes to deliver value to patients / other customers, prepare for potential emergencies, and achieve organizational success.

a. Area of Greatest Expertise

- (1) The organization determines its areas of greatest expertise, of which relate to its mission, environment, and action plans.
- (2) The organization designs and innovates its overall work systems with appropriate use of external resources.

b. Work Process Design

- (1) The organization determines its key work processes, of which relate to its area of greatest expertise. These processes contribute to delivering value to patients and other customers, and organizational success. (Show the key work processes)

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

6.1 การออกแบบระบบงาน

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ออกแบบระบบงาน และกระบวนการสำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร⁴⁹

(1) องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ สิ่งแวดล้อม และแผนปฏิบัติการ.

(2) องค์กรออกแบบระบบงาน⁵⁰โดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรจากภายนอกอย่างเหมาะสม.

ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

(1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ⁵¹ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร. กระบวนการเหล่านี้ไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ๆ และความสำเร็จขององค์กร. (นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ)

⁴⁹ ความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร (core competencies) คือความสามารถที่มีความสำคัญในเชิงกลยุทธ์ ซึ่งทำให้เกิดความได้เปรียบผู้อื่น หรือผู้อื่นพยายามจะเลียนแบบ

⁵⁰ ระบบงาน (work systems) หมายถึง การรวมของกระบวนการทำงานที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ระบบงานมีเป้าหมายที่ชัดเจน ระบบที่สมบูรณ์ควรประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (รวมถึงบุคลากร ผู้ส่งมอบ คู่พันธมิตร) กระบวนการ ผลผลิตหรือผลลัพธ์ และการป้อนกลับ ระบบงานขององค์กรอาจจะครอบคลุม การศึกษาและวิจัยตามพันธกิจขององค์กรด้วย

⁵¹ กระบวนการทำงานสำคัญ (key work processes) คือ ชุดของปฏิบัติการ เหตุการณ์ กลไก หรือขั้นตอนการทำงานที่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน ก่อให้เกิดคุณค่าแก่ผู้รับผลงานและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการทำงานขององค์กรบริการสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

(1) กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (healthcare process)

(2) กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) เป็นกระบวนการที่ไม่ใช่การจัดบริการสุขภาพโดยตรง แต่มีความสำคัญต่อความสำเร็จและความเติบโตขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การจัดหาเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด การระดมทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ

(3) กระบวนการสนับสนุน (support process) เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการด้านกฎหมาย ประชาสัมพันธ์ ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การดำเนินงานในกระบวนการเหล่านี้ไม่ขึ้นกับลักษณะของบริการสุขภาพ แต่ขึ้นกับความต้องการภายในองค์กร

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) The organization determines its key work process requirements, incorporating input from professionals, patients, other customers, suppliers, partners, and collaborators. (Show the key process requirements)
- (3) The organization designs and innovates its work processes to meet all the key requirements, incorporating patient safety requirement, scientific evidence and professional standards, improved outcome, new technology, organizational knowledge, the potential need for agility, improved health care outcomes, cycle time, productivity, efficiency and effectiveness factors into the design of these processes.

c. Emergency Readiness

The organization ensures work system and workplace preparedness for disasters or emergencies, considering prevention, management, continuity of operations for patients and the community, evacuation, and recovery.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรจัดทำข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง)⁵² ที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก. (นำเสนอข้อกำหนด / ความคาดหวังที่สำคัญ)
- (3) องค์กรออกแบบ⁵³ และสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ⁵⁴ ความรู้ขององค์กร โอกาสที่จะต้องปรับเปลี่ยน ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น รอบเวลา ผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล.

ค. ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

องค์กรสร้างความมั่นใจในการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน⁵⁵, โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการผู้ป่วย และชุมชน การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู.

⁵² ข้อกำหนดหรือคุณลักษณะที่ควรให้ความสำคัญร่วมด้วย คือ ความยืดหยุ่นและความรวดเร็วในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลง องค์กรอาจจะต้องพิจารณาข้อกำหนดสำหรับผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอกไปพร้อมกัน

⁵³ กระบวนการออกแบบ (design processes) อาจระบุถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพไปจากเดิม เช่น จากการให้บริการในลักษณะผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยนอก, การนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้กับบริการที่มีอยู่เดิม, หรือการจัดทำ critical pathway ซึ่งจะต้องมีการพิจารณาคุณลักษณะที่ต้องการ ปัจจัยที่ควรพิจารณาในการออกแบบ ได้แก่ ผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง ความทันเวลา การเข้าถึง การประสานงาน ความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ความคาดหวังที่หลากหลาย ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและการใช้เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการวัดผล ความสามารถในการปฏิบัติ ความเพียงพอหรือขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะที่จำเป็น การมีแหล่งที่จะส่งต่อ ความสามารถของผู้ส่งมอบ เทคโนโลยี ศักยภาพและการใช้ประโยชน์จากสถานที่ ข้อกำหนดทางกฎหมาย และเอกสาร การออกแบบที่มีประสิทธิผล ต้องพิจารณารอบเวลาและผลิตภาพของกระบวนการให้บริการ ซึ่งอาจจะทำโดยออกแบบใหม่หรือปรับรื้อกระบวนการเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเพื่อตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

⁵⁴ เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ควรพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงานคือการใช้ e-technology เพื่อการสื่อสารและแบ่งปันข้อมูล เช่น electronic medical record, telemedicine

⁵⁵ ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน (disasters and emergencies) อาจเกิดขึ้นเนื่องจากภัยธรรมชาติ ระบบสาธารณสุขโลก ความมั่นคง การระบาดของโรคติดต่อ องค์กรควรพิจารณาทั้งภัยพิบัติในชุมชนซึ่งจะต้องตอบสนอง และอุบัติการณ์ในองค์กรที่จะมีผลต่อความต่อเนื่องในการให้บริการ (เช่น อัคคีภัย ระบบสาธารณสุขโลกขัดข้อง).

6.2 Work Process Management and Improvement:

The organization implements, manages, and improves its key work processes to deliver value to patients / other customers and achieve organizational success.

a. Work Process Management

- (1) The organization implements its work processes and ensures they meet the key process requirements. Patients, other customer, supplier, partner, and collaborator input are used in managing these processes. The organization uses key performance indicators and in-process measures for the control and improvement of its work processes.
- (2) Patients' expectations are considered. Health care service delivery processes and likely outcomes are explained to set realistic patient expectations. Patient decision-making and patient preferences are factored into the delivery of health care services.
- (3) The organization minimizes overall costs associated with inspections and audits. Rework and errors are prevented.

b. Work Process Improvement

The organization improves its work processes to achieve better performance, to reduce variability, to improve health care services and health care outcomes, and to keep the processes current with health care needs and directions. The improvements and lessons learned are shared with other organizational units and processes to drive organizational learning and innovation.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติ บริหารจัดการ และปรับปรุงกระบวนการดังกล่าว เพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. การจัดการกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และสร้างความมั่นใจว่าจะจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ (บรรลุคุณลักษณะที่คาดหวัง). มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก มาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว. องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย. มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และนำความพึงพอใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ.
- (3) องค์กรพยายามที่ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการตรวจสอบ ป้องกันการต้องทำงานซ้ำและความผิดพลาด.

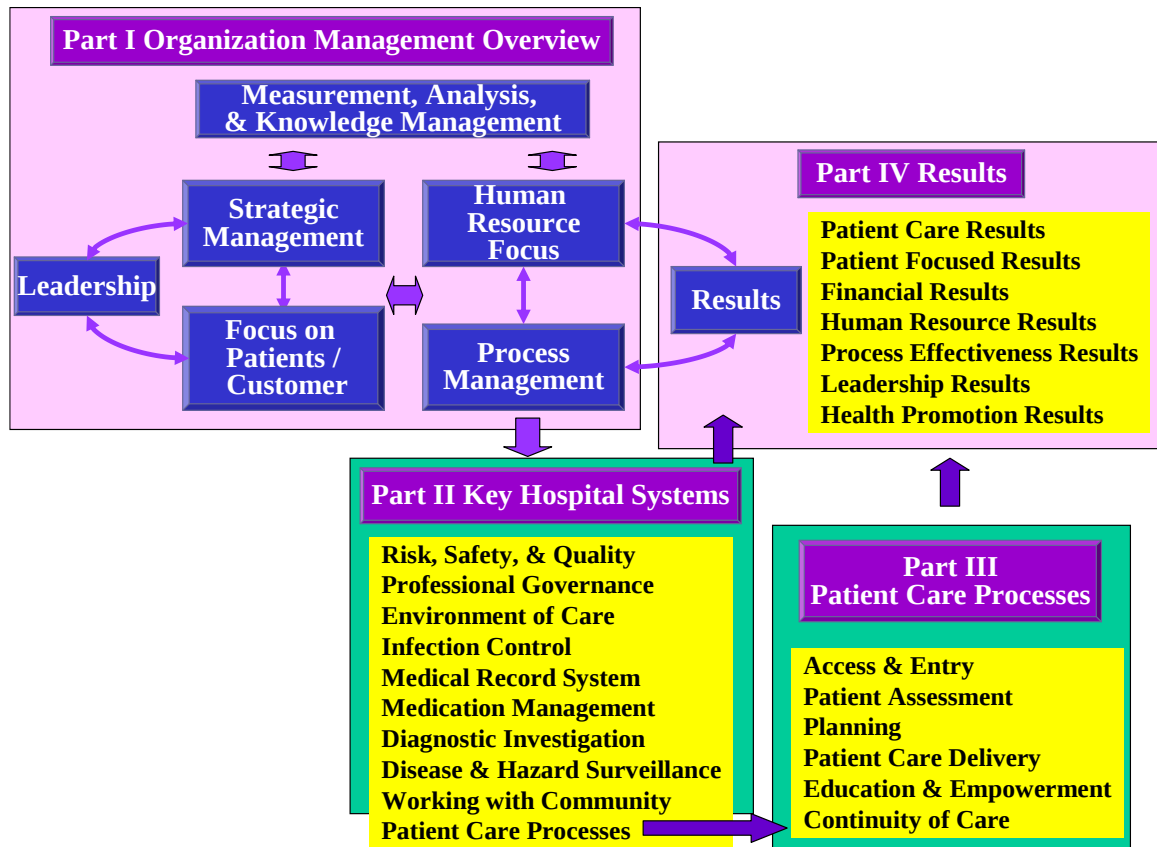
ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน⁵⁶

องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกย่องการจัดบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ⁵⁷ และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร.

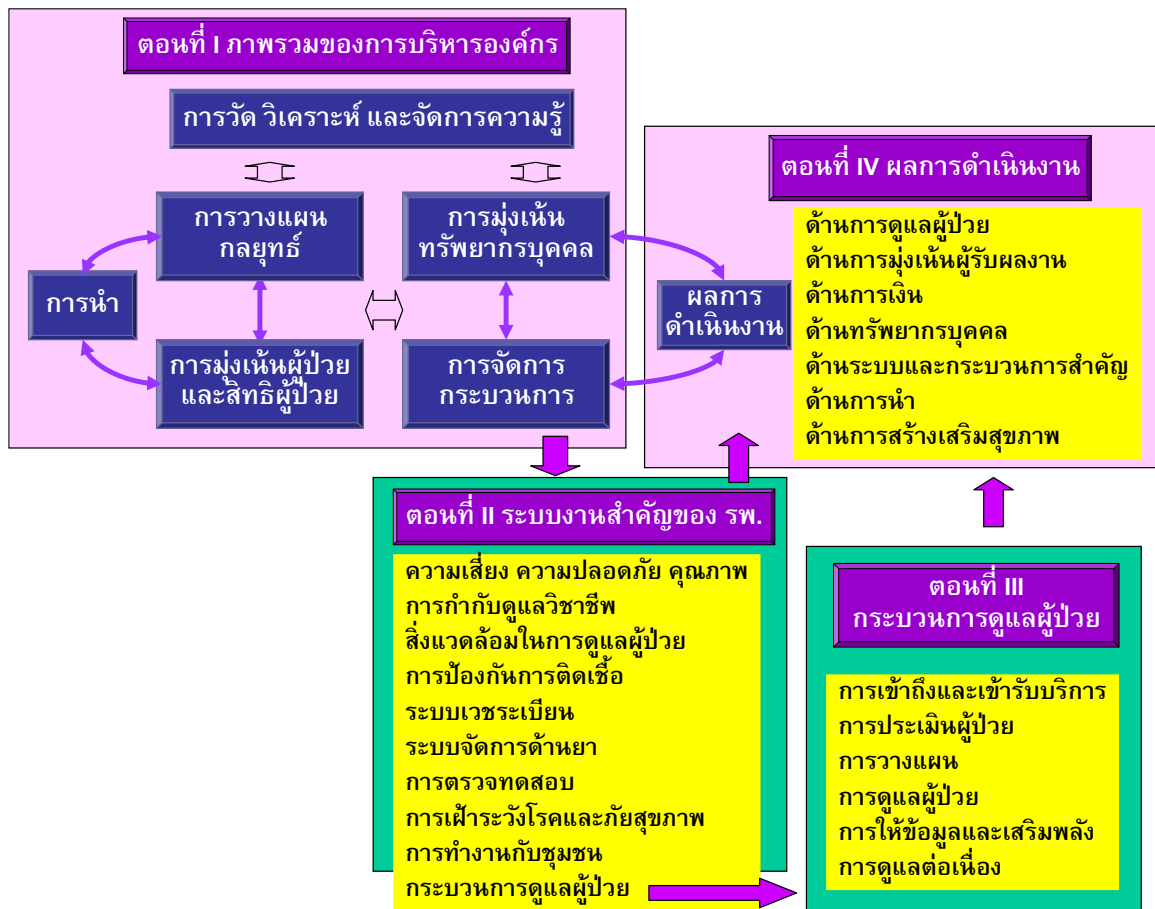
⁵⁶ การปรับปรุงกระบวนการทำงาน อาจจะใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น (1) การแลกเปลี่ยนกลยุทธ์ที่ประสบความสำเร็จภายในองค์กรเพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรม, (2) การวิเคราะห์กระบวนการและการวิจัยปฏิบัติการ, (3) การวิจัยและพัฒนา, (4) การจัดระดับเทียบเคียง (benchmarking), (5) การปรับเปลี่ยนเทคโนโลยี, (6) การใช้สารสนเทศจากผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น, (7) การใช้ข้อมูลการเงินเพื่อประเมินผลทางเลือกและกำหนดลำดับความสำคัญ, (8) การปรับรื้อระบบ (re-engineering) ฯลฯ

⁵⁷ นำเสนอข้อมูลผลการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ในการประเมินตนเองตามมาตรฐานตอนที่ IV

PART II KEY HOSPITAL SYSTEMS



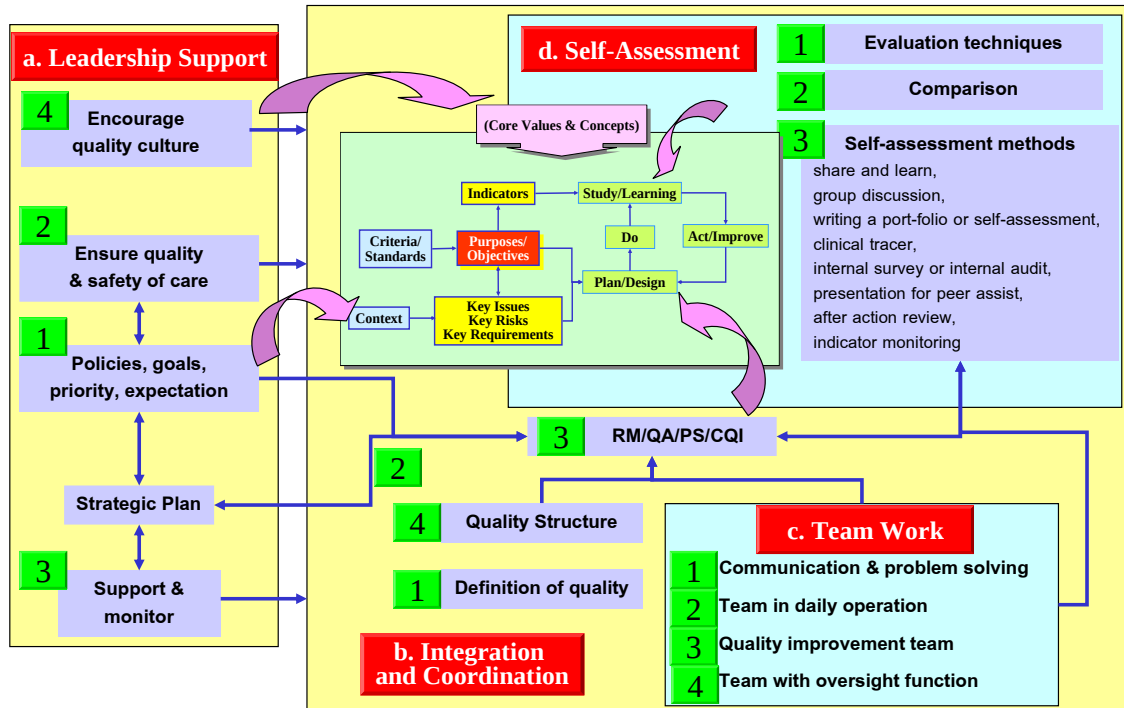
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



II-1 Risk, Safety, and Quality Management

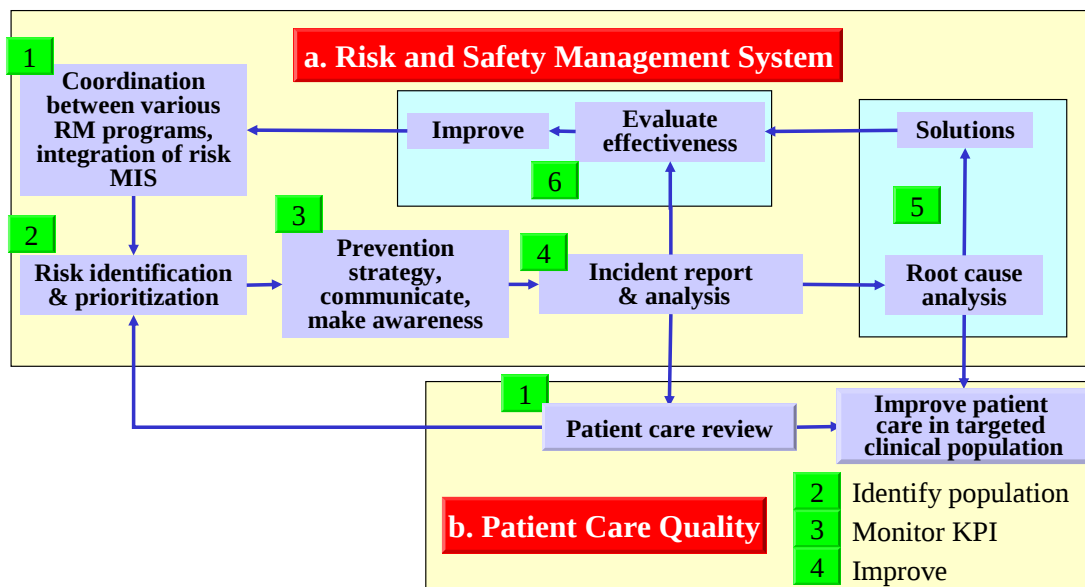
II – 1.1 Quality Improvement Overview

There is a concerted and coordinated effort for quality program at all levels.



II – 1.2 Risk, Safety, and Quality Management System

There is an effective and coordinated hospital risk, safety, and quality management system, including integrated approach for patient care quality improvement.

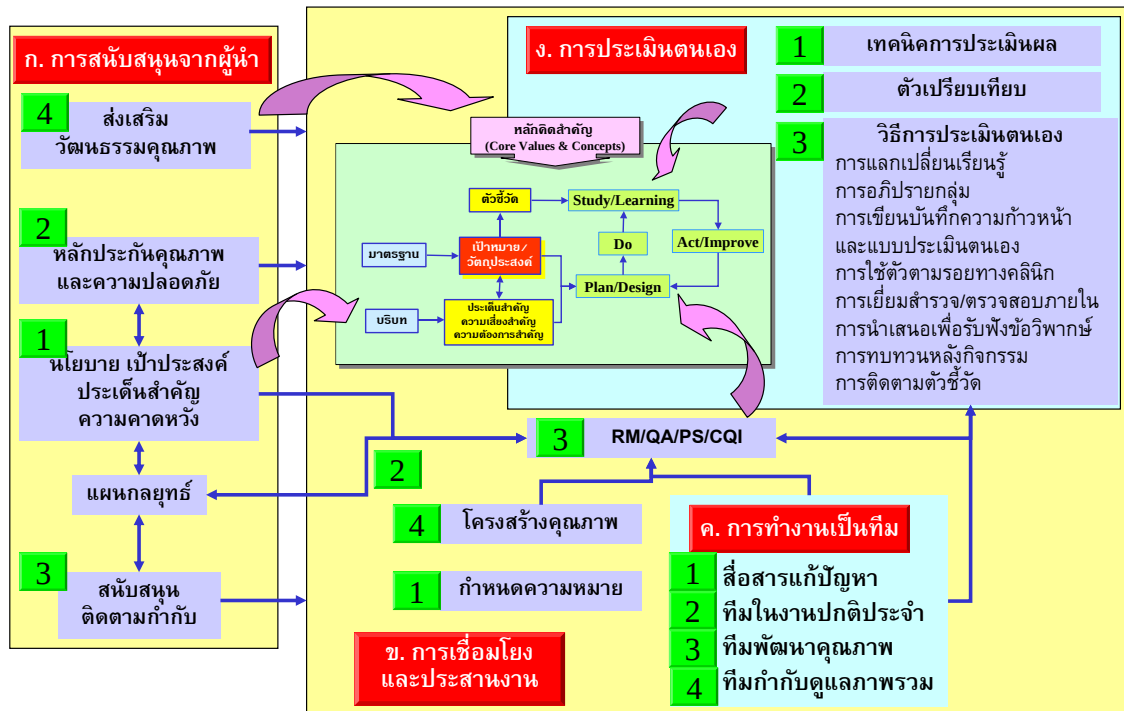


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

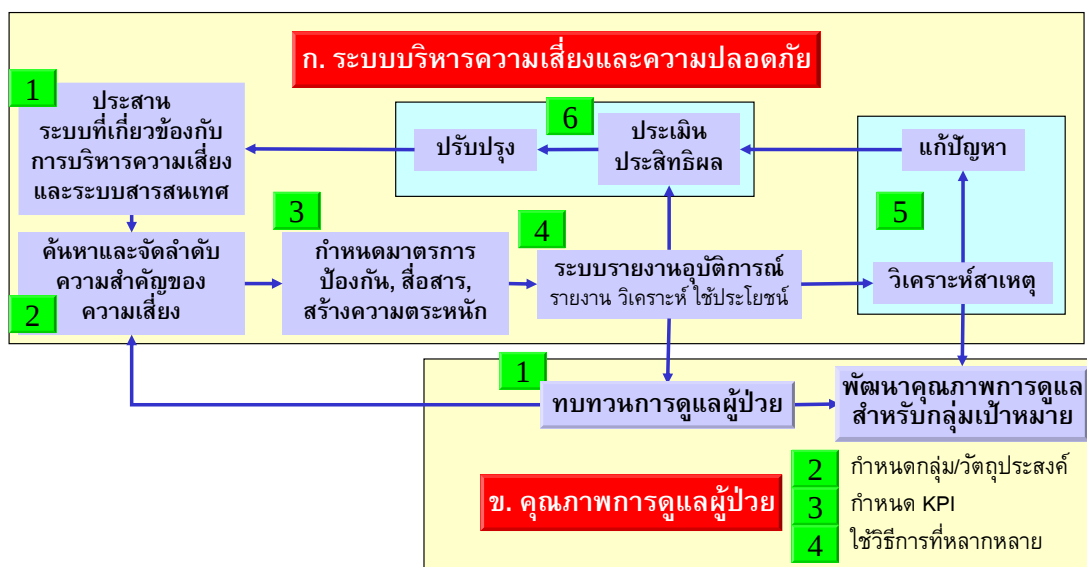
II – 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Overview)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกๆระดับ



II – 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (Risk, Safety, and Quality Management System)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.1 Quality Improvement Overview

There is a concerted and coordinated effort for quality program at all levels.

a. Leadership Support

- (1) Senior leaders set policies, goals, priorities and expectation for quality and safety.
- (2) Senior leaders ensure the safety and quality of care provided.
- (3) Leadership at all levels support and monitor the safety and quality improvement efforts.
- (4) Senior leaders encourage culture of customer responsiveness, continuous improvement, and learning.

b. Integration and Coordination

- (1) The operating definitions for “risk” and “quality” of the organization are determined.
- (2) The risk, safety, and quality management program is a part of and aligns with the organization’s strategic plan.
- (3) The risk management program, quality assurance program, patient safety program, and continuous quality improvement program are integrated and coordinated at all steps of planning, implementation and evaluation.
- (4) An effective quality structure appropriate to the organization has been established up to facilitate and coordinate the program. Accountability and responsibilities for quality and performance improvement are defined.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

- (1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.
- (3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน⁵⁸ และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.
- (4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้.

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

- (1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.
- (2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.
- (3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.
- (4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ. มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

⁵⁸ การสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำ ได้แก่ การให้การฝึกอบรมและโอกาส การให้แนวทางและความช่วยเหลือ การจัดอุปสรรคในการพัฒนา การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

c. Team Work

- (1) There are effective communication and problem solving within work units, between work units, between professions, between staff and management, and between staff and patient / customer.
- (2) The staffs collaboratively provide high quality care and service with safety conscious and professional responsibility (team work in daily operation).
- (3) Varieties of quality improvement teams are encouraged: both self-directed team and commissioned team, both single unit team and cross-functional or multidisciplinary team, both clinical and non-clinical team (quality improvement team).
- (4) There are cross-functional or multidisciplinary oversight mechanisms to give direction, support and monitor quality and safety initiatives, e.g. clinical lead team, system specific team (team with oversight function).

d. Self-Assessment

- (1) A spectrum of evaluation techniques is used appropriately to identify opportunity for improvement, i.e. from a qualitative method to a systematic quantitative method or using research methodology.
- (2) The comparison with patient / customer requirement, the hospital standards and other standard requirement, goals and objectives of the organization and work units, national or international benchmarks are used as appropriate.
- (3) Varieties of self-assessment methods are used, i.e. share and learn, group discussion, writing a port-folio or self-assessment form, clinical tracer, internal survey or internal audit, presentation for peer assist, after action review, indicator monitoring.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การทำงานเป็นทีม

- (1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.
- (2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).
- (3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).
- (4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

ง. การประเมินตนเอง

- (1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.
- (2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร / หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.
- (3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.2 Risk, Safety, and Quality Management System

There is an effective and coordinated hospital risk, safety, and quality management system, including integrated approach for patient care quality improvement.

a. Risk and Safety Management System

- (1) There is an effective coordination and collaboration between various risk management programs, including integration of risk management information system.
- (2) Clinical and non-clinical risks are identified and prioritized at all work units and at all levels to determine safety goals and prevention strategies.
- (3) Prevention strategies and measures are carefully designed, thoroughly communicated and made awareness for effective implementation.
- (4) An effective and appropriate incidence reporting system, including near miss event, is established. Data is analyzed and used for evaluation, improvement, learning and planning.
- (5) Root cause analysis is used to identify the underlying system factors contributed to the adverse events and appropriate solutions are implemented accordingly.
- (6) The effectiveness of the hospital risk and safety management program is evaluated regularly and used for improvement.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- (1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.
- (2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป⁵⁹ ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.
- (3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนกอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.
- (4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.
- (5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบ⁶⁰ที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น.

⁵⁹ วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจใช้การสังเกตกระบวนการทำงานโดยตรง, การสำรวจสถานที่, การพูดคุยกับบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญ, การทบทวนและวิเคราะห์อุบัติการณ์, การวิเคราะห์ FMEA, การทบทวนเวชระเบียน, และการทบทวนวรรณกรรม

⁶⁰ ปัจจัยเชิงระบบ (system factors) ที่อยู่เบื้องหลังปัญหา เช่น การฝึกอบรม การสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร ศักยภาพของบุคลากร การออกแบบระบบงาน ภาระงาน การนิเทศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

b. Patient Care Quality

- (1) Patient care and service are regularly reviewed to evaluate the quality and efficiency of care and identify opportunity for improvement.
- (2) The healthcare teams identify clinical populations as targets for improvement, as well as goals and objectives of patient care and improvement.
- (3) The healthcare teams use appropriate indicators to monitor performance of patient care for the identified population.
- (4) The healthcare teams use a concerted action and varieties of methods to improve patient care, e.g. multidisciplinary approach, holistic approach, evidence-base approach, root cause analysis, innovation and benchmarking. The improvement includes dimension of prevention, promotion, curative and rehabilitation, as appropriate.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย⁶¹ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก⁶² เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ วิทยาลัยร่วม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริมรักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

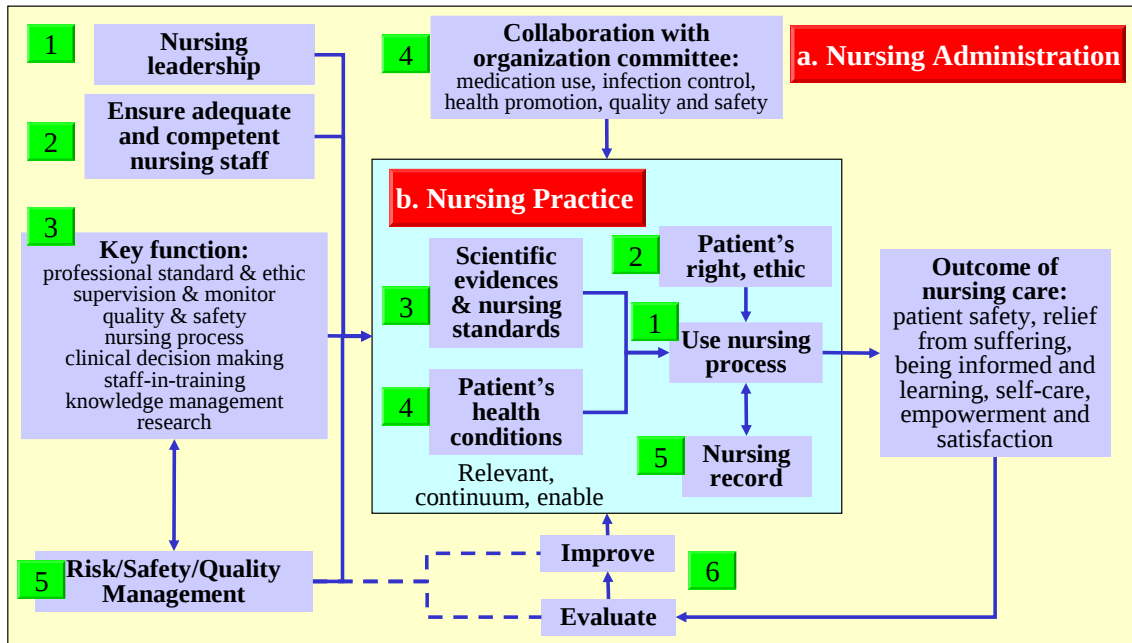
⁶¹ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย, การทบทวนเวชระเบียน / การตรวจสอบทางคลินิก / การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ, การทบทวนอุบัติการณ์ / ภาวะแทรกซ้อน / การเสียชีวิต, การทบทวนการใช้ทรัพยากร, การทบทวนความเหมาะสมในการใช้ยา, การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน, การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ, การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย, การทบทวนการใช้ยา, การทบทวนการใช้เลือด, การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การทบทวนตัวชี้วัด

⁶² กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ทารกแรกเกิด, ผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้รับการผ่าตัดสมอง

II-2 Professional Governance

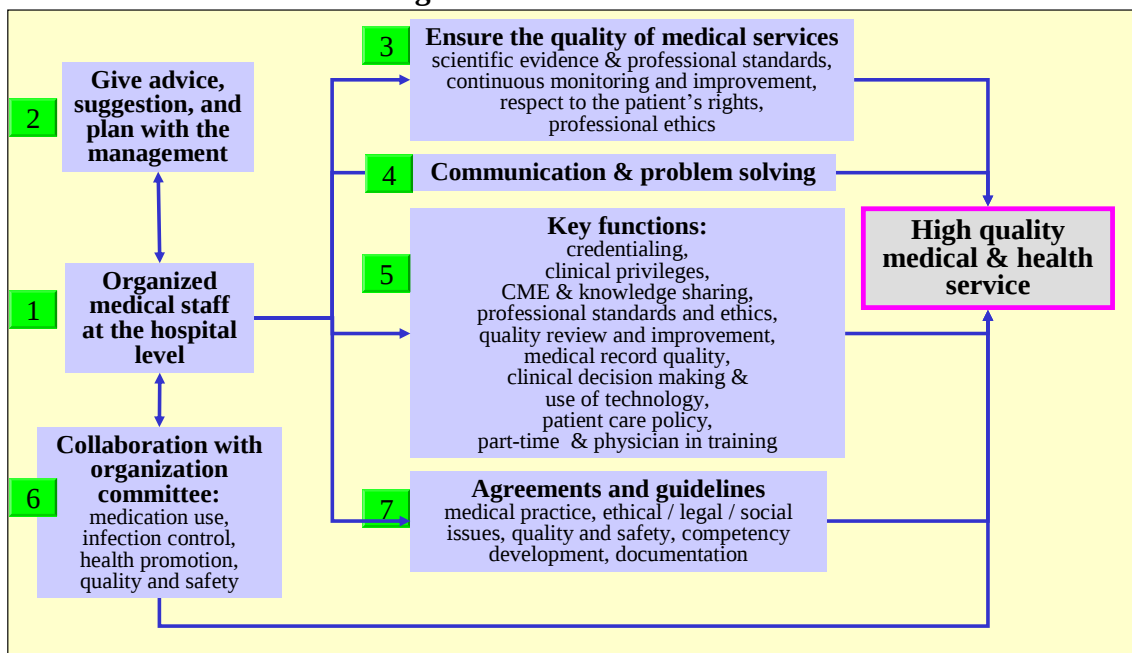
II – 2.1 Nursing Governance

There is an organized nursing administration responsible for high quality nursing service to fulfill the mission of the organization.



II – 2.2 Medical Staff Governance

There is an organized medical staff organization, responsible for supporting and oversight of standard and ethical practice of medical professional to fulfill the mission of the organization.

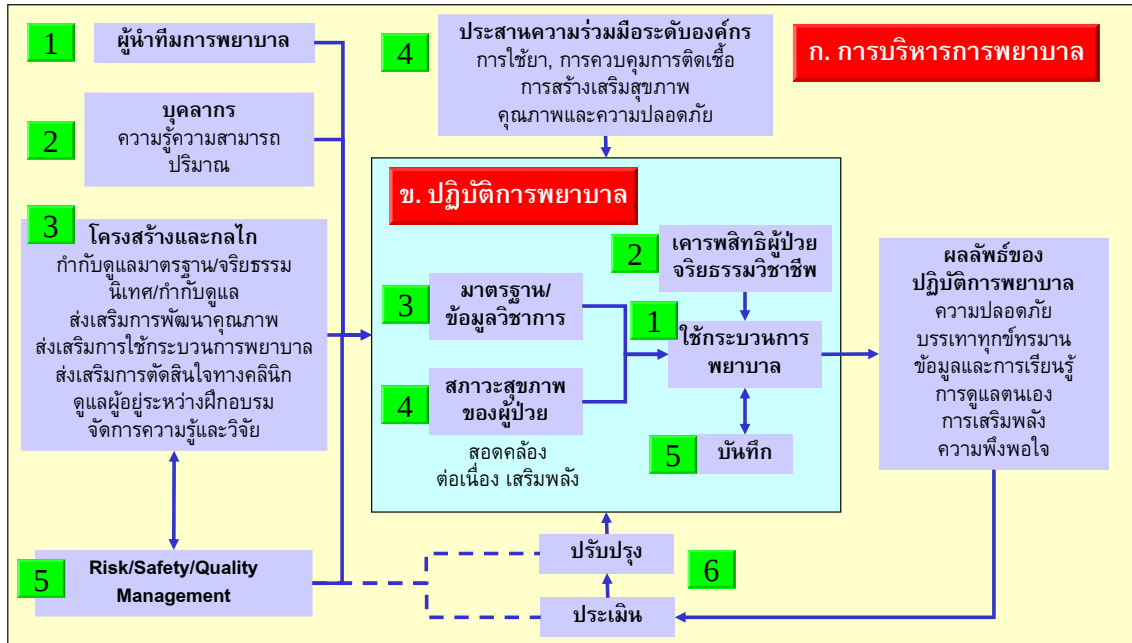


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)

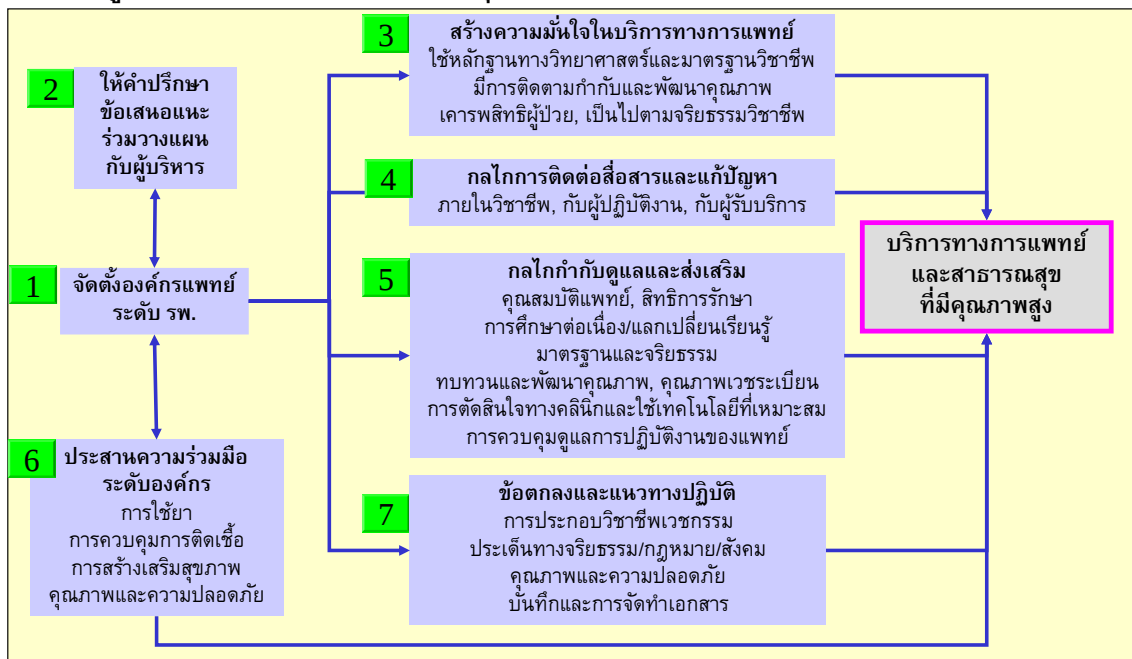
II – 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล (Nursing)

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร



II – 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการแพทย์ (Medical Staff)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

2.1 Nursing

There is an organized nursing administration responsible for high quality nursing service to fulfill the mission of the organization.

a. Nursing Administration

- (1) Nursing leadership at all level is responsible by qualified registered nurses with experience on both nursing practice and nursing administration.
- (2) The nursing administration ensures adequate and competent nursing staff for the service provided.
- (3) The nursing administration effectively carries out these key functions:
 - oversight of professional standards and ethics
 - supervision, monitoring, and encouraging improvement in quality and safety for patient care
 - encouraging the use of nursing process
 - support appropriate clinical decision making and use of technology
 - supervision of nursing staff-in-training
 - knowledge management and research for professional development
- (4) The nursing administration work collaboratively with the organization committee on medication use, infection control, health promotion, quality and safety.
- (5) The risk, safety, and quality management in nursing care aligns with and supports the organization goals and objectives, professional standards and ethics.
- (6) The goals of patient safety, relief from suffering, being informed and learning, self-care, empowerment and satisfaction are used for evaluation and improvement of nursing care.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

2.1 การพยาบาล (PFG.1/NUR)

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

ก. การบริหารการพยาบาล

- (1) ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านการบริหารการพยาบาล.
- (2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ⁶³และปริมาณเพียงพอ⁶⁴สำหรับบริการที่องค์กรจัดให้มี.
- (3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
 - การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
 - การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล
 - การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
 - การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม
 - การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ
- (4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย / วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

⁶³ การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติ สมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

⁶⁴ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ ได้แก่ การกำหนดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม และจัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

b. Nursing Practice

- (1) The nursing staffs, in collaboration with other professionals, use nursing processes to provide high quality, comprehensive and holistic nursing care to individuals, families, and communities.
- (2) The nursing staffs provide nursing care with respect to the patient's right and professional ethics.
- (3) The nursing staffs provide nursing care on the basis of updated scientific evidence and nursing standards, with systematic monitoring, evaluation and continuous improvement.
- (4) The nursing staffs provide a continuum of care according to the patient's health condition, lifestyle and social context, plan for continuum of care with healthcare team and clients / families from entry to after discharge, to enable patients and families for self-care and control of risk factors, and use resources for appropriate self-care.
- (5) The nursing record reflects the holistic and continuum of nursing care and is useful for communication, continuum of care, evaluation of nursing care quality, and research.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ปฏิบัติการพยาบาล

- (1) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จผสมผสาน และเป็นองค์รวม โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.
- (2) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ.
- (3) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ที่ทันสมัย มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.
- (4) พยาบาลให้การดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง, โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ / ครอบครัว, เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และสามารถใช้องค์ความรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม.
- (5) บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

2.2 Medical Staff

There is an organized medical staff organization, responsible for supporting and oversight of standard and ethical practice of medical professional to fulfill the mission of the organization.

- (1) The medical staffs are organized at the hospital level to ensure high quality professional practices and accountability.
- (2) The medical staff organization gives advice, suggestion, and collaboratively plans with the management on the provision of high quality medical and public health services.
- (3) The medical staff organization ensures the provision of medical services based on scientific evidence and professional standards, with continuous monitoring and improvement of quality, and respect to the patient's rights and professional ethics.
- (4) Structure and mechanism to support communication and problem solving within the medical professional, between physicians and other professionals or other units, between physician and clients is established.
- (5) The medical staff organization effectively carries out these key functions:
 - credentialing
 - granting of clinical privileges
 - continuing medical education and knowledge sharing
 - oversight of professional standards and ethics
 - oversight of patient care quality review and improvement
 - ensure medical record quality
 - support appropriate clinical decision making and use of technology
 - patient care policy development or endorsement
 - supervision of physician in training and part-time on call physician
- (6) The medical staff organization work collaboratively with the organization committee on medication use, infection control, health promotion, quality and safety.
- (7) Agreements and guidelines for physician are established and followed, including medical practice, ethical / legal / social issues, quality and safety, competency development, documentation.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

2.2 แพทย์ (PFG.2/MED)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

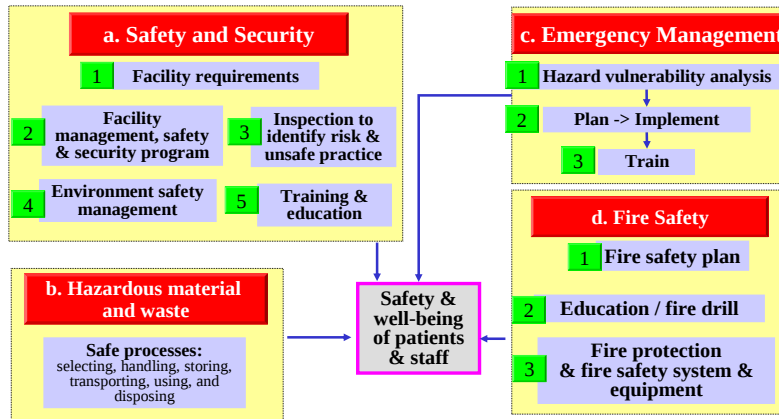
- (1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและด้วยความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ มีการติดตามกำกับและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้บริหาร.
- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
 - การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์
 - การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ
 - การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - การกำกับดูแลการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
 - การกำกับดูแลคุณภาพเวชระเบียน
 - การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
 - การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
 - การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ
- (6) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (7) มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, ประเด็นทางจริยธรรม / กฎหมาย / สังคม, คุณภาพและความปลอดภัย, การพัฒนาความรู้ความสามารถ, บันเทิงและการจัดทำเอกสาร.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3 Environment of Care

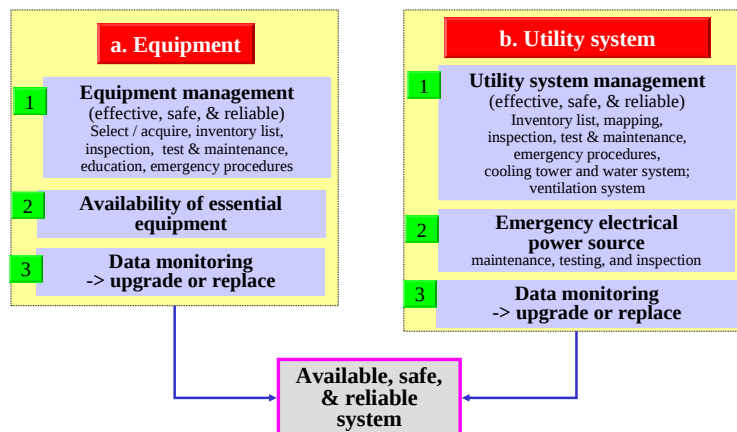
II – 3.1 Physical Environment and Safety

The organization's physical environment contributes to the safety and well-being of patients, staff, and visitors. The organization ensures that all occupants are safe from fire, hazardous material and waste, or other emergencies in the facilities.



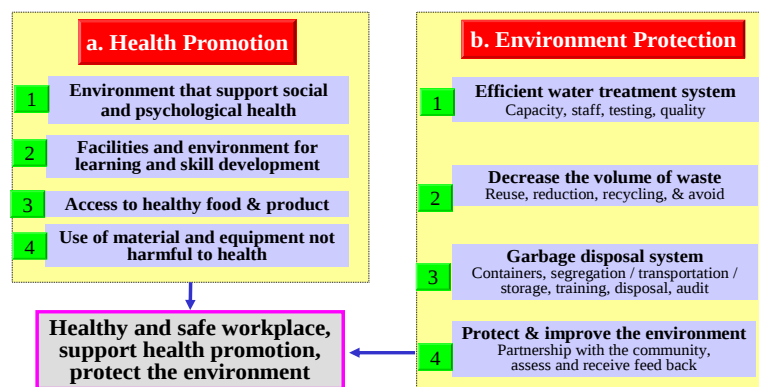
II – 3.2 Equipment and Utility System

The organization ensures that essential equipment is available for use and functions properly and ensures continuity of essential utility services.



II – 3.3 Environment for Health Promotion and Environment Protection

The organization demonstrates its commitment for the hospital to be a healthy and safe workplace, to support health promotion activities, and to protect the environment.

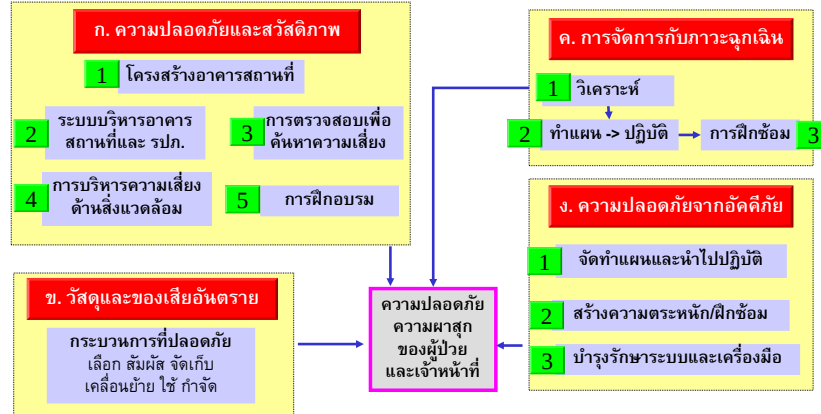


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)

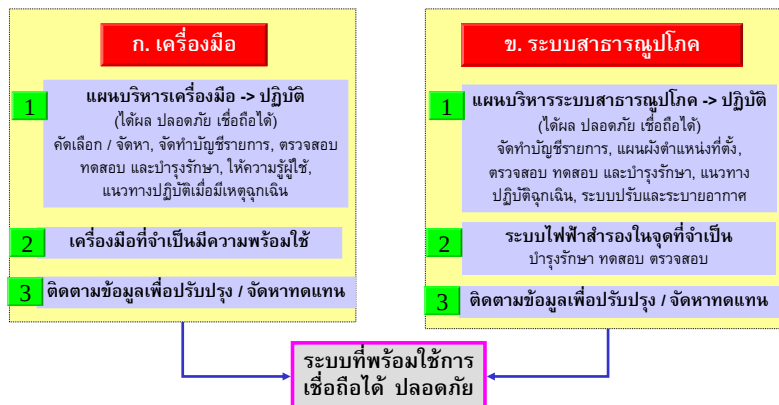
II – 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเฝ้าต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่ที่ปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ



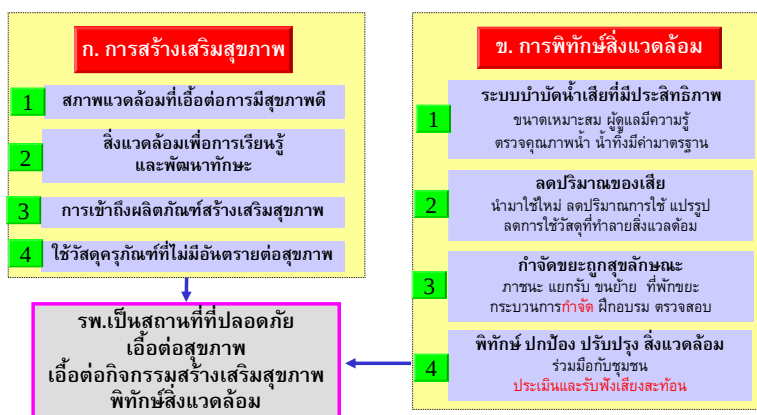
II – 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา



II – 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment for Health Promotion and Environment Protection)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

3.1 Physical Environment and Safety

The organization's physical environment contributes to the safety and well-being of patients, staff, and visitors. The organization ensures that all occupants are safe from fire, hazardous material and waste, or other emergencies in the facilities.

a. Safety and Security

- (1) The organization complies with relevant laws, regulations, and facility inspection requirement. The design and layout of the buildings ensure a safe, comfortable, patient privacy and work effective environment.
- (2) The facility management, safety and security program oversight is assigned to one or more individual. All aspects of the program are monitored and improved.
- (3) The organization conducts facility and environment inspection to identify all environmental risks and unsafe practices at least every six months in all areas where patients / visitors are served and at least annually in other areas.
- (4) The organization conducts a proactive risk assessment, develops and implements a safety management plan to reduce the identified risk, to prevent injury, and to maintain clean and safe conditions for patients / visitors and staff.
- (5) All staff members are educated and trained about their roles in providing a safe and effective patient care environment.

b. Hazardous material and waste

- (1) The organization safely manages its hazardous materials and waste, identifies and implements processes for selecting, handling, storing, transporting, using, and disposing of hazardous material and waste.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ⁶⁵

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแล⁶⁶ ระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย (อาจเป็นบุคคลเดียวกันหรือหลายคน). มีการติดตามและปรับปรุงระบบงานดังกล่าวในทุกแง่มุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่น ๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่ระบุไว้ ป้องกันการเกิดอันตราย ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ชำรงไว้ซึ่งสภาพอาคารสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และบุคลากร.
- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

ข. วัสดุและของเสียอันตราย⁶⁷

- (1) องค์กรจัดการต่อวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก สัมผัส⁶⁸ จัดเก็บ⁶⁹ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

⁶⁵ ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ ในที่นี้ครอบคลุมทั้งความปลอดภัยจากความเสี่ยงทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม (safety) และความปลอดภัยจากการกระทำของบุคคลที่ไม่ประสงค์ดี (security) เช่น การควบคุมการเข้าไปในพื้นที่ควบคุมซึ่งองค์กรกำหนด การป้องกันการลักพาตัวทารกหรือเด็กเล็ก การป้องกันการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการโจรกรรมทรัพย์สิน

⁶⁶ การกำกับดูแล (oversight) ครอบคลุมการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การทดสอบและติดตามกำกับแผนงาน การทบทวนและปรับปรุงแผนงานเป็นระยะ

⁶⁷ วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสีของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

⁶⁸ การสัมผัสวัสดุและของเสียอันตราย ควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย อุปกรณ์ป้องกัน และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดการหกเลอะเทอะหรือปนเปื้อน

⁶⁹ การจัดเก็บวัสดุและของเสียอันตราย ควรมีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการจัดเก็บที่เหมาะสม โดยมีการแยกสถานที่เป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

c. Emergency Management

- (1) The organization conducts a hazard vulnerability analysis to identify potential emergency that could affect the need for its services.
- (2) The organization develops an emergency management plan describing the process for disaster readiness and emergency management, and implements it when appropriate.
- (3) The organization conduct drills regularly to test emergency management.

d. Fire Safety

- (1) The organization develops and implements a fire safety plan. The fire safety plan includes fire prevention / risk reduction, early detection, suppression, abatement, and safe exit from fire, or other emergencies in the facility.
- (2) The organization conducts hospital wide safety education programs to promote awareness and conducts fire drills regularly. Deficiency and opportunities for improvement is identified, readiness of fire equipment is evaluated, effectiveness of fire response training and staff knowledge is evaluated from the fire drill.
- (3) The organization regularly inspects, tests and maintains fire protection and fire safety systems and equipment.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน⁷⁰

- (1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่อแหลมต่อการเกิดอันตราย⁷¹ เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปได้และองค์กรต้องเข้าไปมีบทบาทในการให้บริการ.
- (2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ⁷², การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน⁷³ และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.
- (3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

- (1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุม การป้องกัน / การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย⁷⁴, การตรวจจับแต่เริ่มแรก, การดับเพลิง, และการเคลื่อนย้าย / ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ⁷⁵. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา, ประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ, ประเมินประสิทธิภาพของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย, และประเมินความรู้ของบุคลากร⁷⁶ จากการฝึกซ้อม.
- (3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย⁷⁷ อย่างสม่ำเสมอ.

⁷⁰ ภาวะฉุกเฉิน (emergency) ได้แก่เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (อาวุธชีวภาพ ดึกดึ่ม อุบัติเหตุหมู่)

⁷¹ การวิเคราะห์ความล่อแหลมต่อการเกิดอันตราย (hazard vulnerability analysis) คือการระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปได้ และผลกระทบที่จะมีต่อการดำเนินงานขององค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งความต้องการบริการจากองค์กร

⁷² การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ควรระบุกลยุทธ์ กิจกรรม และผู้รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและการสร้างศักยภาพเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินแต่ละประเภท

⁷³ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณูปโภค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

⁷⁴ การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย รวมถึงการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย, การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย

⁷⁵ การฝึกซ้อมแผนอัคคีภัย บุคลากรทุกคนควรเข้าร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างน้อยปีละครั้ง

⁷⁶ การประเมินความรู้ของบุคลากร เช่น วิธีการแจ้งเหตุ, การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย, การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง

⁷⁷ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

3.2 Equipment and Utility System

The organization ensures that essential equipment is available for use and functions properly and ensures continuity of essential utility services.

a. Equipment

- (1) The organization develops and implements an equipment management plan for effective, safe, and reliable operation of equipment. The plan includes a process for selecting and acquiring equipment; creating an inventory of equipment to be included in the equipment management plan; performance and safety testing of equipment before initial use; appropriate inspection, test and maintenance strategies at defined interval; users' education, and emergency procedures with equipment.
- (2) Essential medical equipment is available and ready for safe patient care.
- (3) The organization collects monitoring data for equipment management program. These data are used to plan for long term upgrading or replacing equipment.

b. Utility system

- (1) The organization develops and implements a management plan for effective, safe, and reliable operation of utility systems. The plan includes creating an inventory of operating component of systems; mapping the distribution of utility system; appropriate inspection, test and maintenance strategies at defined interval; and emergency procedures for utility systems disruption; minimizing pathogenic biological agents in cooling tower and water system; efficiency of ventilation system to control airborne contaminants.
- (2) The organization provides an emergency electrical power source to all critical service areas with appropriate and regular maintenance, testing, and inspection.
- (3) The organization collects monitoring data for the utility management program and used to plan for upgrading or replacing the utility system.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสารสนเทศที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ. แผนประกอบด้วยกระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ, การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน, การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก, การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่กำหนด, การให้ความรู้แก่ผู้ใช้, และแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ⁷⁸.
- (2) การจัดเตรียมเครื่องมือที่จำเป็น มีความพร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

ข. ระบบสารสนเทศ⁷⁹

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสารสนเทศเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ. แผนประกอบด้วยการจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบในการปฏิบัติงานของระบบ, แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบ, การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด, แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสารสนเทศมีปัญหา⁸⁰, การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ, ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ⁸¹.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด⁸² โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ และใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

⁷⁸ แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้, การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้งานได้, การมีเครื่องมือสำรอง, การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือ

⁷⁹ ระบบสารสนเทศ ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สทางการแพทย์และสูญอากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล

⁸⁰ แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสารสนเทศมีปัญหา ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อระบบสารสนเทศขัดข้อง การเตรียมความพร้อมของแหล่งสำรองต่างๆ และการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองดังกล่าว

⁸¹ การปนเปื้อนในอากาศ ได้แก่ เชื้อโรค แก๊ส คาร์บอน ไดออกไซด์

⁸² จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย, ไฟทางออก, บ้ายบอกทางออก, ระบบสื่อสารฉุกเฉิน, ที่เก็บเลือด กระตุก และเนื้อเยื่อ, ห้องฉุกเฉิน, ลิฟท์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้), เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์, ระบบสูญอากาศ, จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต, ห้องผ่าตัด, ห้องพักฟื้น, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

3.3 Environment for Health Promotion and Environment Protection

The organization demonstrates its commitment for the hospital to be a healthy and safe workplace, to support health promotion activities, and to protect the environment.

a. Health Promotion

- (1) The organization establishes environment that support social and psychological health of patients, families, and staff.
- (2) The organization establishes facilities and environment for learning and skill development of staff, patients and other customers, and general public.
- (3) The organization promotes access to and consumption of appropriate healthy food and product.
- (4) The organization promotes the use of material and equipment which are not harmful to health.

b. Environment Protection

- (1) There is an efficient water treatment system:
 - the system has capacity that match amount of waste water
 - the system is taken care by trained staff
 - treated water is tested according to the rules and regulations
 - quality of treated water at the time of peak load complies with the standards
- (2) The organization manages to decrease the volume of waste through a program of reuse, reduction, recycling and avoid material that is harmful to the environment.
- (3) The garbage disposal system conforms with sanitation requirements.
 - proper and adequate containers
 - proper segregation / transportation / storage of general, infectious and hazardous waste
 - training of staff for proper waste transportation and disposal
 - proper processes for disposal of infectious and hazardous waste
 - audit of the infectious waste disposal by contractors
- (4) The organization, in partnership with the community and other organizations, protects and improves the environment. The organization assesses and receives feed back on hospital waste management that may have an impact on the communities.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

- (1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจ⁸³ ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการ อื่นๆ และประชาชนทั่วไป.
- (3) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภคอาหาร / ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคล.
- (4) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

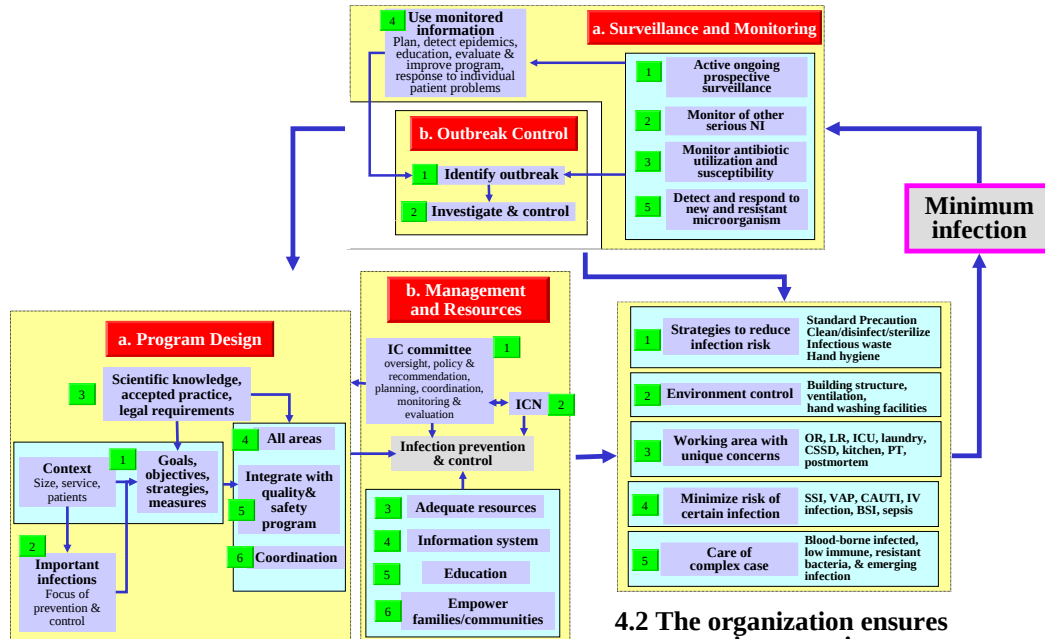
- (1) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:
 - มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล
 - มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
 - มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง
 - น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบบำบัดมีประสิทธิภาพที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด
- (2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ใหม่ การลดปริมาณการใช้ การแปรรูป และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.
- (3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:
 - มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ
 - มีระบบ / อุปกรณ์ในการแยกรับ / ขนย้าย / จัดที่พัก ขยะทั่วไป / ขยะติดเชื้อ / ขยะอันตราย ที่รัดกุม
 - มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
 - มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม
 - มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง
- (4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม, รวมทั้งมีการประเมินและพึงระวังสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

⁸³ เช่น ความรู้สึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของโรงพยาบาลเป็นเสมือนบ้านของผู้ป่วย

II-4 Infection Control and Prevention

II – 4 Infection Prevention and Control

4.3 The organization performs appropriate methods of surveillance and monitoring to detect and control infections, and manage nosocomial outbreak situations.



4.1 The organization's infection prevention and control program is appropriately designed, adequately supported, and well coordinated.

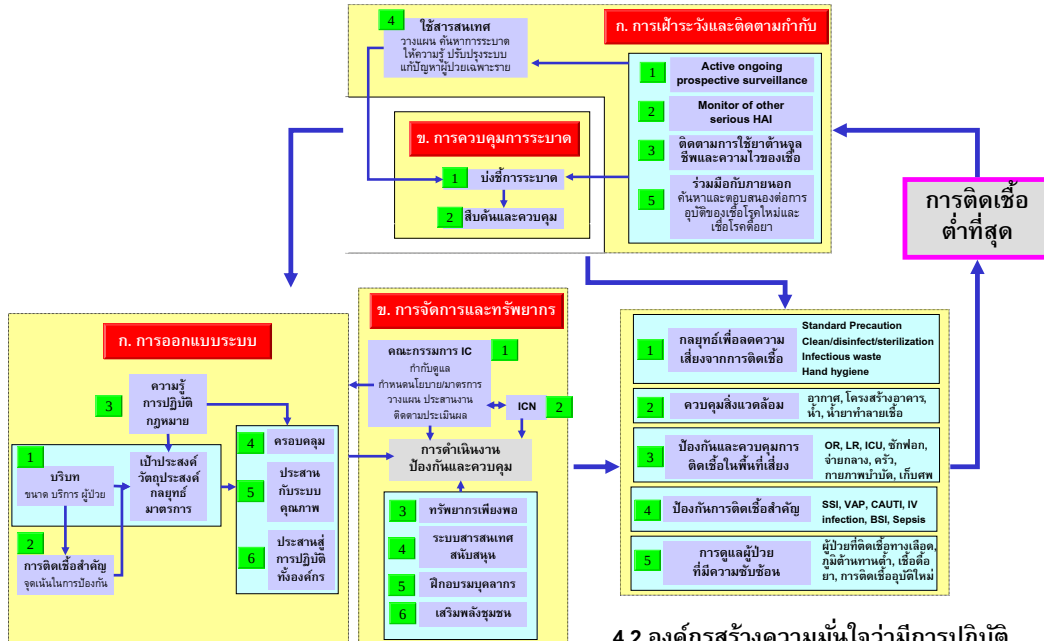
4.2 The organization ensures appropriate practices to prevent nosocomial infection.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

II – 4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

4.3 องค์การใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล



4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี

4.2 องค์การสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

4.1 Infection Prevention and Control Program

The organization's infection prevention and control program is appropriately designed, adequately supported, and well coordinated.

a. Program Design

- (1) The goals, objectives, strategies and measures of the infection control program appropriate to the organization's size, service and patients are established.
- (2) Epidemiological important infections, infectious site and associated devices that will provide the focus of the nosocomial infection prevention and control are identified.
- (3) The infection control program is based on current scientific knowledge, accepted practice, meets legal requirements and is documented in policies and procedures.
- (4) All areas of the organization that serve patients, staff and visitor are included in the infection control program.
- (5) The infection control process is integrated with the organization's overall program for quality improvement and safety.
- (6) The processes for preventing and controlling infections are coordinated and consistently carried out by all staff across the organization and the patients' homes, if applicable.

b. Management and Resources

- (1) A designated individual or committee, as appropriate to the organization, is responsible for oversight of the program, policy and recommendation development, planning, coordination, monitoring and evaluation.
- (2) One or more individuals (ICN), as appropriate to the number of hospital beds, is / are responsible for implementing the infection prevention and control program. This individual(s) is qualified in infection control practices through education, training, or experience, and has a clear role definition. The ICN(s) have written authority to institute infection control measures or studies when there is a perceived danger to the patients or hospital staffs.
- (3) There are adequate resources to prevent and control infections.
- (4) The organization information systems support the infection control program.
- (5) Staff members are educated on an ongoing basis about the risks of infection, the organization policies, and their role in preventing infections.
- (6) Activities that educate and empower the family / community how to reduce the risk of infection and prevent infections from spreading in the household / community are established.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. การออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร บริการที่จัด และผู้ป่วยที่ให้บริการ.
- (2) มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา รวมทั้งตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.
- (3) ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย การปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย และจัดทำแนวทางปฏิบัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.
- (4) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน.
- (5) กระบวนการควบคุมการติดเชื้อเชื่อมโยงประสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กรโดยรวม.
- (6) มีการประสานกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และอาจรวมถึงบ้านของผู้ป่วย⁸⁴.

ข. การจัดการและทรัพยากร

- (1) มีบุคคลหรือคณะกรรมการได้รับมอบให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงาน กำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบาย.
- (2) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN⁸⁵) ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.
- (3) มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- (4) ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.
- (5) บุคลากรได้รับอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ นโยบายขององค์กร และบทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ.
- (6) มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว / ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน / ชุมชน.

⁸⁴ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง การป้องกันไข้หวัดนก

⁸⁵ ICN = Infection Control Nurse

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

4.2 Infection Prevention

The organization ensures appropriate practices to prevent nosocomial infection.

a. Infection Prevention

- (1) Procedures and processes associated with the risk of infection are identified and strategies implemented to reduce infection risk:
- standard precautions and isolation precautions
 - cleaning, disinfection, and sterilization
 - handling, storing, and disposing of infectious material
 - promoting hand washing and personal hygiene
- (2) The organization establishes an environment control to minimize the risk of infection transmission and contamination of the environment:
- building structure, ventilation, and maintenance to prevent the spread of contaminants and infection
 - physical setting and facilities for hand washing, cleaning, and separation of clean and dirty utility area

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การป้องกันการติดเชื้อ

- (1) มีการระบุความเสี่ยงจากการติดเชื้อในหัตถการและกระบวนการต่าง ๆ และมีการดำเนินการตามกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อมุ่งต่อไปนี้:
 - การใช้ standard precautions และ isolation precautions
 - การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ
 - การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค
 - การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยส่วนบุคคล
- (2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม⁸⁶
 - การจัดโครงสร้าง การระบายอากาศ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค
 - การจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ การทำความสะอาด และการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน

⁸⁶ การควบคุมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง, กลยุทธ์ในการทำความสะอาดและทำลายเชื้อ, การจัดการกับขยะติดเชื้อ, ระบบระบายอากาศ, การควบคุมฝุ่นละอองระหว่างการก่อสร้าง, การติดตามประสิทธิภาพของการกรองอากาศและมาตรการควบคุมฝุ่นละออง, การป้องกันการปนเปื้อนทางอากาศ (airborne contamination) ในห้องผ่าตัด เมื่อมีการผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค, การติดตาม endotoxin ในน้ำที่ใช้สำหรับ hemodialysis, การควบคุมแมลง, การติดตามความดันอากาศในห้องที่ใช้ negative airflow หรือ positive airflow

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) Working areas with unique infection control concerns are identified and strategies implemented to reduce infection risk, especially in these area:
- operating room
 - labor room
 - ICU / critical care unit
 - laundry
 - CSSD
 - kitchen
 - physical therapy
 - postmortem area
- (4) Programs are implemented to minimize risk of certain important infection of the organization, e.g. surgical site infection, respiratory tract infection, urinary tract infection, IV infection and bloodstream infection.
- (5) There are policies and procedures for dealing with blood-borne infected patients, low immune patients, resistant bacteria, and emerging infection.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ต่อไปนี้:
- ห้องผ่าตัด
 - ห้องคลอด
 - หอผู้ป่วยวิกฤติ
 - หน่วยซักฟอก⁸⁷
 - หน่วยจ่ายกลาง⁸⁸
 - โรงครัว⁸⁹
 - หน่วยกายภาพบำบัด⁹⁰
 - ห้องเก็บศพ
- (4) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด.
- (5) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.

⁸⁷ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอก ได้แก่ การบรรจุถุงผ้าเบื่อนที่จุดใช้งาน, การขนส่งผ้าเบื่อนโดยพาหนะที่เหมาะสม, การทำความสะอาดพาหนะใส่ผ้าอย่างสม่ำเสมอ, การดูแลบริเวณที่รับผ้าเบื่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนไปยังบริเวณที่สะอาด, การแยกผ้าเบื่อนและผ้าสะอาด, การรักษาความสะอาด ป้องกันฝุ่นและสิ่งสกปรก ระหว่างการเคลื่อนย้ายและรับส่งผ้าสะอาด, การป้องกันบุคลากรที่ต้องสัมผัสผ้าเบื่อน, การล้างมือหลังจากสัมผัสกับผ้าเบื่อน

⁸⁸ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง ได้แก่ การมีสถานที่แยกเฉพาะ, การมีพื้นที่ทำงานเพียงพอและออกแบบพื้นที่ทำงานเหมาะสม, การจราจรแบบเดินทางเดียว, การจำกัดบุคคลที่จะเข้ามาในหน่วยงาน, การไหลเวียนของอากาศจากบริเวณสะอาดไปสู่บริเวณที่ปนเปื้อน, การล้างมือ, การติดตามประสิทธิภาพของการเตรียมอุปกรณ์และการทำให้ปราศจากเชื้อ, การมีบุคลากรที่เพียงพอและได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม

⁸⁹ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงครัว ได้แก่ การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารและสุขอนามัยส่วนบุคคล, การใช้อุปกรณ์ป้องกัน, การจับต้องอาหารที่ยังไม่ได้ปรุง, การปรุงอาหาร, การทำความสะอาดบริเวณที่เตรียมอาหาร, การเก็บอาหาร, การควบคุมอุณหภูมิที่ใช้ปรุงอาหารและเก็บอาหาร, การลดการปนเปื้อน, อุณหภูมิที่ใช้ทำความสะอาดภาชนะ, การทำความสะอาดเครื่องทำน้ำแข็ง, การล้างมือ, การจัดการกับเศษอาหาร, การกำจัดแมลง, สุขอนามัยของเจ้าหน้าที่, การสอบสวนโรคเมื่อมีการระบาดของโรคระบบทางเดินอาหาร

⁹⁰ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยกายภาพบำบัด ได้แก่ การทำความสะอาดและทำลายเชื้ออุปกรณ์ธาราบำบัด, การล้างมือ, การทำความสะอาดอุปกรณ์ออกกำลังกาย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

4.3 Surveillance, Monitoring, and Outbreak Control

The organization performs appropriate methods of surveillance and monitoring to detect and control infections, and manage nosocomial outbreak situations.

a. Surveillance and Monitoring

- (1) There is ongoing surveillance of nosocomial infections that is appropriate to the organization. The organization proactively monitors and tracks risks, rates and trends in nosocomial infection.
- (2) Patient areas in which active prospective surveillance in (1) is not conducted are monitored for the occurrence of serious nosocomial infection.
- (3) Antibiotic utilization and susceptibility (if possible) are monitored and communicated to appropriate individuals and committees.
- (4) The monitored information is used for planning, detecting epidemics, directing education, evaluation and improvement of the program, including response to individual patient problems.
- (5) The organization works with government agencies, other organizations and the community to promptly detect and respond to the presence of new and resistant microorganism.

b. Outbreak Control

- (1) Occurrence of outbreaks or clusters of infectious diseases are identified by analysis of surveillance data, maintaining regular contact with clinical staff, regularly reviewing microbiology record to identify unusual clusters or a greater-than-usual incidence of certain species or strains of microorganisms (if possible).
- (2) When an outbreak occurs, the infection control team has adequate resources and authority to ensure a comprehensive and timely investigation and the implementation of appropriate control measures.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)

องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อดำเนินการและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ

- (1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับองค์กรอย่างต่อเนื่อง. องค์กรติดตามความเสี่ยง อัตรา และแนวโน้มของการติดเชื้อในเชิงรุก.
- (2) มีการติดตามเฝ้าดูการเกิดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รุนแรง ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) มีการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ และความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ (ถ้าเป็นไปได้) และสื่อสารให้บุคคลและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง.
- (4) มีการนำเสนอสารสนเทศจากการติดตามเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินผล และปรับปรุงระบบงาน รวมทั้งตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย.
- (5) องค์กรทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน เพื่อดำเนินการและตอบสนองต่อการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคที่ดื้อยา.

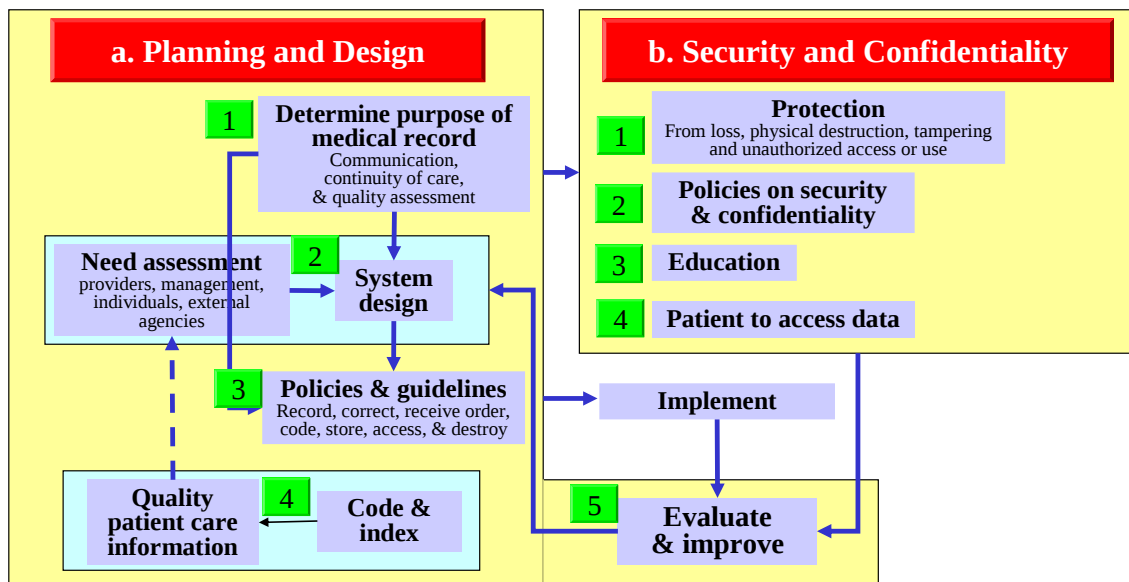
ข. การควบคุมการระบาด

- (1) มีการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของเชื้อด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง, รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ, ทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อตรวจหาการเพิ่มขึ้นผิดปกติของเชื้อบางชนิดอย่างสม่ำเสมอ (ถ้าเป็นไปได้).
- (2) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุมการติดเชื้อมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสม อย่างรอบด้านและทันกาล.

II-5 Medical Record System

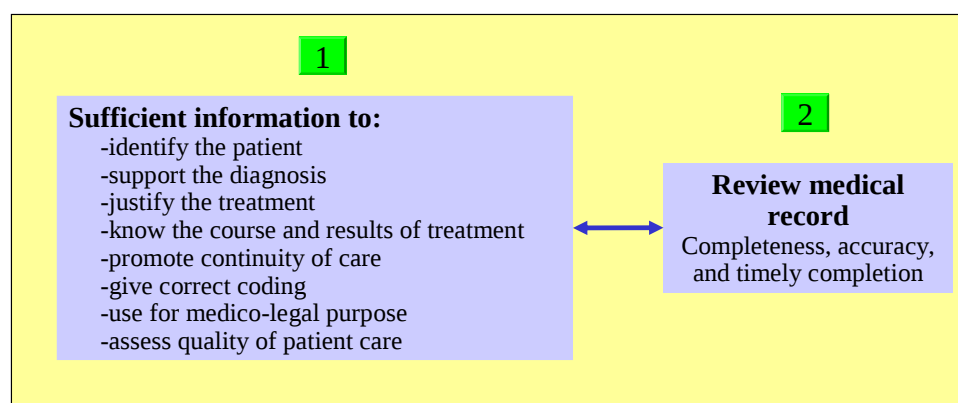
II – 5.1 Record Management System

The organization establishes an efficient medical record management system to serve the needs of all parties.



II – 5.2 Patient Medical Record

Every patient has a sufficiently detailed medical record for the purpose of communication, continuity of care, education, research, evaluation, and medico-legal requirement.

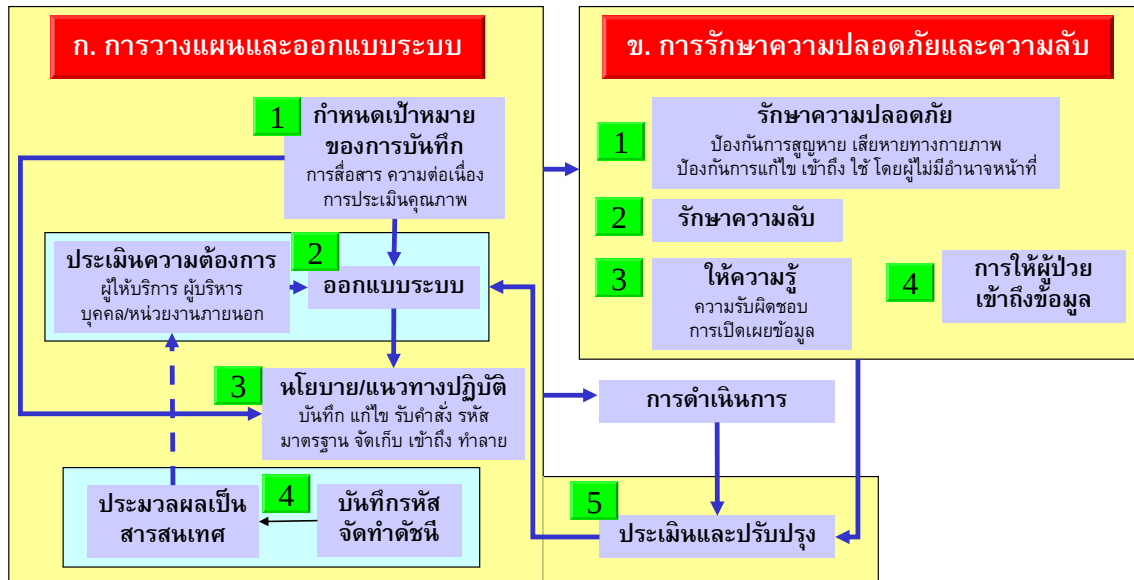


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)

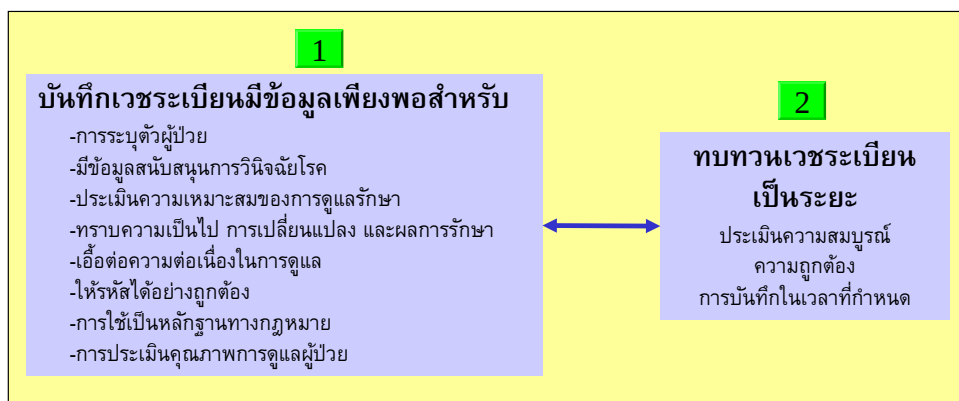
II – 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย



II – 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

5.1 Record Management System

The organization establishes an efficient medical record management system to serve the needs of all parties.

a. Planning and Design

- (1) The purposes of medical record are collaboratively determined by all relevant health professionals.
The purposes cover communication, continuity of care, and quality assessment.
- (2) The design of the medical record system is based on the assessment of the needs of the care providers, management, including individuals and agencies outside the organization.
- (3) The organization has appropriate policies and guidelines for patient's medical record, including recording, correcting, order receiving, using standard code, storing, providing access, and destroying.
- (4) Medical record data are coded and indexed to ensure the timely production of quality patient care information.
- (5) The organization regularly evaluates and improves medical record management system to ensure that it meets the need of the organization and its patients.

b. Security and Confidentiality

- (1) Records are protected from loss, physical destruction, tampering and unauthorized access or use.
- (2) The organization defines essential policies and guidelines to maintain the security and confidentiality of patient's data and information in the medical records.
- (3) The organization continually educates staffs about their responsibilities regarding confidentiality, how to handle situations where requests for release of information would violate confidentiality.
- (4) The organization has a process for patients to access their data and information in the medical records with a designated staff present.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง. เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก.
- (3) องค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยที่เหมาะสม ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัสมาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย⁹¹.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย⁹².

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

- (1) เวชระเบียนได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่.
- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน⁹³.
- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

⁹¹ นโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียน ได้แก่ การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน, การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน, การบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญและแบบฟอร์มมาตรฐาน, การระบุชื่อผู้บันทึกวันที่และเวลาที่บันทึก, การบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทในเวลาที่กำหนดไว้, การแก้ไขบันทึกเวชระเบียน, การจัดเก็บการรักษาความปลอดภัย และการค้นหาเวชระเบียน, การเข้าถึงเวชระเบียนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งการใช้เพื่องานวิจัย, การเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน, การรับคำสั่ง การบันทึก และการรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา, การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน

⁹² ระบบบริหารเวชระเบียน ได้แก่ ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่างๆ, ระยะเวลาที่มีการเก็บรักษาเวชระเบียน, ประสิทธิภาพของระบบการจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน, ความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน, คุณภาพในการให้รหัส, การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

⁹³ นโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อรักษาความลับของข้อมูล ได้แก่ การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล, ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้, มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์, การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล, วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

5.2 Patient Medical Record

Every patient has a sufficiently detailed medical record for the purpose of communication, continuity of care, education, research, evaluation, and medico-legal requirement.

(1) The medical record contains sufficient information to:

- identify the patient
- support the diagnosis
- justify the treatment
- know the course and results of treatment
- promote continuity of care
- give correct coding
- use for medico-legal purpose
- assess quality of patient care

(2) The medical records are reviewed periodically for completeness, accuracy, and timely completion.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ:

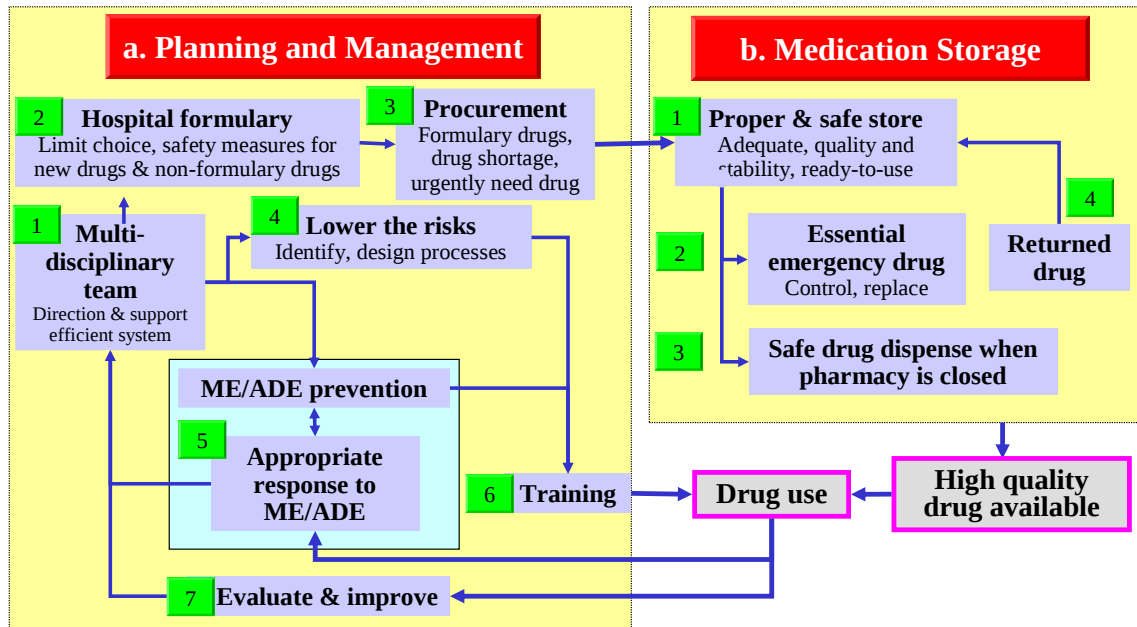
- การระบุตัวผู้ป่วย
- มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา
- ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา
- เฝ้าต่อความต่อเนื่องในการดูแล
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

II-6 Medication Management System

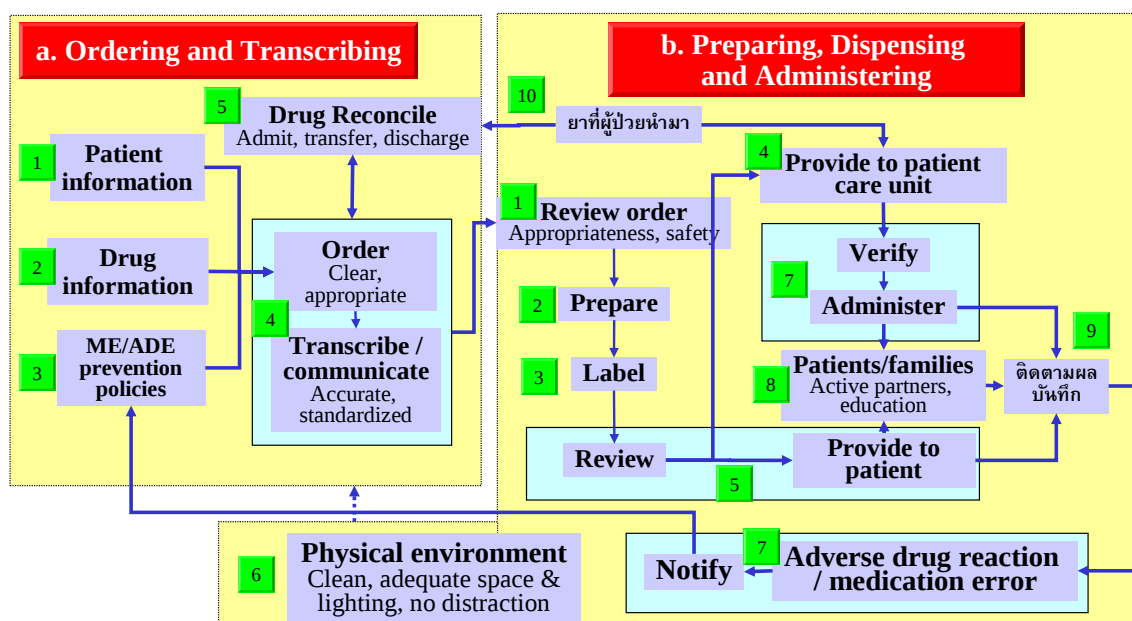
II – 6.1 Medication Planning, Management, and Storage

The organization ensures safety, appropriateness and effectiveness of medication management system and availability of high quality medication.



II – 6.2 Medication Use

The organization ensures safety, accuracy, appropriateness and effectiveness in the prescribing and administration of the medication.

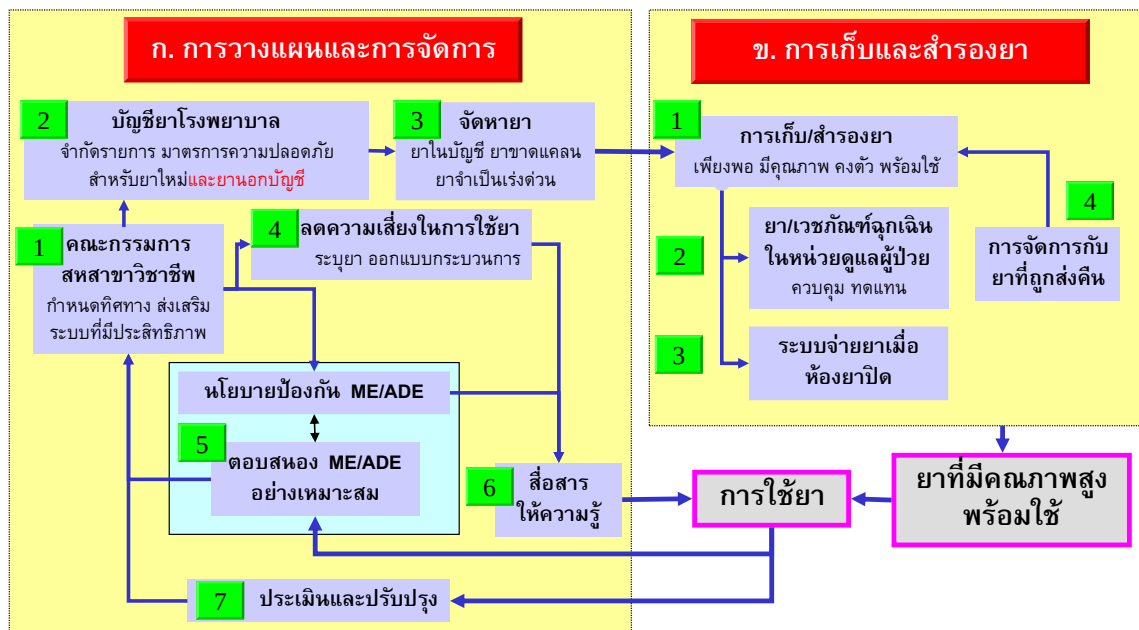


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

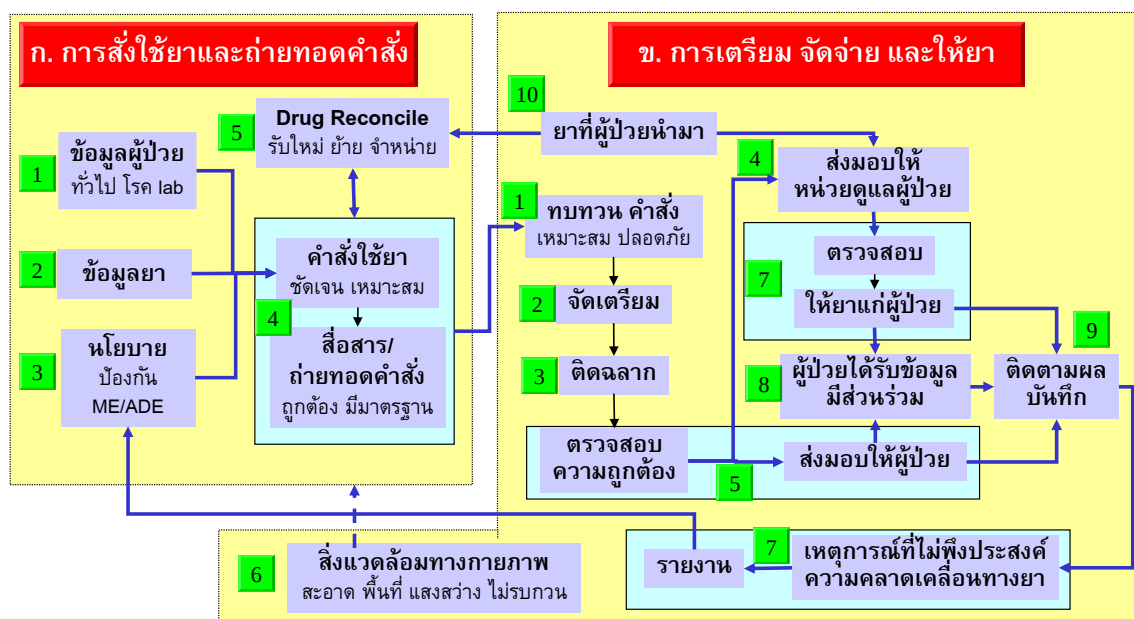
II – 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (Medication Planning, Management, and Storage)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัยเหมาะสม และได้ผล
พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย



II – 6.2 การใช้ยา (Medication Use)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยา ที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

6.1 Planning, Management, and Storage

The organization ensures safety, appropriateness and effectiveness of medication management system and availability of high quality medication.

a. Planning and Management

- (1) There is a multidisciplinary team responsible for determining direction and support efficient medication management system.
- (2) The hospital formulary is developed to limit choice to essential drugs. The approved formulary is reviewed at least once a year. Safety measures are established for new drugs with heightened error potential, and for the requests to use necessary non-formulary medication.
- (3) The procurement is based on the approved formulary. There is a process for handling drug shortage, and drug that is urgently need.
- (4) The organization identifies the high-risk or high-alert medications used and design appropriate processes for procuring, storing, ordering, transcribing, preparing, dispensing, administering, and monitoring to lower the risks.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.

ก. การวางแผนและการจัดการ

- (1) มีคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น⁹⁴. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง⁹⁵. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง⁹⁶ รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น⁹⁷.
- (3) การจัดหาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน⁹⁸ และยาที่จำเป็นเร่งด่วน⁹⁹.
- (4) องค์กรระบุซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง¹⁰⁰, ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัยในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่าย ให้ และติดตามกำกับยา เพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยาเหล่านี้.

⁹⁴ การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

⁹⁵ ข้อมูลที่ใช้ทบทวนบัญชียา เช่น ข้อมูลความปลอดภัยจากการทบทวนอุบัติการณ์ ประสิทธิภาพของยา ยาที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูงครอบคลุมรายการยาที่ชื่อพ้อง มอกลาย หรือปัจจัยที่มีผลกระทบ

⁹⁶ มาตรการความปลอดภัย เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนใจ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษา ยา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (Safety monitoring program)

⁹⁷ กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

⁹⁸ การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

⁹⁹ การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรั่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญ รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

¹⁰⁰ เป็นยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) The organization develops and implements policy to prevent medication errors and adverse drug events. The healthcare team responds appropriately to actual or potential adverse drug events and medication errors.
- (6) Practitioners undergo competency evaluation and training on knowledge and skills related to medication system, appropriate and safe medication practices at the beginning and then annually.
- (7) The organization evaluates and improves its medication management system comparing with its goals. The organization regularly reviews the literature for successful practices or new technologies to improve its medication management system.

b. Medication Storage

- (1) All medications are properly and safely stored to ensure adequacy, quality and stability, ready-to-use, prevention of unauthorized access, prevention of medication errors and adverse drug events, tracing to the original sources, with regular inspection of medication storage area throughout the organization.
- (2) Essential emergency medication and / or supplies are consistently available in the patient care areas, controlled, secured, and replaced as soon as possible after their use.
- (3) There is a safe system for providing medication to meet patient needs when the pharmacy is closed.
- (4) Medications returned to the pharmacy are appropriately managed, e.g. discontinued medication.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) องค์กรกำหนดนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา¹⁰¹ และนำสู่การปฏิบัติ มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.
- (6) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา¹⁰² และการใช้ยาที่เหมาะสม ปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (7) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาเปรียบเทียบกับเป้าประสงค์ของระบบ¹⁰³. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

ข. การเก็บสำรองยา

- (1) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมียาใช้อย่างเพียงพอ, มีคุณภาพและความคงตัว¹⁰⁴, พร้อมใช้, ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่, ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและผลไม่พึงประสงค์จากยา¹⁰⁵, สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา, มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ, โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร.
- (2) มีการจัดให้มียา และ / หรือเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา, มีระบบควบคุม¹⁰⁶ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย, และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (3) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ต้องการยาปิด.
- (4) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

¹⁰¹ นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่ควรมี ได้แก่ การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง ส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา (เช่น การใช้คำสั่ง PRN การใช้คำสั่งยีน การใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ การใช้คำสั่งเดิมต่อการใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา การใช้คำสั่งลดยา การใช้คำสั่งที่ระบุพิสัย การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง การสั่งยาสมุนไพร การสั่งยาเมื่อจำหน่าย)

¹⁰² ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อน และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

¹⁰³ เป้าประสงค์ของระบบยา เช่น ความปลอดภัย ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ

¹⁰⁴ การสร้างความมั่นใจว่ายามีความคงตัว ได้แก่ การแยกหมตอายุ หรือ ยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน, การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิ และ แสง

¹⁰⁵ การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและผลไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มีการแยกเก็บยาที่มีโอกาสสับสนได้ง่ายออกจากกัน (ยาที่มีชื่อพ้อง มองคล้าย), มีการจำกัดการสำรองยาไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย, ไม่มีการเก็บอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้มข้นไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยยกเว้นในหน่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อย่างเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งในกรณีดังกล่าวต้องมีมาตรการเป็นพิเศษเพื่อป้องกันการให้ยาโดยพลั้งเผลอ

¹⁰⁶ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

6.2 Medication Use

The organization ensures safety, accuracy, appropriateness and effectiveness in the prescribing and administration of the medication.

a. Ordering and Transcribing

- (1) Patient-specific information is readily accessible to those involved in the medication management system, including general patient information, a diagnosis or an indication, and necessary laboratory information.
- (2) Essential drug information is readily available in useful form and considered when ordering, dispensing, and administering medications.
- (3) The organization establishes and implements policies to prevent error and adverse event from ordering and transcribing, including necessary details in prescription, special precaution for look-alike or sound-alike names, measures to prevent the potentially problematic orders and fatal drug interaction.
- (4) Medication orders are written clearly and transcribed accurately. Methods of communicating drug orders are standardized to minimize the risk for error. All preprinted order sheets are reviewed and updated on a regular basis.
- (5) There is a process of identifying the most accurate list of all medications a patient is taking, and using this list to provide correct medications for patients anywhere within the health care system. The patient's list of current medications is compared against the physician's admission, transfer, and / or discharge orders.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

6.2 การใช้ยา (MMS.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.

ก. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง

- (1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป¹⁰⁷, การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา, และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น¹⁰⁸.
- (2) มีข้อมูลยาที่จำเป็นในรูปแบบที่ใช้งานง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (3) องค์กรจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความผิดพลาด / คลาดเคลื่อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยา และการถ่ายทอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ, ครอบคลุมการระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา¹⁰⁹, การระมัดระวังเป็นพิเศษสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน, มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา¹¹⁰ และการป้องกันการให้ยาที่มีอันตรายรุนแรง.
- (4) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการกำหนดมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน¹¹¹. มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งใช้ยาที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้าให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) มีกระบวนการในการระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ¹¹²อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในการให้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ. มีการเปรียบเทียบบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ / หรือ จำหน่าย.

¹⁰⁷ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

¹⁰⁸ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

¹⁰⁹ นโยบายการระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา เช่น เงื่อนไขการระบุชื่อการค้าหรือชื่อทั่วไป, เงื่อนไขที่ต้องระบุข้อบ่งชี้ในการใช้ยา

¹¹⁰ มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งการใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา เช่น การใช้คำสั่ง PRN, การใช้คำสั่งยีน, การใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ, การใช้คำสั่งเดิมต่อ, การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา, การใช้คำสั่งลดยา, การใช้คำสั่งที่ระบุพิษ, การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย, การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา, การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง, การสั่งยาสมุนไพร, การสั่งยาเมื่อจำหน่าย

¹¹¹ มาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน เช่น การสั่งโดยวาจา ด้วยวิธีที่ไม่ควรใช้

¹¹² การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

b. Preparing, Dispensing and Administering

- (1) All medications prescriptions are reviewed for appropriateness and safety.
- (2) Medications are prepared appropriately and safely prepared. Extemporaneous preparation or non-manufacturing drug preparation are prepared by the pharmacy and comply with standard practice.
- (3) Medications are appropriately, clearly and legibly labeled at all drug containers. All drug containers taken to the bedside are labeled with at least the patient's name, drug name, strength, and dose.
- (4) Medications are provided to patient care units in a safe and secure manner and available for administration within a time frame that meets essential patient needs.
- (5) Medications provided directly to patient by pharmacists or designated trained personnel, with appropriate pre-dispensing review and medication advice given to patients.
- (6) Medications are prescribed, transcribed, prepared, dispensed, and administered in a clean physical environment that offers adequate space and lighting, and allows practitioners to remain focused on medication use without distractions.
- (7) Medications are safely and accurately administered by qualified staff and standardized devices; verifying the correct medication, quality, contraindication, and proper time / dose / route. Prescribers are notified in the event of adverse drug reaction or medication error.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

- (1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัย.
- (2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย¹¹³. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย¹¹⁴ หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน¹¹⁵.
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท¹¹⁶ และมีฉลากยาดิจจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมให้ใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย.
- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม¹¹⁷.
- (6) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งมีความสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับการใช้ยาโดยไม่มีการรบกวน.
- (7) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน¹¹⁸, โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา / ขนาดยา / วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม¹¹⁹. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

¹¹³ การเตรียมยาที่เหมาะสมและปลอดภัย มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ปลอดภัย ใช้เทคนิคเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง และใช้เทคนิคป้องกันการปนเปื้อนที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมยาในทุกจุด

¹¹⁴ การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation) คือเภสัชภัณฑ์ที่เตรียมขึ้นใช้ในทันที หรือมิได้เตรียมล่วงหน้า โดยอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการเตรียมยา อาจเนื่องมาจากไม่มีรูปแบบหรือขนาดดังกล่าว จำหน่าย ตอบสนองความต้องการของแพทย์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เฉพาะโรคหรือกลุ่มที่มีความสำคัญเช่นเด็กเล็ก ทารก รวมทั้งยาเตรียมปราศจากเชื้อ เช่น ยาฉีด IV adm, TPN, Cytotoxic prep, ยาหยอดตา หรือยาที่มุ่งหมายอื่นๆ ที่ต้องเตรียมโดยวิธีปราศจากเชื้อ เช่น dilution ของ heparin

¹¹⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการปนเปื้อนจากเชื้อโรค ซึ่งจะต้องใช้ความระมัดระวังในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การเก็บ เตรียม และบรรจุ

¹¹⁶ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้งไซริงค์สำหรับฉีดยาและ flush สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วย หรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

¹¹⁷ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษเช่น ยาสูดพ่น

¹¹⁸ อุปกรณ์การให้ยา เช่น infusion pump

¹¹⁹ เมื่อมีข้อสงสัยหรือความห่วงกังวลในการใช้ยา ควรมีการปรึกษากับแพทย์ผู้สั่งใช้หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (8) Patients and families are included as active partners in their care through education about their medications for the purpose of accuracy, efficiency, and safety.
- (9) The effects of medications on patients are monitored and recorded to assure that medication therapy is appropriate and minimizes the adverse events.
- (10) Medications brought into the organization by patients or their families are managed safely and consistently with current patient care plan.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (8) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เพื่อเป้าหมายความถูกต้อง ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการใช้ยา¹²⁰.
- (9) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์¹²¹.
- (10) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน.

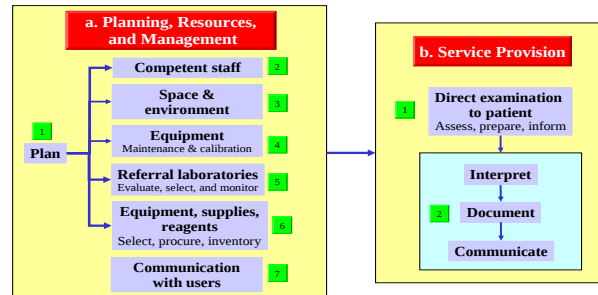
¹²⁰ ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อบ่งชี้เมื่อควรขอคำปรึกษาจากเภสัชกร

¹²¹ การติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา ควรระบุถึงการตอบสนองของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเกิดขึ้น รวมทั้งมีกระบวนการเฝ้าระวังการตอบสนองต่อยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นครั้งแรก

II - 7 Diagnostic Investigation and Related Services

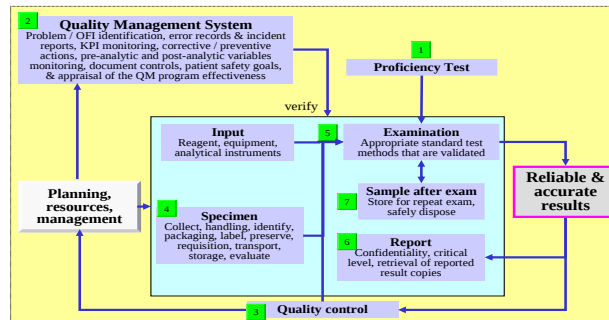
II – 7.1 Diagnostic Investigation and Related Services: General Requirements

The diagnostic investigation services provide accurate and reliable diagnostic information with minimum hazards to patient and staff.



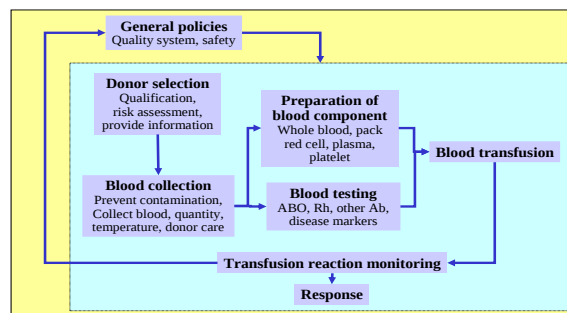
II – 7.2 a. Medical Laboratory / Clinical Pathology

The examination processes and quality management system of the medical laboratory ensure reliable and accurate results.



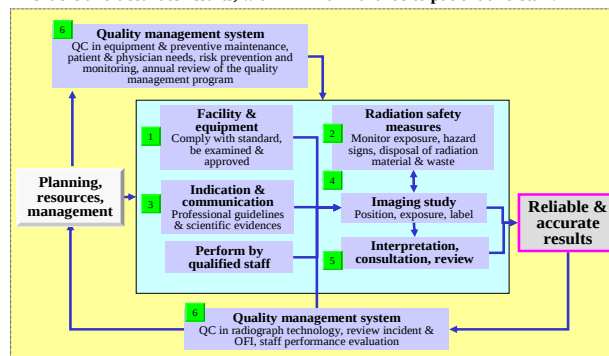
II – 7.2 b. Blood Bank

The organization complies with the Standard of Blood Transfusion and Blood Banking issued by the National Blood Service, Thai Red Cross Society.



II – 7.2 c. Radiology and Other Medical Imaging Services

The radiology and other medical imaging services provide quality pictures, reliable and accurate results, with minimal hazards to patient and staff.



II – 7.1 General Requirements

The diagnostic investigation services provide accurate and reliable diagnostic information with minimum hazards to patient and staff.

a. Planning, Resources, and Management

- (1) The services are planned based on the defined goals and user expectation. The plan includes range of services, resource requirements, and expected performance level.
- (2) There are adequate and competent staffs to undertake the work required.
- (3) The services have adequate space, are designed for the efficiency and safety of their operations; including proper space separation and storage, and attention to the environment that affects the examination results.
- (4) The equipment is capable of achieving the performance required, maintained in a safe working condition, with proper preventive maintenance program, calibration and the use of calibration result. The equipment is examined and approved by the responsible authority stated by the law (if any).
- (5) The services evaluate, select, and monitor competency and quality of referral laboratories / investigation services and also evaluate consultants who provide second opinion for some specific tests (when necessary, e.g. histopathology and cytology.)
- (6) Purchased external services, equipment, and consumable supplies that affect quality of laboratory / investigation services are carefully selected and verified. Suppliers of critical reagents, supplies and services are evaluated. An inventory control system with proper record is established.
- (7) There is effective communication with users, both regular meeting and other modes of communication; including advice, interpretation of laboratory / investigation results, consultation on scientific matter, clinical rounds, changing of an examination procedure.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 7.1 ข้อกำหนดทั่วไป (DIN.1)

บริการตรวจสอบประกอบการวินิจฉัยโรคให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง¹²³.
- (2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.
- (3) บริการตรวจสอบมีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, ได้รับการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขต¹²⁴และสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม¹²⁵ และใส่ใจต่อการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตรวจสอบ¹²⁶.
- (4) บริการตรวจสอบมีเครื่องมือและอุปกรณ์¹²⁷พร้อมสำหรับทำการตรวจสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย¹²⁸, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, มีการสอบเทียบ¹²⁹ และการใช้ผลการสอบเทียบ¹³⁰ อย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจสอบที่รับตรวจต่อ, รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง (เช่น การทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและด้านเซลล์วิทยา)
- (6) มีการคัดเลือกและตรวจสอบการจัดซื้อจัดหา บริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขาย น้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ¹³¹ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ¹³².

¹²³ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn around time

¹²⁴ การแยกเขต ควรพิจารณาการแยกเขตระหว่างหน่วยย่อยซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่เข้ากันไม่ได้และการป้องกันการปนเปื้อนข้ามหน่วย

¹²⁵ สถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม ควรคำนึงถึงสถานที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ สารเคมี เอกสาร

¹²⁶ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

¹²⁷ อุปกรณ์ ครอบคลุมถึง วัสดุอ้างอิง น้ำยา และระบบวิเคราะห์

¹²⁸ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

¹²⁹ การสอบเทียบ ควรกระทำกับ เครื่องมือ อุปกรณ์ น้ำยา ระบบตรวจวิเคราะห์

¹³⁰ การใช้ผลการสอบเทียบ เช่น การใช้ correction factors ที่เป็นปัจจุบันเพื่อปรับค่าที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์

¹³¹ ข้อมูลที่ให้คำแนะนำ เช่น ทางเลือกในการทดสอบ ความถี่ ประเภทของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

b. Service Provision

- (1) For any direct examination to the patient, he / she shall be appropriately assessed (before request and before examination) and prepared to prevent adverse event, minimize patient harm and to ensure the desired quality of examination. In case of high-risk procedures, the patients should be adequately informed and consent signed.
- (2) The result of the examination is interpreted by a qualified staff, document a finding summary or a definite diagnosis. The result of the examination is communicated to the responsible physician in a document form and in a timely manner.

¹³² มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ใช้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การจัดบริการ

- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ ระบุสิ่งที่พบ¹³³ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

¹³³ **สรุปสิ่งที่พบ** ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 7.2 Additional Specific Requirements

a. Medical Laboratory / Clinical Pathology

- (1) The laboratory participates in the proficiency testing (PT) program sufficient for the extent and complexity of the examination done, or exercises an alternative performance assessment system for determining the reliability of the examination. There is evidence that all problems identified by proficiency testing and alternative performance assessment have been corrected promptly.
- (2) The laboratory implements the quality management (QM) program / system that covers all aspects of the laboratory service and is coordinated with others in the organization. The QM program / system includes problem / opportunity for improvement identification, error records and incident reports, KPI monitoring, corrective / preventive actions, pre-analytic and post-analytic variables monitoring, document controls, patient safety goals, and appraisal of the QM program effectiveness.
- (3) The laboratory implements a quality control program to monitor analytic performance, including establishment of tolerance limits, number and frequency of controls, corrective actions based on quality control data and related information, and procedures to verify the reliability of test results for which neither calibration nor control materials are available.
- (4) The specimen collection, handling, identification, packaging, labeling, preservation, accompanied requisition, transportation, and storage are complied with good laboratory practice. Samples are evaluated for acceptance / rejection / interpreting the results. Specimen and sample portion are traceable.
- (5) The examination processes ensure reliable and accurate result, using the appropriate standard test methods that are validated for their intended use. The laboratory verifies that purchased reagents, test methods, laboratory equipment, analytical instruments, or products or services meet specified requirements.
- (6) The results of examination are accurately and timely reported to the users, considering confidentiality, critical level that may result in patient harm, and retrieval of reported result copies.
- (7) The sample is properly managed after examination to enable repetition of the examination when necessary, and safely disposal of sample no longer required for examination.
- (8) The highly performed laboratory is encouraged to implement any recognized standard of medical laboratories and apply for assessment from appropriate agencies, such the Department of Medical Science, the Thai Medical Technician Association, or the Royal College of Pathology.

b. Blood Bank

- (1) The organization complies with the Standard of Blood Transfusion and Blood Banking issued by the National Blood Service, Thai Red Cross Society.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 7.2 ข้อกำหนดเพิ่มเติมสำหรับแต่ละบริการ (INV.2)

ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก

- (1) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ, หรือจัดให้มีระบบประเมิน performance อื่นๆ เพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยทันที.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร. โปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม การชี้แจงปัญหา / โอกาสพัฒนา, บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์, การติดตามตัวชี้วัด, การแก้ไข / ป้องกันปัญหา, การติดตามปัจจัยก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์ที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์, การควบคุมเอกสาร, เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย, และการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพ.
- (3) ห้องปฏิบัติการดำเนินการควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการตรวจวิเคราะห์, รวมทั้งการจัดทำ tolerance limit, จำนวนและความถี่ของ control, การนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องมาสู่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา, และวิธีการเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของการผลการตรวจทดสอบเมื่อไม่มีการ calibrate หรือไม่มีวัสดุควบคุม.
- (4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ การเก็บ, การสัมผัส (handle), การชี้แจง, การบรรจุ, การเขียนฉลาก, การรักษาความคงตัว, ใบส่งตรวจ, การขนส่ง, และการเก็บรักษา เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ดีของห้องปฏิบัติการ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจเพื่อใช้ในการรับ / ปฏิเสธ / แปลผล. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งใช้ได้.
- (5) กระบวนการตรวจวิเคราะห์สร้างความมั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้, ด้วยการใช้วิธีการทดสอบมาตรฐานที่เหมาะสมและได้รับการ validate ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการ verify ว่าน้ำยาวิธีการทดสอบ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ เป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้.
- (6) มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้ในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับระดับความผิดปกติของผลการตรวจที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการสืบค้นสำเนาข้อมูล.
- (7) มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น, และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลืออย่างปลอดภัย.
- (8) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อม นำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

ข. คลังเลือด

- (1) องค์กรนำมาตรฐานงานบริการโลหิตและธนาคารเลือด ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

c. Radiology / Medical Imaging Service

- (1) The radiology / medical imaging service has a well-equip facility, of which ensures prevention from radiation hazard for patients, relatives, and staff. The service complies with standards, rules and regulation. The facility and equipment are examined and approved by the responsible authorities specified by a law.
- (2) Radiation safety measures are strictly followed. Radiation exposure are monitored and reported. Radiation hazard signs are clearly demonstrated. There is a safe and proper disposal of radiation material and waste.
- (3) There is a sufficient clinical indication to request a medical imaging study. The indications should be communicated to the service and the physician responsible for performing and interpretation of the study. The indication and communication is based on professional guidelines and scientific evidence.
- (4) All medical imaging studies are accurately performed, accurately and properly labeled. The radiographic positioning and exposure should be standardized and regularly reviewed to optimize imaging quality while minimizing radiation exposure.
- (5) The medical imaging studies and related therapies are performed and the interpreted by qualified staff. There is an appropriate consultation with a radiologist and review of the radiographic interpretation (as appropriate).
- (6) The service implements a quality management program / system to ensure optimal diagnostic image quality with minimum hazards to patient and staff. The program includes:
 - QC in diagnostic imaging equipment and a preventive maintenance program
 - QC in radiograph technology
 - a process to ensure the needs of patients and referring physicians are being met
 - risk prevention and monitoring, e.g. radiation safety, drug safety
 - a process to review incidents and opportunities for improvement
 - staff performance evaluation
 - an annual review of the quality management program

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. บริการรังสีวิทยา และ Medical Imaging อื่น ๆ

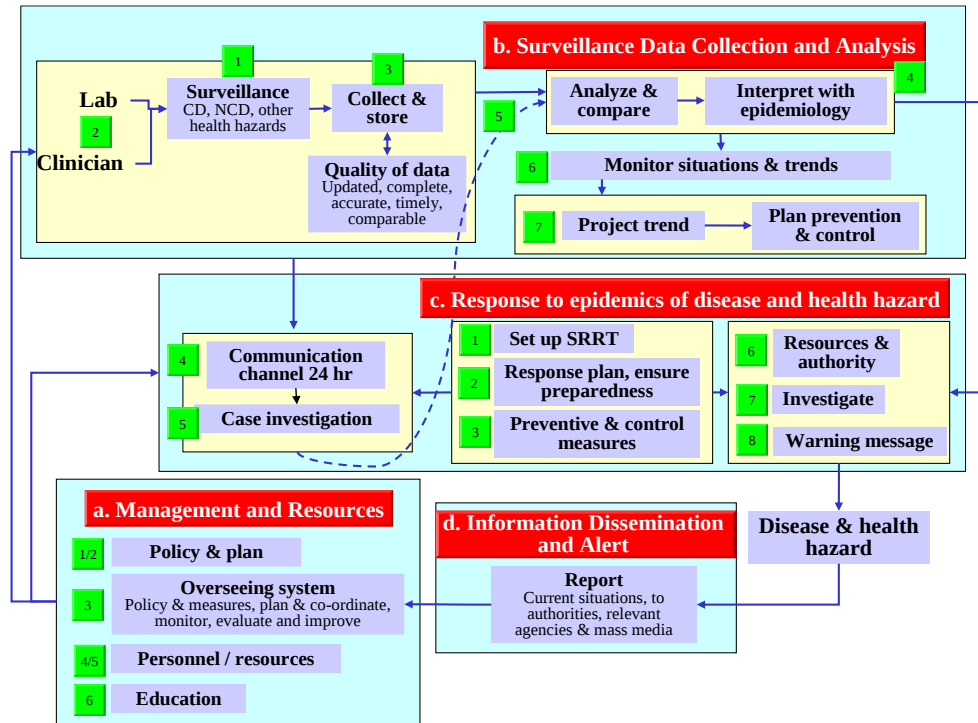
- (1) หน่วยบริการทางรังสีวิทยาและ medical imaging อื่น ๆ มีความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จะให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่, เป็นไปตามมาตรฐานกฎระเบียบ ข้อบังคับ, ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีอย่างเคร่งครัด. มีการตรวจวัดรังสีและการรายงานผล. การจัดพื้นที่ห้องตรวจและป้ายแสดงบริเวณรังสีที่ชัดเจน. มีการกำจัดการกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เพียงพอ ในการส่งตรวจทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่น ๆ. มีการสื่อสารข้อบ่งชี้ดังกล่าวให้หน่วยบริการและแพทย์ที่จะทำการตรวจและอ่านผล. ข้อบ่งชี้และการสื่อสารดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานแนวทางขององค์กรวิชาชีพและหลักฐานทางวิชาการ.
- (4) การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นไปอย่างถูกต้อง, มีการเขียน label ที่ถูกต้องและเหมาะสม. มีการจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดตำแหน่งและการตั้งค่าในการถ่ายภาพรังสี เพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยที่สุด.
- (5) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่น ๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.
- (6) บริการรังสีวิทยามีแผนงาน / ระบบบริหารคุณภาพที่จะสร้างความมั่นใจในคุณภาพของภาพรังสีที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด ประกอบด้วย:
 - การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางรังสี / medical imaging อื่น ๆ และแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
 - การควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม (กระบวนการทางรังสีเทคนิค¹³⁴)
 - การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้
 - การป้องกันและติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ความเสี่ยงจากการได้รับรังสี ความเสี่ยงในการใช้ยา
 - การทบทวนอุบัติการณ์และการหาโอกาสพัฒนา
 - การประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
 - การทบทวนแผนงานบริหารคุณภาพประจำปี

¹³⁴ การควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม เช่น การตรวจสอบคุณภาพของ processor ประจำวัน, การตรวจสอบความสะอาดของห้องมืดประจำสัปดาห์, การตรวจสอบ visual checklist ประจำเดือน, การตรวจสอบ phantom images ทุกสามเดือน, การตรวจสอบ viewboxes ทุกสามเดือน, การทำ repeat analysis ทุกสามเดือน, การวิเคราะห์การตกค้างของ fixer บนแผ่นฟิล์มทุกหกเดือน, การตรวจสอบ fog ในห้องมืดทุกหกเดือน, การตรวจสอบ screen-film contact ประจำปี, การตรวจสอบ screen cleanliness ประจำปีหรือเมื่อจำเป็น

II – 8 Disease and Health Hazard Surveillance

II – 8. Disease and Health Hazard Surveillance

The organization ensures the efficient surveillance for detecting abnormal occurrence of diseases and health hazards, and the prompt investigation to control further spreading.

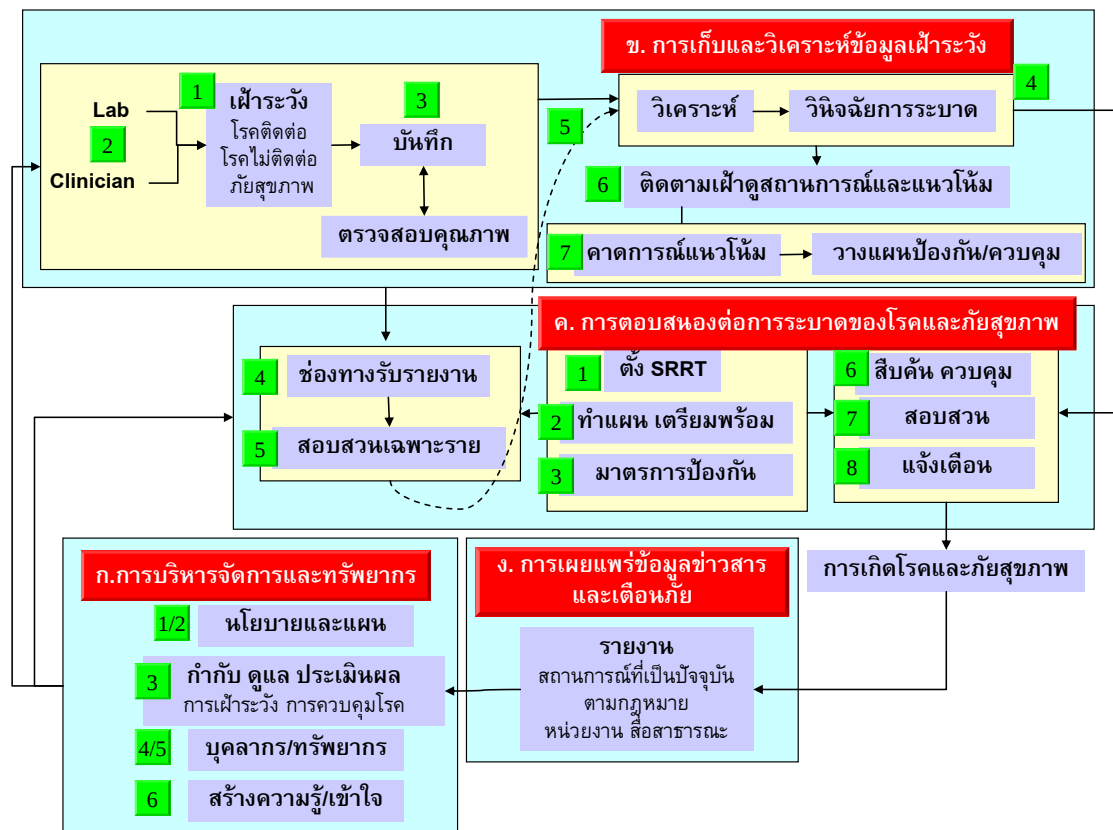


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

II – 8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

องค์กรมีความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

8. Disease and Health Hazard Surveillance

The organization ensures the efficient surveillance for detecting abnormal occurrence of diseases and health hazards, and the prompt investigation to control further spreading.

a. Management and Resources

- (1) The disease and health hazard surveillance policy that covers all the areas of service to patients, personnel and public is established.
- (2) A clear strategic and action plan relevant to disease and health hazard problems in the service area is established.
- (3) A system for overseeing, formulating policy and measures, planning and co-ordination, monitoring, evaluation and improving surveillance procedure is established.
- (4) A number of knowledgeable and skillful personnel, as appropriate, are available for operating disease and health hazard surveillance and investigation.
- (5) Adequate budget and other resources, and appropriate technologies are available for efficient disease and health hazard surveillance, investigation, and control.
- (6) Staff members at all levels are educated and aware of the concept, policy, plans and procedures for disease and health hazard surveillance.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

- (1) มีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน.
- (2) มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ¹³⁵ที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่.
- (3) มีระบบในการกำกับดูแล กำหนดนโยบายและมาตรการ วางแผน ประสานงาน¹³⁶ ติดตามประเมินผล¹³⁷ และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวัง.
- (4) มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรค ในจำนวนที่เหมาะสม¹³⁸.
- (5) มีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (6) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

¹³⁵ แผนปฏิบัติการควรได้จากการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งในการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญ

¹³⁶ การประสานงาน ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร

¹³⁷ การติดตามประเมินผล ควรพิจารณาผลลัพธ์ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย: ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง, ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่เฝ้าระวัง, การใช้ประโยชน์ข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อเร่งรัดหรือปรับเปลี่ยนมาตรการควบคุมป้องกันโรค, ความทันต่อสถานการณ์ในการสอบสวนโรคสำคัญ, ความสามารถในการหยุดยั้งการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

¹³⁸ จำนวนบุคลากรที่ทำหน้าที่เฝ้าระวัง เหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ หรือจำนวนเตียงของโรงพยาบาล

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

b. Surveillance Data Collection and Analysis

- (1) Surveillances for communicable diseases, non-communicable diseases, and other health hazards appropriate to the local health problems are continuously operated, and as required by laws or regulation of the Ministry of Public Health.
- (2) Healthcare providers, e.g. physicians, nurses, laboratory technicians, participate in the surveillance process.
- (3) Surveillance data is systematically and continuously collected and stored. Data is updated, complete, accurate, timely, and can be compared with previous surveillance data.
- (4) Surveillance data is continuously and consistently analyzed, compared and interpreted, using epidemiologic methods.
- (5) Detection of an abnormal increase or outbreak of disease is identified by regular surveillance data analysis, receiving information from clinicians, and reviewing laboratory reports.
- (6) Situations and trends of diseases under surveillance are continuously monitored and updated.
- (7) Trends of important diseases are projected for the purpose of disease prevention and control planning.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง

- (1) มีการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และตามที่กฎหมายหรือกระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ.
- (3) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (4) มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.
- (5) มีการค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค¹³⁹ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิก และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (6) มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (7) มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

¹³⁹ การระบาด มีความหมายเป็น 2 ลักษณะ

- (1) Epidemic หมายถึง การเกิดโรคมากผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ (mean + 2 S.D.) มักเกิดกับโรคที่พบบ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด
- (2) Outbreak หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (common activity) มักเกิดกับโรคที่พบประปราย แต่จำนวนไม่มาก (sporadic disease) เช่น การระบาดของอาหารเป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้วและกลับมาเป็นอีก ถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็นการระบาด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

c. Response to epidemics of disease and health hazard

- (1) A multidisciplinary surveillance and rapid response team (SRRT) is set up for timely response to epidemics of disease & health hazard.
- (2) Response plans for public health emergency are established, and ongoing preparedness is ensured.
- (3) Essential preventive and control measures for diseases and health hazards are established.
- (4) Communication channels and personnel are prepared to receive reports of public health emergency and case patients from clinicians 24 hours a day.
- (5) Case investigation is done immediately to prevent a spread of the disease in a timely manner.
- (6) Whenever an epidemic occurs, the team responsible for investigation and control has resources and authority to investigate and implement appropriate and comprehensive control measures in a timely manner.
- (7) Investigation of epidemic, unusual situation, cluster of illness, or epidemic trend is carried out to prevent widespread epidemic in a timely manner.
- (8) Warning messages about the disease and health hazard occurrence are disseminated to communities, governmental agencies and other relevant organizations in a timely manner.

d. Information Dissemination and Alert

- (1) Up-to-date reports of the current situation of diseases and health hazards under surveillance, including epidemics and investigations are established.
- (2) Cases report is disseminated to the local health authorities and relevant agencies according to the communicable disease act, international health regulations, and other regulations.
- (3) Up-to-date information on diseases and health hazards is continuously and consistently disseminated to the relevant agencies and mass media for prevention and control planning.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

- (1) มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- (2) มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- (3) มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- (4) มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคลากรทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมง.
- (5) มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันที่.
- (6) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสมอย่างรอบด้านและทันกาล.
- (7) มีการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันที่.
- (8) มีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลา.

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

- (1) มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวัง การระบาด และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค.
- (2) มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎหมายระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นๆ.
- (3) มีการเผยแพร่สารสนเทศการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อการวางแผนป้องกันและควบคุมโรค.

II – 9 Working with Community

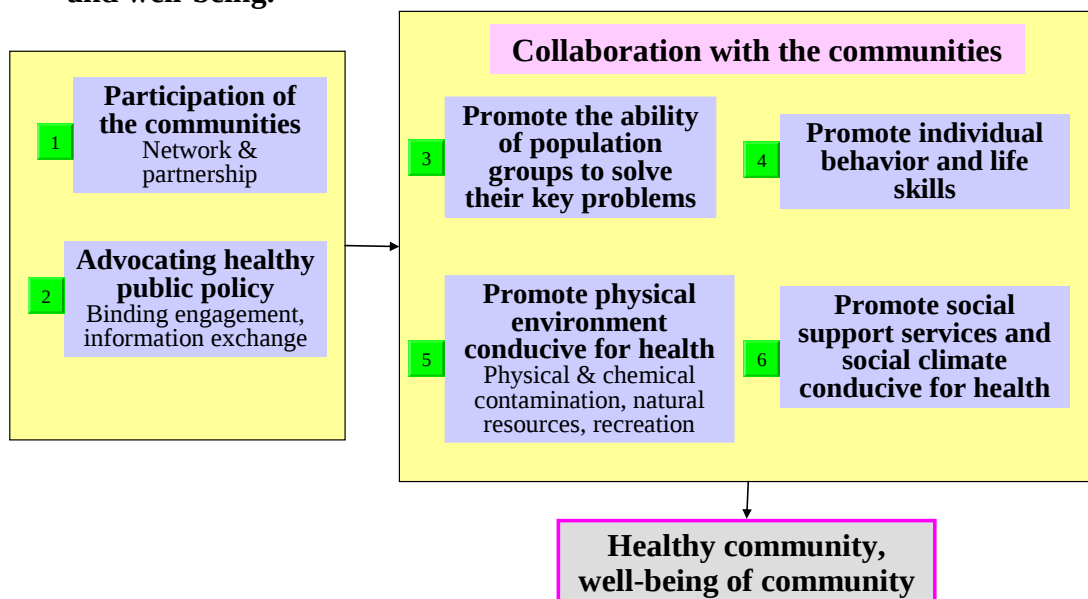
II – 9.1 Health Promotion for the Community

The healthcare team, in collaboration with the communities, provides health promotion program to meet the need of the communities it serves.



II – 9.2 Community Empowerment

The healthcare team works with the communities to support the development of the communities' capacities to improve its own health and well-being.

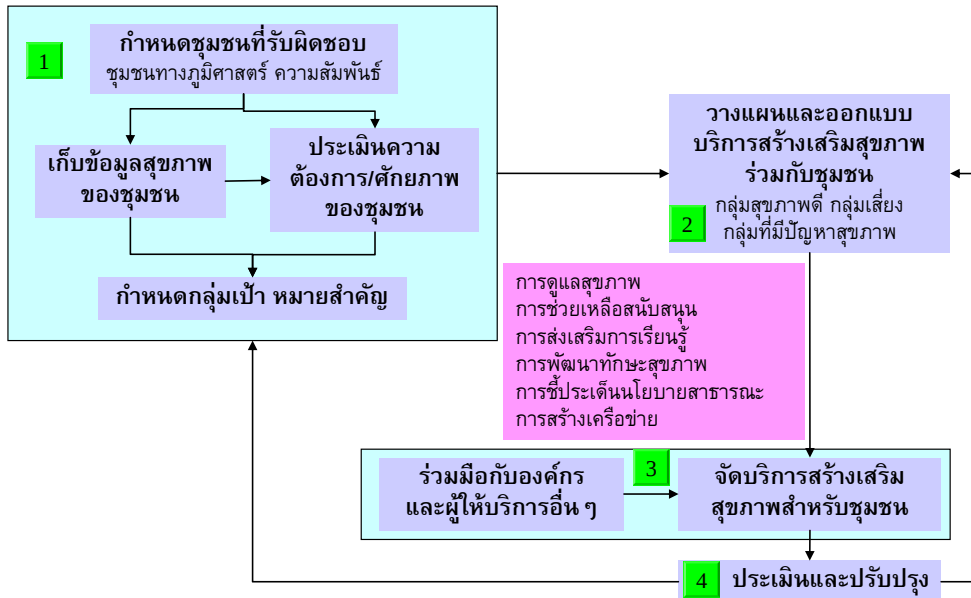


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II – 9 การทำงานกับชุมชน (COM)

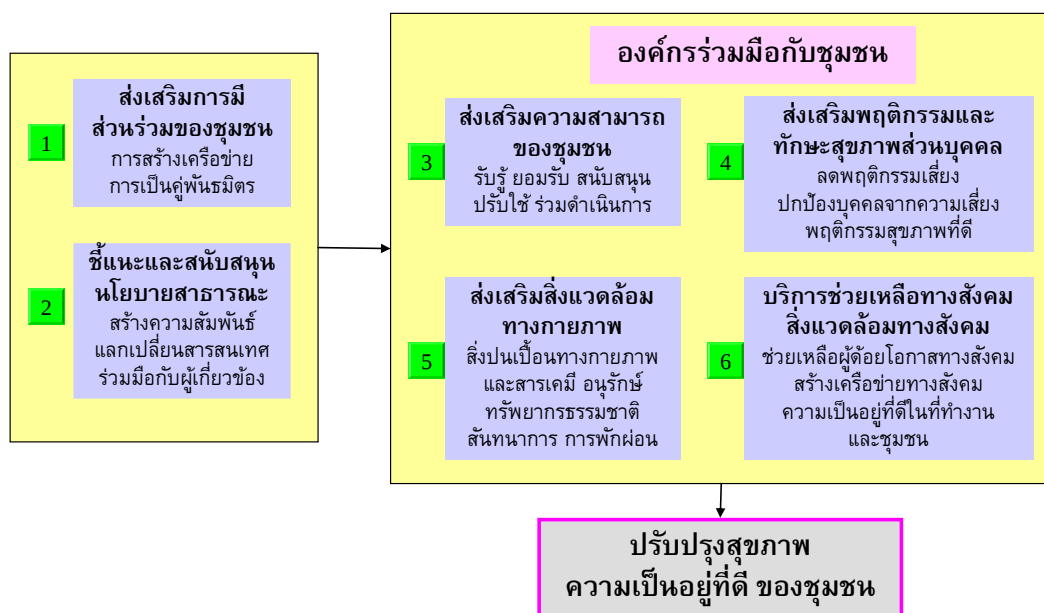
II – 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Community)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ



II – 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

9.1 Health Promotion for the Community

The healthcare team, in collaboration with the communities, provides health promotion program to meet the need of the communities it serves.

- (1) The healthcare team defines communities it serves, assesses the needs and capabilities of the communities it serves, and identifies key target groups.
- (2) The healthcare team, in collaboration with the communities, plans and designs its health promotion services to meet the needs and problems of the communities.
- (3) The healthcare team, in collaboration with other providers and organizations, carries out health promotion program for the communities.
- (4) The healthcare team evaluates and improves health promotion program for the communities.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน¹⁴⁰ จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ, ประเมินความต้องการ¹⁴¹ และศักยภาพของชุมชน, และกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน.
- (2) ทีมผู้ให้บริการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁴² ร่วมกับชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) ทีมผู้ให้บริการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน¹⁴³ โดยร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลและปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

¹⁴⁰ ชุมชน อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

¹⁴¹ การประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

¹⁴² การออกแบบและวางแผนบริการสร้างเสริมสุขภาพ ควรใช้ข้อมูลทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มบุคคล และระดับชุมชน, ควรครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ, แผนควรประกอบด้วยเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และตัวชี้วัดที่เหมาะสม

¹⁴³ บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ การชี้ประเด็นที่เป็นนโยบายสาธารณะ และการสร้างเครือข่าย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

9.2 Community Empowerment

The healthcare team works with the communities to support the development of the communities' capacities to improve its own health and well-being.

- (1) The organization promotes participation, mobilizes the network, and strengthens partnership with the communities.
- (2) The organization takes part in advocating healthy public policy through binding engagement of key persons and information exchange.
- (3) The organization, in collaboration with the communities, promotes the ability of population groups to find solutions for key problems identified by the communities.
- (4) The organization, in collaboration with the communities, promotes individual health-related behavior and life skills (including knowledge, attitude, beliefs, values) that are significant for one's own health.
- (5) The organization, in collaboration with the communities, promotes physical environment conducive for health in the community.
- (6) The organization, in collaboration with the communities, promotes social support services and social climate conducive for health.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร¹⁴⁴ ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรมีส่วนร่วมในการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง.
- (3) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถ¹⁴⁵ของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.
- (4) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล (รวมถึงความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม) ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน¹⁴⁶.
- (5) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี¹⁴⁷.
- (6) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี¹⁴⁸.

¹⁴⁴ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

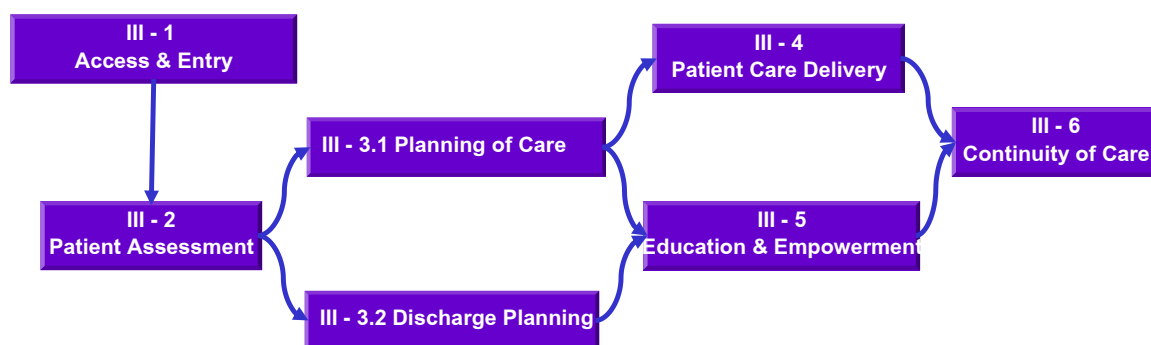
¹⁴⁵ การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มในชุมชน มีขั้นตอนเป็นลำดับคือ รับรู้, ยอมรับ, สนับสนุน, ปรับใช้, ร่วมดำเนินการ

¹⁴⁶ พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร), การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ, การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง, การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

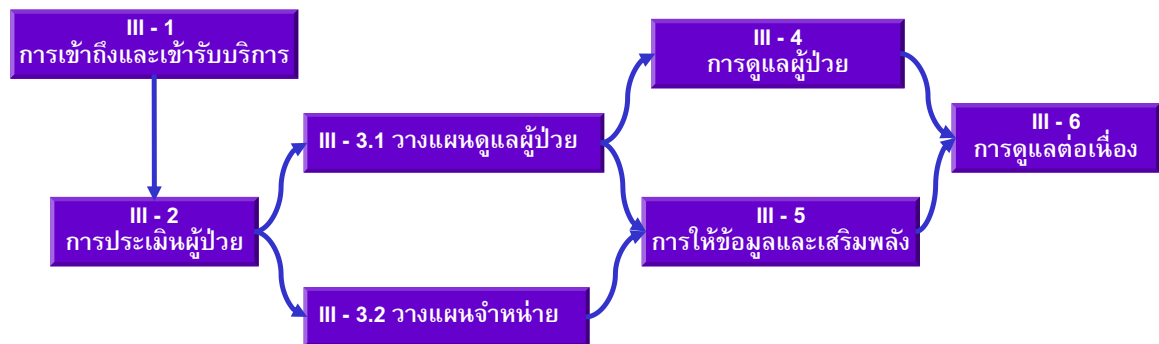
¹⁴⁷ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่นละอองในอากาศ สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร เสี่ยง, การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

¹⁴⁸ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม), การสร้างเครือข่ายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

PART III PATIENT CARE PROCESSES



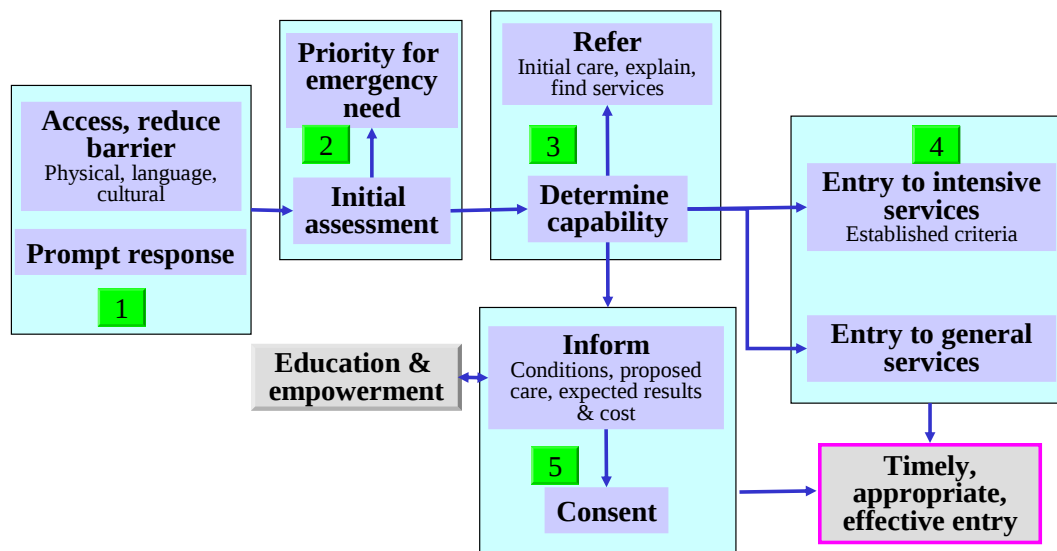
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



III – 1 Access and Entry

III –1. Access & Entry

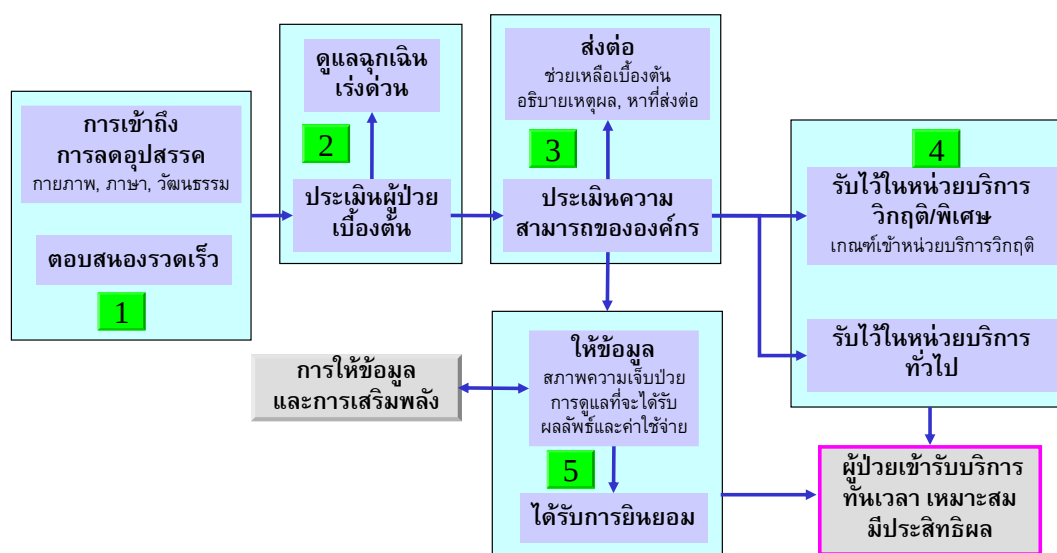
The healthcare team ensures access to essential services with minimal barrier, ensures that an entry process is timely, meets patient problems / needs, is coordinated and supported by suitable and effective systems and environment.



III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

III – 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย ทันท่วงที มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ



III – 1 Access and Entry

The healthcare team ensures access to essential services with minimal barrier, ensures that an entry process is timely, meets patient problems / needs, is coordinated and supported by suitable and effective systems and environment.

- (1) Communities are able to access a range of services that are appropriate to their needs. The healthcare team seeks to reduce physical, language, cultural, and other barriers to access of services. The healthcare team responds promptly to those who ask for services. Waiting times for services are acceptable to the communities they serve.
- (2) Patients with emergency or immediate needs are given priority for assessment and treatment.
- (3) Capability to offer services or accept patient is determined, using the established criteria. If the healthcare team cannot provide services to the patient, it provides appropriate initial care, explains the reasons why, and helps patients to find other more appropriate services.
- (4) Transfer to or entry to units providing intensive or specialized services is determined by established criteria.
- (5) At admission, patients / families are given clear, understandable and appropriate information about their conditions, the proposed care, the expected results of that care, any expected cost. Informed consent is obtained before starting any service or intervention, ensuring that patients / families receive and understand necessary information, have time to consider before making decision, and proper records are made.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

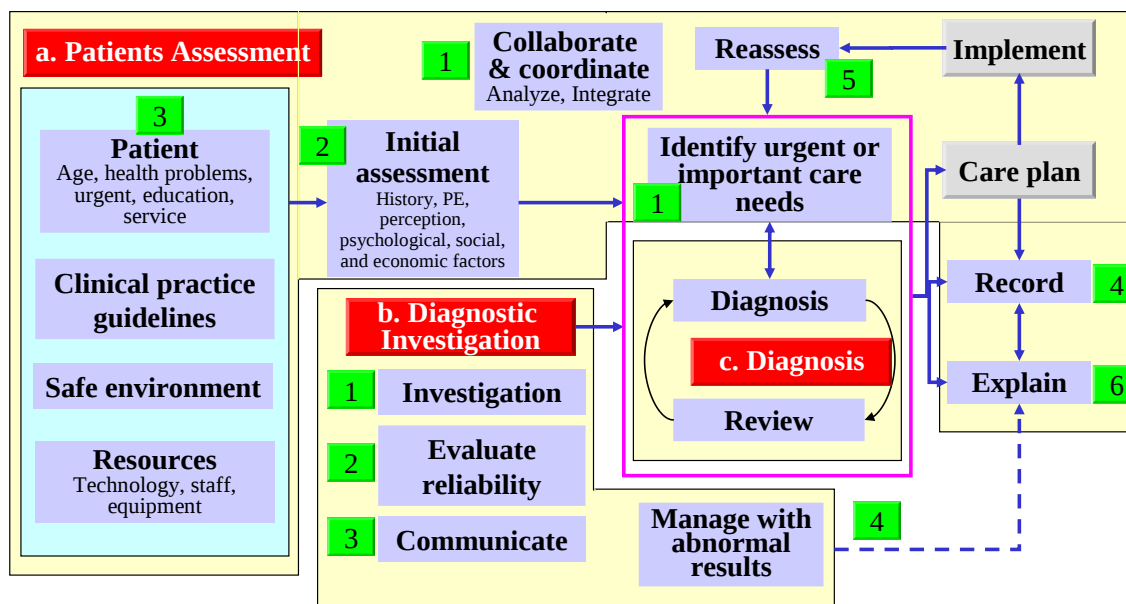
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ง่าย, กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพ / ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ.

- (1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับความต้องการของตน. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.
- (2) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการประเมินและดูแลรักษาเป็นอันดับแรก.
- (3) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ถ้าไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.
- (4) การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (5) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล, มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย การดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์ และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น แก่ผู้ป่วย / ครอบครัว อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย. มีกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ป่วย / ครอบครัวก่อนที่จะให้บริการหรือกระทำหัตถการสำคัญ และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ มีเวลาที่จะพิจารณาก่อนตัดสินใจ และมีการบันทึกที่เหมาะสม.

III - 2 Patient Assessment

III – 2. Patient Assessment

All patients have their healthcare needs and problems identified accurately in a comprehensive and appropriate manner.

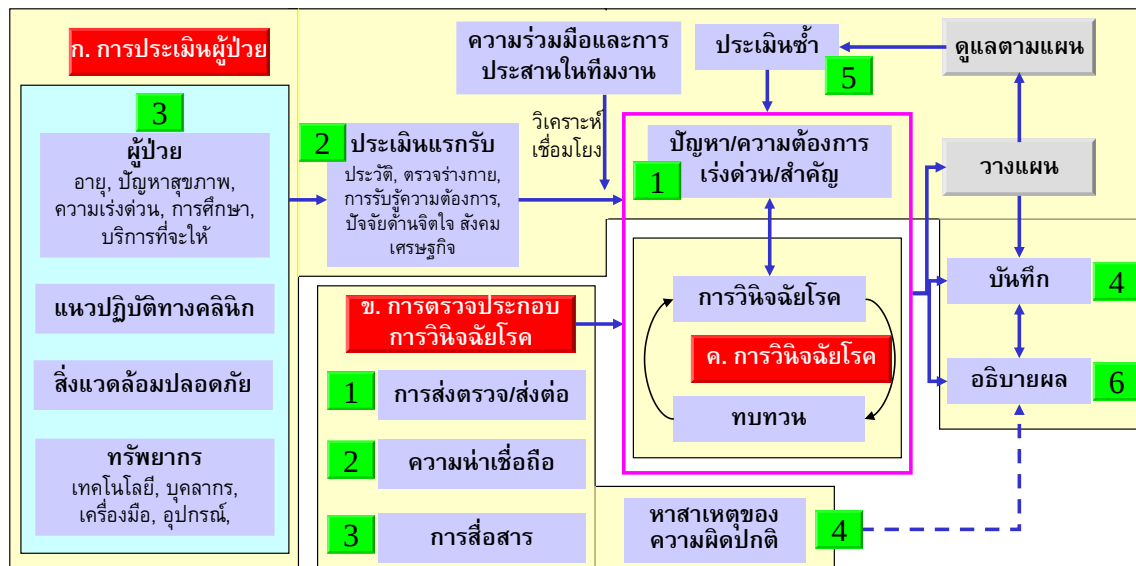


ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III - 2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

III – 2. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม



III - 2 Patient Assessment

All patients have their healthcare needs and problems identified accurately in a comprehensive and appropriate manner.

a. Patients Assessment

- (1) A comprehensive patient assessment is coordinated to reduce unnecessary repetition. Professionals responsible for patient care collaborate to analyze and integrate patient assessments. The most urgent or important care needs are identified.
- (2) Each patient's initial assessment includes: health history and physical examination, patient's perception of his / her needs, an evaluation of psychological, social, and economic factors.
- (3) The assessment method is appropriate with each patient, under a safe environment and adequate resources. When available, clinical practice guidelines that are appropriate to the patients and resources are used to guide patient assessment.
- (4) Patients are assessed within the time frame established by the organization. Assessment findings are documented in the patient's record and readily available to those responsible for the patient's care.
- (5) All patients are reassessed at appropriate intervals to determine their response to treatment.
- (6) The healthcare team shares the assessment results with patients and families in a clear and easy-to-understand way.

b. Diagnostic Investigation

- (1) Essential diagnostic investigation is provided or referred to other facilities in a timely manner.
- (2) The reliability of diagnostic investigation results is evaluated, comparing with patient's condition.
- (3) The diagnostic investigation results are effectively communicated and documented; ensuring that physicians get results in a timely manner, results are easily retrieved, without loss, and with proper confidential precaution.
- (4) There is an attempt to explain or further investigate if the investigation results are abnormal.

c. Diagnosis

- (1) The patients receive correct diagnosis with enough documented evidence to support the diagnosis. The diagnosis is recorded in the determined period, and is updated when there is more information. The appropriateness of diagnosis and consistency of diagnosis by each profession in the healthcare team is reviewed regularly.

III - 2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน, ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย ประวัติสุขภาพ, การตรวจร่างกาย, การรับรู้ความต้องการของตนโดยผู้ป่วย, การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม¹⁴⁹ เศรษฐกิจ.
- (3) วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย¹⁵⁰ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ¹⁵¹. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรเพื่อขึ้นการประเมินผู้ป่วย ถ้ามีแนวทางดังกล่าว.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่กำหนดโดยองค์กร. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

ข. การส่งตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นครบถ้วน หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม.
- (2) มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสถานะของผู้ป่วย.
- (3) มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม สามารถสืบค้นผลการตรวจได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) มีการอธิบายหรือส่งตรวจเพิ่มเติม เมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ.

ค. การวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค. มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม. มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ .

¹⁴⁹ ปัจจัยด้านสังคม รวมถึงความช่วยเหลือจากชุมชนและครอบครัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล ความสามารถในการสื่อสาร และความสามารถในการดูแลตนเอง

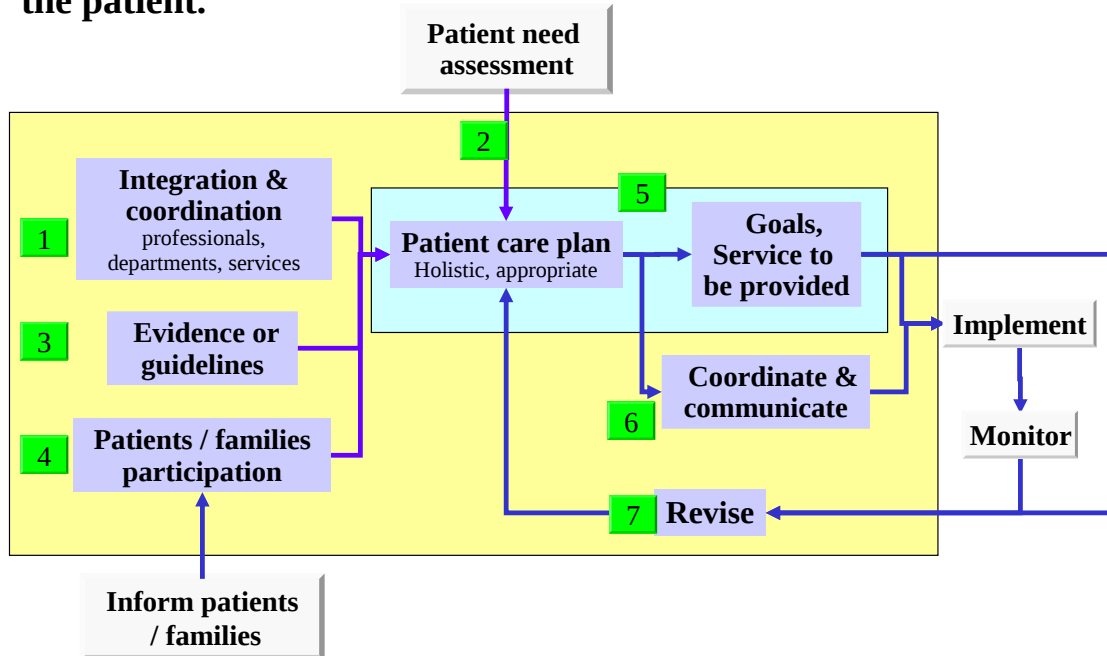
¹⁵⁰ วิธีการประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสม ควรพิจารณา อายุ ปัญหาสุขภาพ ความเร่งด่วน ระดับการศึกษา / ภาษา / วัฒนธรรมของผู้ป่วย การตรวจประกอบการวินิจฉัยโรคที่เคยทำ บริการหรือการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วย

¹⁵¹ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย ควรพิจารณา เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ การเก็บข้อมูล

III-3 Planning

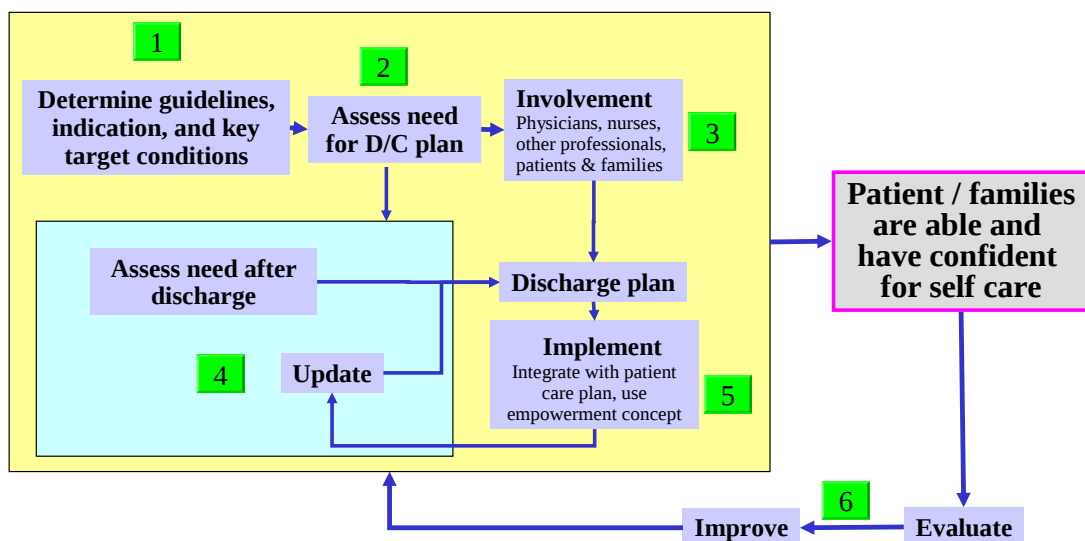
III – 3.1 Planning of Care

The healthcare team ensures a coordinated patient care plan with goals developed in response to health problems / needs of the patient.



III – 3.2 Discharge Planning

Discharge planning process enables self care of patients and ensures that patient's ongoing needs after discharge are met.

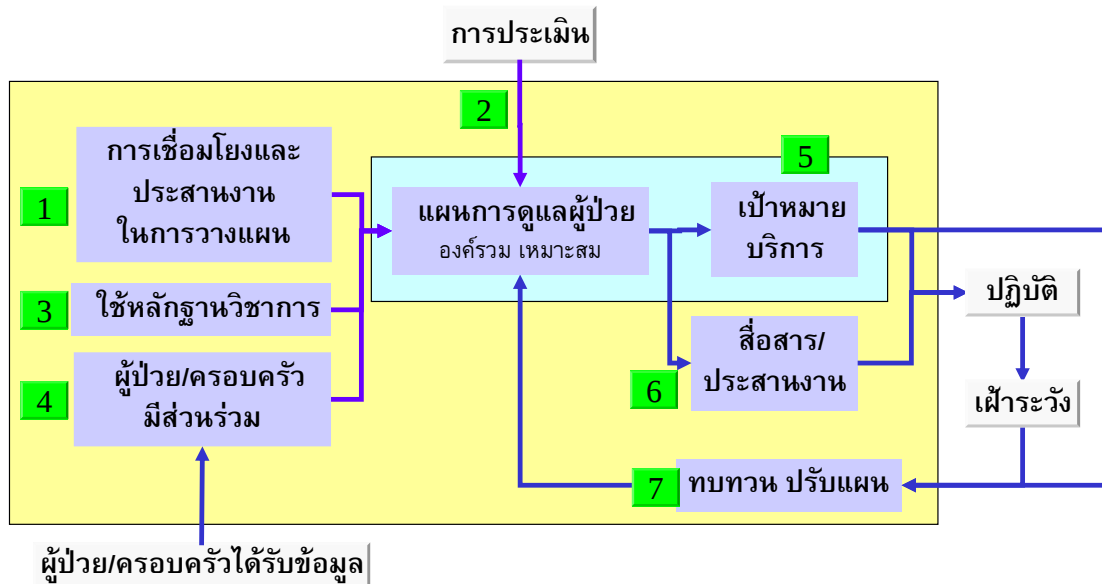


ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3 การวางแผน (PLN)

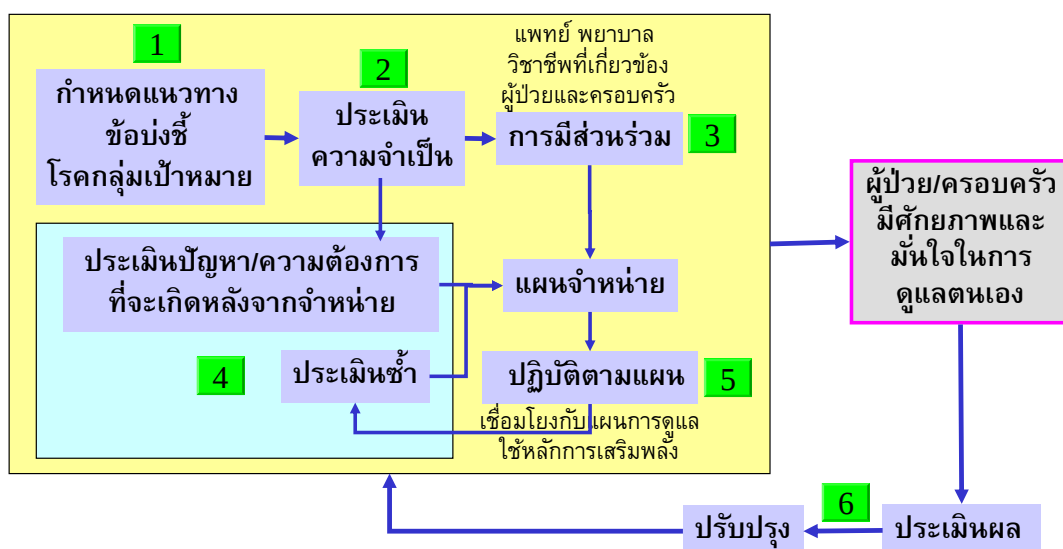
III – 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย



III – 3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

3.1 Planning of Care

The healthcare team ensures a coordinated patient care plan with goals developed in response to health problems / needs of the patient.

- (1) Patient care planning is integrated and coordinated among professionals, departments, and services.
- (2) The patient care plan is based on patient's needs identified in the assessment process in a holistic way.
- (3) Appropriate evidence or guidelines are used to guide the patient care plan.
- (4) Patients and families have opportunities to make informed decision on choice of treatment and participate in the planning of care.
- (5) The patient care plan includes the goals to be achieved and service to be provided.
- (6) The care plan is effectively coordinated and communicated to all team members and relevant services in a timely basis, and the team members understand the role of each other.
- (7) The patient care plan is revised when indicated by a change in the patient's condition.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการ ต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินอย่างเป็นองค์รวม¹⁵².
- (3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วย / ครอบครัวมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และร่วมในการวางแผนการดูแล.
- (5) แผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเป้าหมายที่ต้องการบรรลุและบริการที่จะให้เพื่อบรรลุเป้าหมาย.
- (6) มีการสื่อสาร / ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม โดยสมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

¹⁵² แผนการดูแลผู้ป่วยที่ตอบสนองปัญหา / ความต้องการอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ค่านึงถึงวิถีชีวิต ข้อจำกัด ความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ครอบครัว

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

3.2 Discharge Planning

Discharge planning process enables self care of patients and ensures that patient's ongoing needs after discharge are met.

- (1) Guidelines, indication, and key target conditions for discharge planning are determined.
- (2) The need for discharge planning of an individual patient is determined early in the care process.
- (3) Physicians, nurses, other relevant professionals, including patients and their families, are involved in discharge planning.
- (4) Patient's needs after discharge are assessed and updated throughout the hospital stays.
- (5) Discharge plan is implemented in an integrated manner with patient care plan, using empowerment concept to ensure that patients and families have capability and confidence in management of self-care.
- (6) The discharge planning process is evaluated and improved using information from patients' follow up and feed back from other relevant health service providers.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

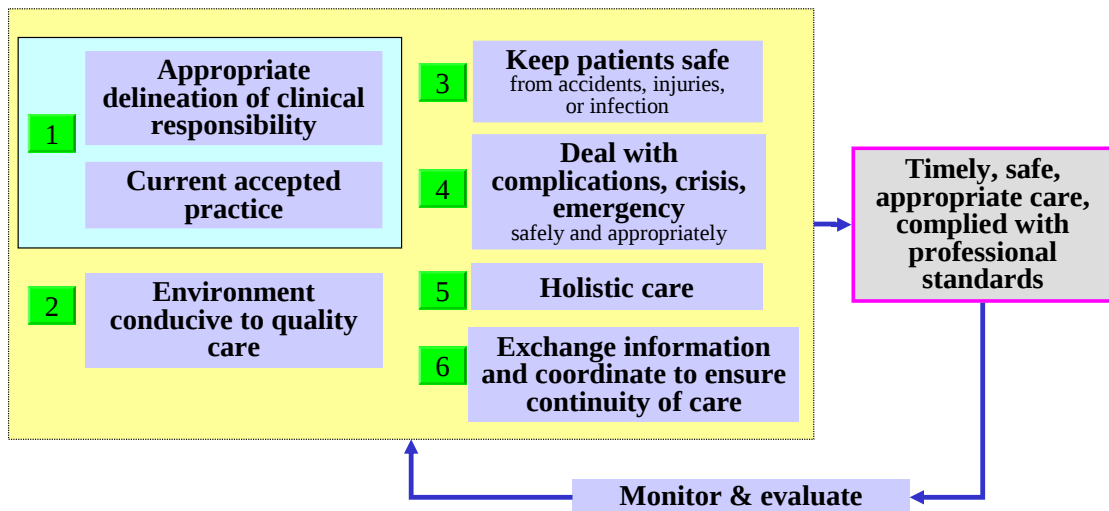
มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.

- (1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.
- (2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้.
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย.
- (4) มีการประเมินและระบุปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะ ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

III-4 Patient Care Delivery

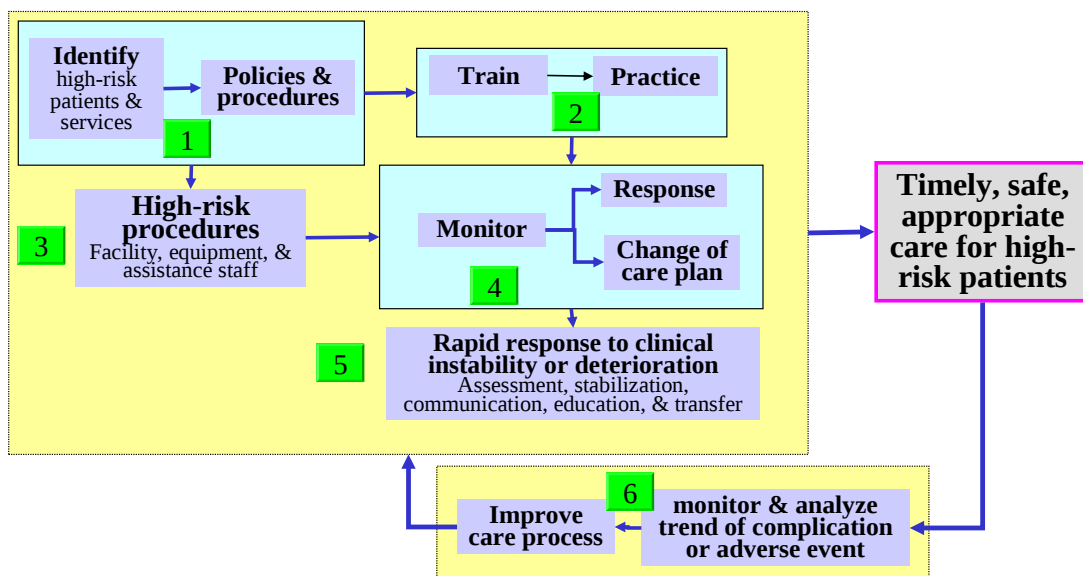
III - 4.1 General Care Delivery

The healthcare team ensures that care is delivered in a timely, safe, and appropriate manner according to professional standards.



III - 4.2 Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services

The healthcare team ensures that care of high-risk patients and high-risk services is delivered in a timely, safe, and appropriate manner according to professional standards.

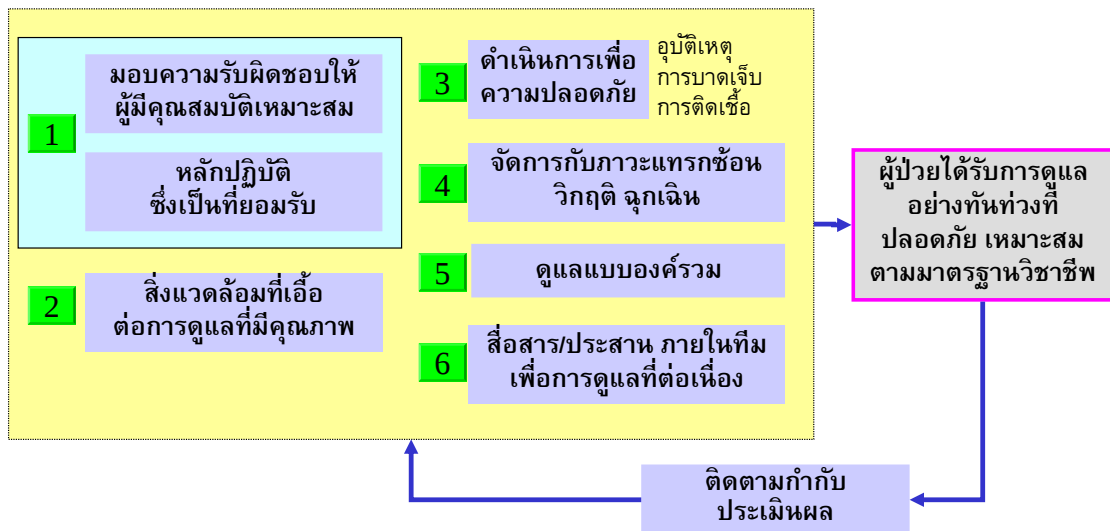


ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)

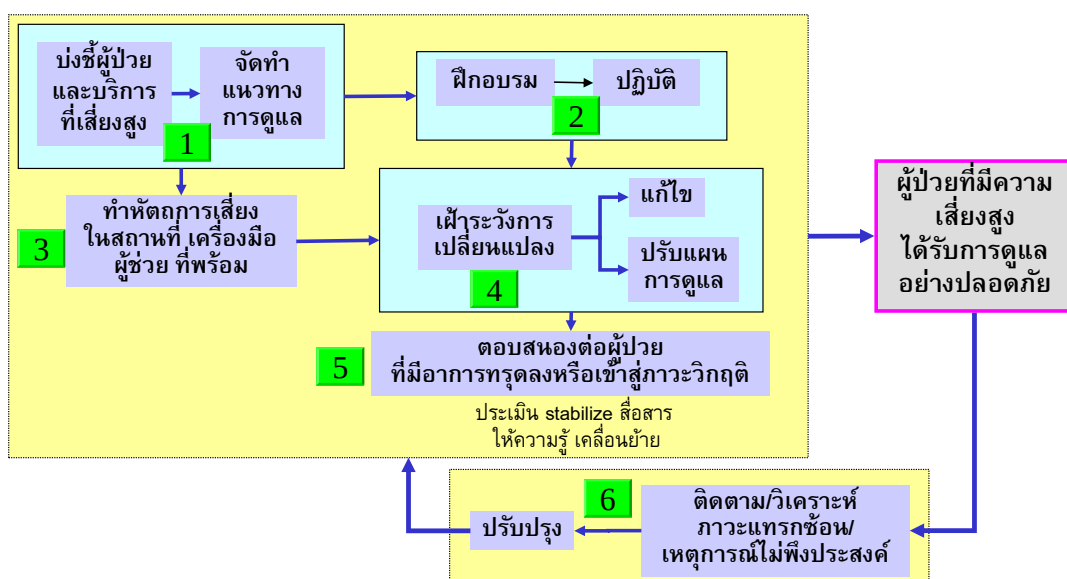
III - 4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ



III - 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

4.1 General Care Delivery

The healthcare team ensures that care is delivered in a timely, safe, and appropriate manner according to professional standards.

- (1) Care is delivered in a timely, safe, and appropriate manner with appropriate delineation of clinical responsibility. The care meets current accepted practice throughout the organization.
- (2) Care environment is conducive to the provision of quality care, considering patient dignity and privacy, pleasant and clean surroundings, prevention of hazards / stress / noise / other disturbance.
- (3) The care team takes all reasonable steps to keep patients safe from accidents, injuries, or infection.
- (4) The care team has a process for safely and appropriately dealing with complications, a crisis, or an emergency.
- (5) The care team response to the patient's need in a holistic way, especially emotional and psychosocial problems.
- (6) The care team exchanges information and coordinates to ensure continuity of care.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาด ความปลอดภัย การป้องกันอันตราย / ความเครียด / เสียง / สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการดำเนินการทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือการติดเชื้อ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (5) ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม.
- (6) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล.

4.2 Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services

The healthcare team ensures that care of high-risk patients and high-risk services is delivered in a timely, safe, and appropriate manner according to professional standards.

- (1) The healthcare team identifies the high-risk patients and high-risk services, and collaboratively develops applicable policies and procedures for caring of these high-risk conditions.
- (2) Staffs have been trained and use the policies and procedures to guide care of these high risk conditions.
- (3) The high-risk procedures must be performed in an appropriate facility, with available essential equipment and assistance staff.
- (4) The high-risk patients or patients receiving high-risk services are monitored as appropriate to the patients' condition, with timely response or change of care plan.
- (5) When there is a sign of clinical instability or deterioration, assistance by a more expert staff or health care team can be made in a timely manner for patient assessment, stabilization, communication, education, and transfer (if necessary).
- (6) The care team monitors and analyzes trend of complication or adverse event in these patients to improve the patient care processes.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วย¹⁵³และบริการ¹⁵⁴ที่มีความเสี่ยงสูง และร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว.
- (2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ.
- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ, มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันทั่วทั้งที่ในการประเมินผู้ป่วย การช่วย stabilize ผู้ป่วย การสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

¹⁵³ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย, ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว, ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ, ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

¹⁵⁴ บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต, ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง, หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด, การช่วยฟื้นคืนชีพ, การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด, การใช้เครื่องผูกยึด, การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation)

4.3 Specific Care

The healthcare team ensures that key specific services are delivered in a timely, safe, and appropriate manner according to professional standards.

a. Anesthesia Care

- (1) A pre-anesthesia assessment is performed to identify any potential risk that may occur during anesthesia, of which information is used for planning of appropriate anesthesia and consultation with relevant specialist.
- (2) Patients / families receive essential information about anesthesia, participate in decision making on choice of anesthesia, if possible. Pre-anesthesia preparation, both physical and mental, is performed.
- (3) The anesthetic process is carried out smoothly and safely, based on the professional standards best fit for the hospital situation, by qualified staff.
- (4) During anesthesia and post-anesthesia, each patient's physiological status is monitored and documented. It is well prepared to deal with emergency situation during anesthesia and recovery. A qualified individual discharges the patient from the recovery area using established criteria.
- (5) Equipment, supplies, and medications recommended by anesthesia professional organization are used.

b. Surgical Care

- (1) Each patient's surgical care is planned. The planning process considers all available assessment information. The surgical care plan is documented in the patient's record, including a preoperative diagnosis. The care team assesses patient's risks and coordinated with relevant professionals for a safe care.
- (2) The rational, options of surgical procedures and blood use, risks, potential complications are discussed with the patient, family, or those who make decisions for the patient.
- (3) The elective and emergency patients receive preoperative preparation, both physically and psychologically, for patient readiness, and reduction of surgical risks and infection. There is an appropriate measure to prevent wrong patient and wrong site surgery.
- (4) Surgical care is undertaken under well-prepared, efficient, and safe condition.
- (5) The surgery performed is written in the patient's record on a timely basis to support communication among the care team and support a continuum of post-surgical care.
- (6) The monitoring and care after surgery is appropriate to the patient's condition and the procedure performed.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วถึงที่ปลอดภัยเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก, นำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกถ้าเป็นไปได้. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในปัจจุบันของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม¹⁵⁵.
- (4) มีการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้นอย่างครบถ้วน. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น. ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอพักฟื้นโดยผู้มีความรู้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- (5) มีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ

ข. การผ่าตัด

- (1) มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า. มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย¹⁵⁶
- (5) มีการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (6) มีการติดตามดูแลหลังผ่าตัดเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการผ่าตัด.

¹⁵⁵ บุคลากรที่จะทำหน้าที่ให้การระงับความรู้สึก ควรได้รับการฝึกอบรมและมีจำนวนผู้ป่วยขั้นต่ำที่ให้การระงับความรู้สึกในแต่ละปี ตามที่องค์กรวิชาชีพกำหนด

¹⁵⁶ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียน และการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด, การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด, การทำความสะอาดเครื่องมือ / อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ, การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย, การดูแลระหว่างรอผ่าตัด, การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์, การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย, การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

c. Food and Nutrition Therapy

- (1) Patients receive appropriate food, with adequate nutritional value for their basic need, through a good food service.
- (2) Patients at nutrition risk receive nutritional assessment and planning, and receive adequate nutritional therapy.
- (3) Patients and families are educated on food, nutrition, and nutritional therapy to enable them for behavioral change, food preparation and consumption that are appropriate with their illnesses.
- (4) Food preparation, storage, delivery, and handling of dishes / equipment / waste / residual food are safe and comply with acceptable practices to reduce the risk of contamination, spoilage, vectors, and spreading of diseases.

d. End-Of-Life Care

- (1) Staffs are aware of patients' unique needs at the end of life.
- (2) Patients / families are assessed / reassessed for symptoms, response to symptom management, psychosocial and spiritual needs.
- (3) The care team ensures appropriate care of those dying by taking intervention to manage symptoms; taking intervention that address psychosocial, emotional, and spiritual needs; involving the patient and family in care decisions.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหาร¹⁵⁷ที่ดี.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด, ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร¹⁵⁸ การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ / อุปกรณ์ / ของเสีย / เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- (1) บุคลากรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย.
- (2) ผู้ป่วย / ครอบครัว ได้รับการประเมิน / ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ, ความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ¹⁵⁹, การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

¹⁵⁷ ระบบบริการอาหารที่ดี ได้แก่ การจัดทำเมนูอาหาร การกำหนดเวลาให้บริการ ระบบการส่งอาหาร ระบบการตรวจสอบ การประเมินติดตามการบริโภคและแก้ไขปรับปรุง

¹⁵⁸ กระบวนการผลิตอาหาร ครอบคลุม การเลือกซื้อและการเก็บวัตถุดิบ การจัดเตรียมและการประกอบอาหาร การบรรจุภาชนะ

¹⁵⁹ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเคารพในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

e. Pain Management

- (1) Patients are assessed for pain. When pain is identified, a comprehensive pain assessment is performed to measure pain intensity and quality.
- (2) The care team ensures appropriate pain management.

f. Rehabilitation Service

- (1) A rehabilitation plan, based on assessment of the patient's physical, emotional, and social status, is developed to guide rehabilitation services to reach personal rehabilitation goals.
- (2) Rehabilitation restores, improves, or maintains the patient's optimal level of functioning, self-care, self-responsibility, independence, and quality of life.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

จ. การบำบัดอาการเจ็บปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงและลักษณะของอาการเจ็บปวด.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้การบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสม.

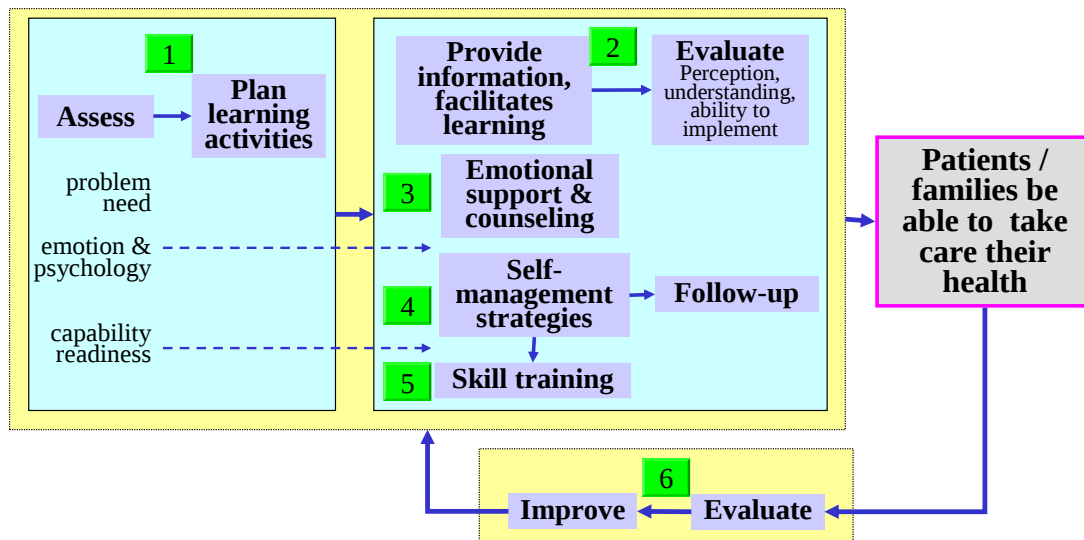
ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

- (1) มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เพื่อชี้แนะการดูแลด้านฟื้นฟูสภาพตามสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย
- (2) การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นฟูระดับหรือสร้างไว้ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย

III-5 Information and Empowerment for Patient / Family

III - 5. Information and Empowerment for Patients / Families

The healthcare team provides patients and families with information on their health condition and planned activities to empower them, encourages them to carry out their responsibilities, and to facilitate integration of health promotion in all patient pathways.

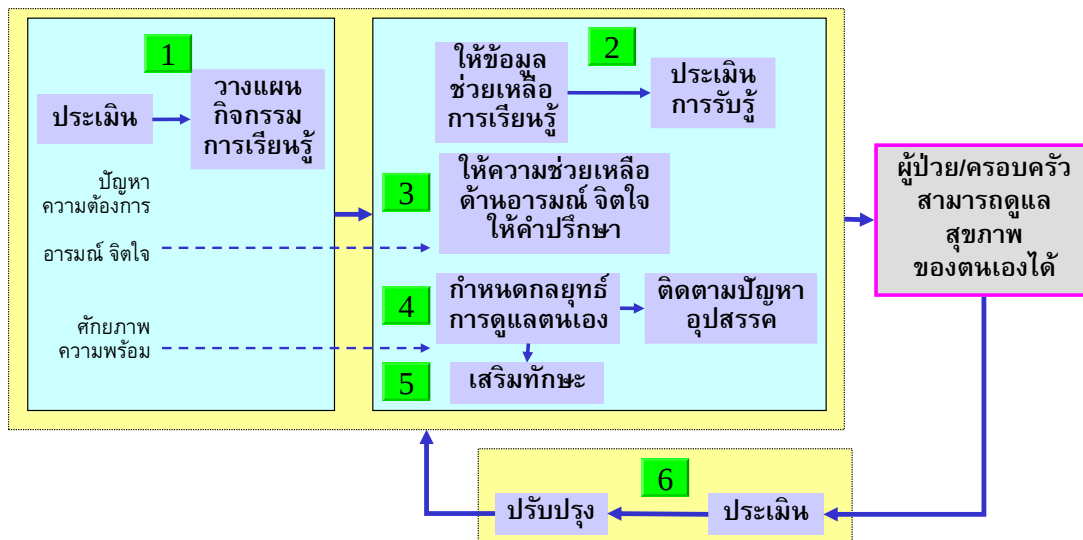


ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

III - 5. การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients / Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล



III-5 Information and Empowerment for Patient / Family

The healthcare team provides patients and families with information on their health condition and planned activities to empower them, encourages them to carry out their responsibilities, and to facilitate integration of health promotion in all patient pathways.

- (1) The healthcare team assesses patients to plan and determine learning activities. The assessment includes patients' problems and needs, capability, emotional and psychological condition, readiness for learning and self-care.
- (2) The healthcare team provides essential information and facilitates learning for self-care and good health behavior to patients and families. Such information and learning is appropriate for patient's problem, timely, clear and understandable. Perception, understanding, ability to implement are evaluated.
- (3) The healthcare team provides appropriate emotional support and counseling to help patients and families.
- (4) The healthcare team and patients / families, collaboratively determine appropriate self-management strategies, including continuously follow up on problems and difficulties in self-care
- (5) The healthcare team provides essential skill training for patients / families, and ensures that patients / families are able to do by themselves.
- (6) The healthcare team evaluates and improves the effectiveness of health education, learning and empowerment program.

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้. การประเมินครอบคลุม ปัญหา / ความต้องการของผู้ป่วย, ชีตความสามารถ, ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ, ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁶⁰, อย่างเหมาะสมกับปัญหา เวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ¹⁶¹. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁶².
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย / ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย¹⁶³, รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย / ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัว.

¹⁶⁰ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

¹⁶¹ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

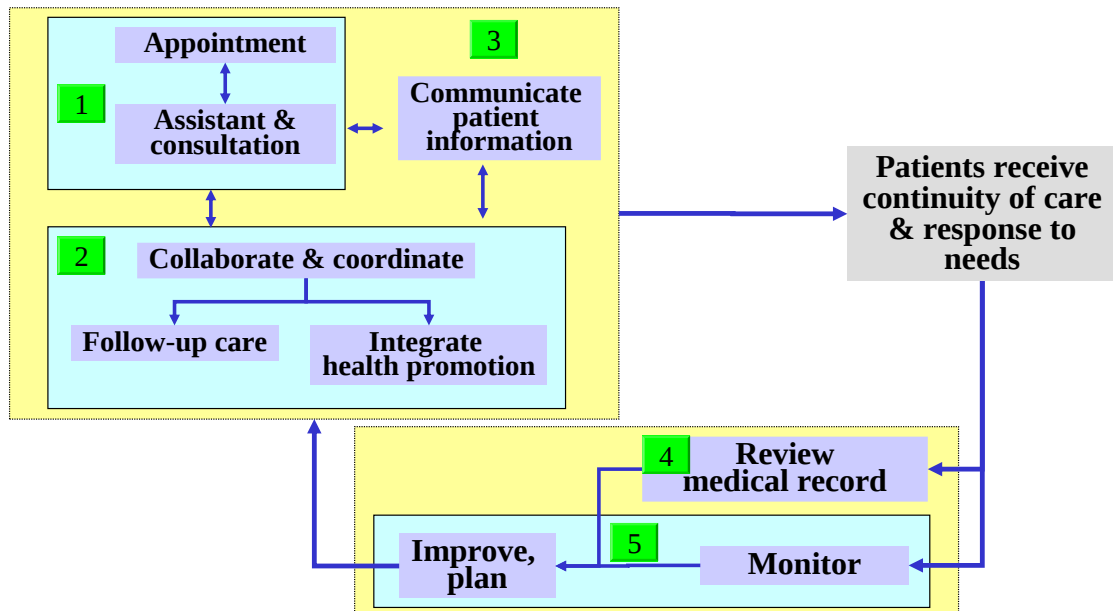
¹⁶² การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

¹⁶³ การกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

III-6 Continuity of Care

III - 6 Continuity of Care

The healthcare team collaborates and co-ordinates for effective follow-up and continuity of care.

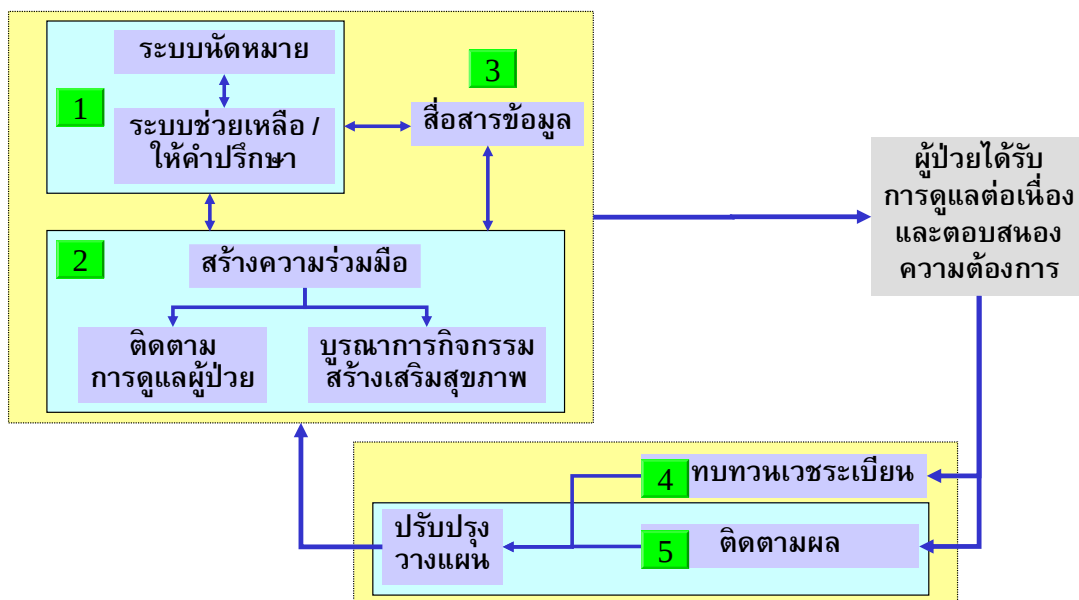


ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

III - 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี



III-6 Continuity of Care

The healthcare team collaborates and co-ordinates for effective follow-up and continuity of care.

- (1) When indicated, appointment is made for follow up care. Assistant and consultation for the discharged patients are arranged as appropriate.
- (2) The organization collaborates and co-ordinates with other relevant health care providers, organizations, communities, and other sectors to allow continuity of follow-up care and integrate health promotion activities in patient pathways.
- (3) Patient information is effectively communicated to all relevant health care providers in the continuum of care, both inside and outside the organization, considering confidentiality of patient information.
- (4) Medical records are reviewed to ensure the documentation facilitate continuing care.
- (5) Patient results are continuously monitored to ensure that patients' needs are met and the information is used for improvement and planning future services.

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่
ให้ผลดี.

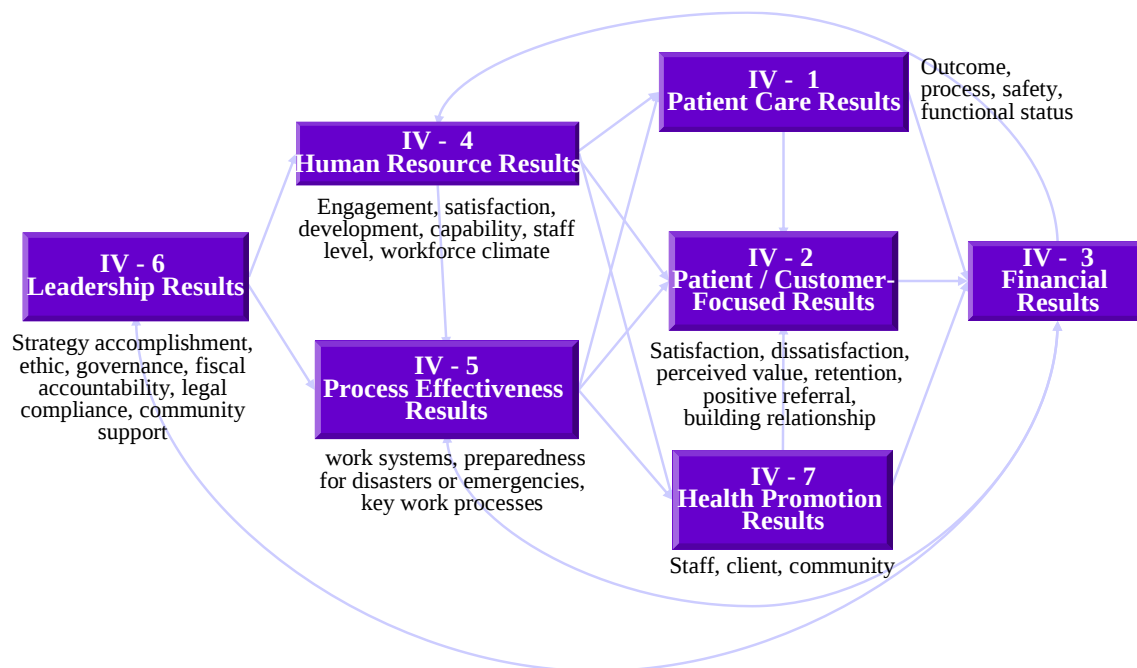
- (1) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้. มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.
- (2) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (3) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.
- (4) มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.
- (5) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง¹⁶⁴ เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุง/วางแผนบริการในอนาคต.

¹⁶⁴ ติดตามผลจากผู้ป่วยโดยตรงหรือจากหน่วยบริการสุขภาพที่ได้รับการส่งต่อ

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

PART IV ORGANIZATION PERFORMANCE RESULTS

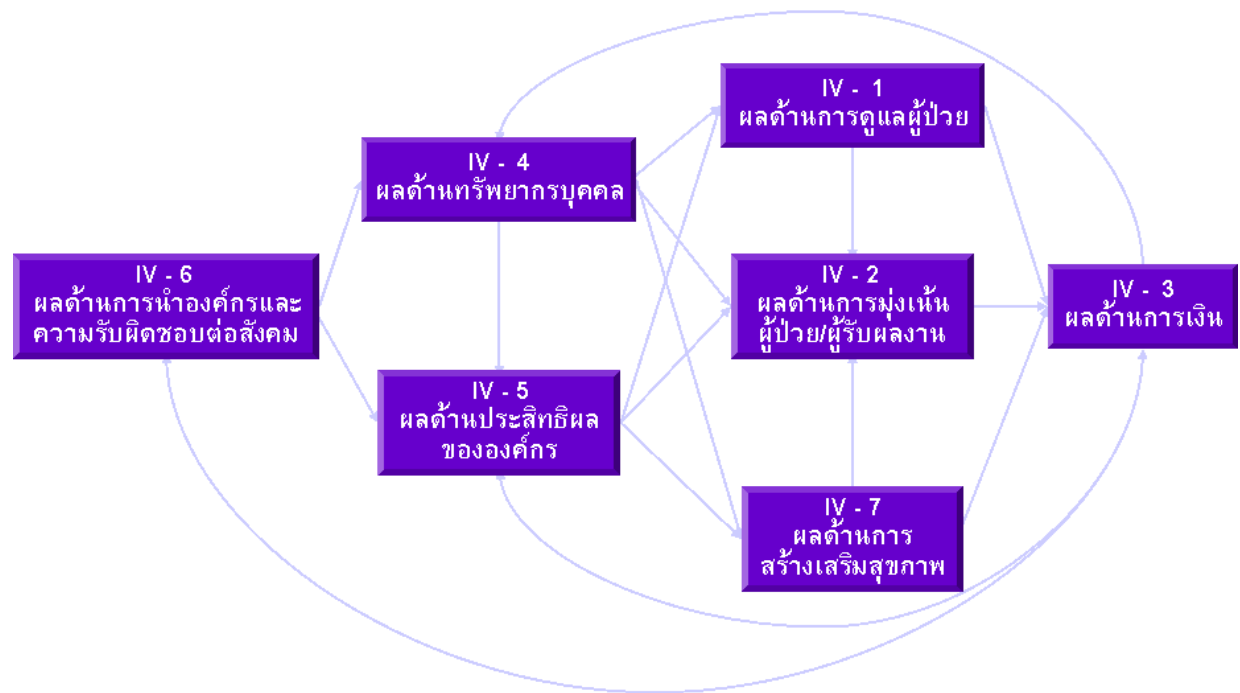
The organization demonstrates good performance and improvement in key area, i.e. health care results, patient and other customer-focused results, financial results, human resource results, process effectiveness results, leadership results, and health promotion results.



ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลผู้ป่วย ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ ผลด้านการเงิน ผลด้านบุคลากร ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการ ผลด้านการนำ และผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ.



ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

IV-1 Patient Care Results

The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of patient care outcome, patient care process, patient safety and patients' functional status.

IV-2 Patient and Other Customer-Focused Results

The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of patient and other customer satisfaction; dissatisfaction; perceived value; retention, positive referral, and building relationship with customers.

IV-3 Financial Results

The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of financial performance.

IV-4 Human Resource Results

- (1) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of staff engagement, staff satisfaction, and the development of staff and leaders.
- (2) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of staff capability, staffing level, retention and appropriate skill.
- (3) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of workforce climate, health, safety, security, services and benefits.

IV-5 Key System & Process Operational Results

- (1) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of the operational performance of the work systems, including preparedness for disasters or emergencies.
- (2) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of the operational performance key work processes.

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status ของผู้ป่วย¹⁶⁵.

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ, ความไม่พึงพอใจ, คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆ, การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับผลงาน.

IV-3 ผลด้านการเงิน (FNR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินงานด้านการเงิน¹⁶⁶.

IV-4 ผลด้านทรัพยากรบุคคล (HRR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลความผูกพันของบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากร การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตรากำลัง การรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ บริการและสิทธิประโยชน์ ของบุคลากร.

IV-5 ผลด้านระบบงานและกระบวนการสำคัญ (SPR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational performance) ของระบบงาน รวมทั้งความพร้อมสำหรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงาน (operational performance) ของกระบวนการสำคัญ¹⁶⁷.

¹⁶⁵ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

¹⁶⁶ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานทางการเงิน เช่น รายได้, กำไรขาดทุน, สินทรัพย์สุทธิ, ประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงิน, ความอยู่รอดทางการเงิน (สภาพคล่อง อัตราส่วนหนี้สินต่อทุน การไหลเวียนของเงินสด)

¹⁶⁷ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของกระบวนการ เช่น ผลผลิตภาพ (productivity), รอบเวลา, ประสิทธิภาพ, ประสิทธิภาพ, การเข้าถึง, ความเหมาะสม, ความต่อเนื่อง, ความครอบคลุม ซึ่งอาจเป็นกระบวนการร่วมขององค์กรหรือเป็นกระบวนการหลักของหน่วยงานต่างๆ (ที่ได้จากการวิเคราะห์ service profile)

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

IV-6 Leadership Results

- (1) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of accomplishment of organizational strategy and action plans.
- (2) The organization demonstrates the results of ethical behavior and trust in the senior leadership and governance of the organization.
- (3) The organization demonstrates the results of fiscal accountability, both internal and external.
- (4) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of organizational assessment, regulatory and legal compliance.
- (5) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of organizational citizenship in support of its communities, including contributions to the health of community.

IV-7 Health Promotion Results

- (1) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of health behavior and health outcome of staff.
- (2) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of health behavior and health outcome of certain key client group.
- (3) The organization demonstrates the current levels and trends in key indicators of health behavior and health outcome of people in the communities.

ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร

IV-6 ผลด้านการนำ (LDR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร¹⁶⁸.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลของพฤติกรรมที่มีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ¹⁶⁹.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลของความรับผิดชอบทางการเงิน (fiscal accountability) ทั้งภายในและภายนอก¹⁷⁰.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการประเมินองค์กร การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการสนับสนุน ความร่วมมือและความรับผิดชอบต่อชุมชน.

IV-7 ผลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (HPR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของบุคลากร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญ.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของประชากรในชุมชน.

¹⁶⁸ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กรในหัวข้อนี้ ครอบคลุม การบรรลุกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ไม่ถูกครอบคลุมด้วยหัวข้ออื่น

¹⁶⁹ ผลของการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรม ความเชื่อมั่นในผู้นำระดับสูงและการกำกับดูแลกิจการ เช่น รายงานการตรวจสอบและทบทวนทางด้านจริยธรรม, การให้คะแนนหรือจัดอันดับระบบกำกับดูแลกิจการในด้านความรับผิดชอบต่อสังคม (accountability) การมีส่วนร่วม การคาดการณ์ได้ ความโปร่งใส

¹⁷⁰ ผลของความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร

Scoring Guideline



ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

คุณภาพและความปลอดภัย เป็นสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อระบบบริการสุขภาพในทุกประเทศ แม้จะมีความพยายามในการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ความไม่พึงพอใจ ความขัดแย้ง ความเสี่ยงและความสูญเสียไปต่างๆ เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องมีการแก้ไข เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่ได้ผลและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับสถานการณ์

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) โครงการติดตามโรงพยาบาล โครงการปรับโฉมโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเริ่มต้นโดยแพทยสภา ซึ่งต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้นำมาขยายผลเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเข้าไปศึกษาและจัดทำคู่มือการนำมาตรฐานดังกล่าวไปใช้ประเมิน การมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ การจัดทำมาตรฐานวิชาชีพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยองค์กรและสมาคมวิชาชีพต่างๆ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในประเทศไทย เริ่มจากการนำแนวคิด Total Quality Management/Continuous Quality Improvement (TQM/CQI) มาทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ 8 แห่งเมื่อปี พ.ศ. 2535 การจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพและเริ่มนำมาปฏิบัติเพื่อทดลองประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเมื่อปี พ.ศ. 2540 ในลักษณะโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งส่งผลให้เกิดภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการปรับจากโครงการวิจัยและพัฒนาเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ.2542

พัฒนาการของ Hospital Accreditation ในประเทศต่าง ๆ

Hospital Accreditation เริ่มต้นด้วยมาตรฐานง่าย ๆ 5 ข้อในอเมริกาเมื่อ 70 ปีที่แล้ว เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลที่จะเป็นสถานที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ และค่อยๆ พัฒนาต่อมา เป็นความร่วมมือขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจัดตั้งขึ้นเป็น Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation (JCAHO) มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขจากจรรยาบรรณเพื่อการฝึกอบรม มาสู่การเป็นเงื่อนไขสำหรับโรงพยาบาลที่จะให้บริการผู้ป่วยในระบบ Medicaid และ Medicare

Hospital/Healthcare Organization Accreditation ได้ขยายตัวไปสู่ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และอีกหลายๆ ประเทศตามมา จนในปัจจุบันมีไม่น้อยกว่า 70 ประเทศทั่ว

โลกที่มีระบบนี้เกิดขึ้น โดยที่มีความหลากหลายของลักษณะโครงสร้างองค์กรและแหล่งทรัพยากร องค์กรในช่วงเริ่มต้นของระบบนี้ในโลกจะเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ขณะที่องค์กรที่เกิดขึ้น ในช่วงหลังๆ โดยเฉพาะในประเทศยุโรปตะวันออก จะมีลักษณะเป็นองค์กรของรัฐ

แนวคิดของระบบนี้ค่อยๆ เปลี่ยนไปตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของโลก จากที่เริ่มต้นใน ลักษณะของการตรวจสอบตามมาตรฐาน มาสู่การใช้เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการประเมินและพัฒนา ตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้การเยี่ยมสำรวจเป็นเสมือน external peer review ซึ่งการเริ่มต้นนำระบบนี้ เข้ามาทดลองใช้ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2540 นั้น เป็นช่วงที่กำลังมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดนี้อย่าง ขนานใหญ่ในประเทศอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย ประเทศไทยจึงได้รับแนวคิดที่มุ่งเน้นการ พัฒนามากกว่าการตรวจสอบเข้ามาตั้งแต่ต้น “HA is an educational process, not an inspection”

องค์ประกอบสำคัญของกระบวนการ Hospital Accreditation คือ

- (1) การมีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกติการ่วมกัน เป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ส่งเสริมการ พัฒนา
- (2) การที่โรงพยาบาลใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและพัฒนาตนเอง อย่างสอดคล้องกับบริบท ของตน และมีหลักคิดหรือ core values ที่เหมาะสมกำกับ
- (3) การประเมินจากภายนอกในลักษณะของกัลยาณมิตร เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง เพื่อ ช่วยค้นหาจุดบอดที่ทีมงานมองไม่เห็น และเพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองที่กว้างขวางขึ้น
- (4) การยกย่องชื่นชมด้วยการมอบประกาศนียบัตรรับรอง หรือการมอบกิตติกรรมประกาศใน ความสำเร็จ

แนวคิดการพัฒนาที่เป็นบทเรียนของประเทศไทย

ในช่วงเริ่มต้นเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน จุดประกายความคิดแล้วนำไปทดลองปฏิบัติ นำ ประสบการณ์มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรมในช่วงแรกจะเน้นกระบวนการกลุ่ม การใช้เทคนิค การเป็นโค้ชหรือการเป็น facilitator

ในช่วงต่อมาเป็นการเน้นการตีความหมายของมาตรฐานเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มาตรฐาน HA ฉบับแรกคือฉบับปีกฎจนากิเชก ได้กระตุ้นให้เกิดรูปธรรมของการจัดระบบงานที่เป็นเรื่องใหม่ สำหรับประเทศไทยในขณะนั้น เช่น การทำงานในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ ระบบบริหารความ เสี่ยง การมีองค์กรแพทย์มากำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ การวางแผนจำหน่าย รวมทั้ง ส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวในการนำข้อมูลวิชาการมาจัดทำและใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อให้เกิดความคาดหวังและความตื่นตัวในเรื่อง คุณภาพมากขึ้น กระบวนการ HA ได้ตอบสนองด้วยการจัดระบบบันได 3 ขั้นสู่ HA เพื่อง่ายต่อการ ปฏิบัติตามสภาพความพร้อมของโรงพยาบาล โดยที่บันไดขั้นแรกเป็นการเรียนรู้แนวคิดคุณภาพด้วย การปฏิบัติอย่างง่ายๆ และตรงประเด็น อาศัยสิ่งที่เป็นปัญหา ความเสี่ยง ผลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ

นำมาเรียนรู้และปรับปรุงเพื่อป้องกัน ซึ่งโรงพยาบาลที่ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ เท่ากับเป็นการสร้างพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาคุณภาพในขั้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อ การพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่างยืดยาว”

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

กระบวนการ Hospital Accreditation (HA)

เป้าหมายของ HA

เป้าหมายของ HA คือการส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์สุขภาพที่ดี โดยเริ่มจากบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และบูรณาการเข้ากับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งในอนาคตอาจจะขยายขอบเขตกว้างขวางกว่าบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ดังนั้น HA จึงมีโอกาสดำเนินการจาก Hospital Accreditation ไปสู่ Healthcare Accreditation

แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ HA

หลักคิดสำคัญที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดจาก HA ก็คือทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพยายามทำให้ HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายที่คุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ใหญ่และยั่งยืนกว่าการได้รับการรับรอง

การเรียนรู้เกิดจากการประเมินและพัฒนาตนเองของทีมงานในโรงพยาบาล ร่วมกับการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก ซึ่งการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกคือการยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่กว้างขึ้น การเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอกเป็นการตรวจสอบความพร้อมของโรงพยาบาลว่าระบบที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเพียงใด

คุณค่าของการเยี่ยมชมสำรวจจากภายนอก อยู่ที่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง หรือเพื่อการสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการให้มากยิ่งขึ้น การรับรองคือการให้กำลังใจในการทำดีและส่งเสริมให้ทำดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือควรมองว่าเป็นเพียงผลพลอยได้ของการพัฒนา

ทำความเข้าใจ HA อย่างรอบด้าน

การทำความเข้าใจกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้าน อาจจะมองได้ใน 4 มิติ คือ 1) มิติของลำดับขั้นการพัฒนา 2) มิติของพื้นที่การพัฒนา 3) มิติของกระบวนการพัฒนา 4) มิติของการประเมิน

1. มิติของลำดับขั้นการพัฒนา: บันไดสามขั้นสู่ HA

ที่มาของบันไดสามขั้นสู่ HA เกิดจากความพยายามที่จะทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีการพัฒนาคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ ในระดับที่สอดคล้องกับทรัพยากรและภาระงานที่เป็นอยู่ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่น้อยที่สุดแต่ส่งผลกระทบมากที่สุด คือการนำปัญหาและอุบัติการณ์สำคัญมาทบทวนเพื่อหาทางป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวซ้ำขึ้นอีก และก้าวไปสู่การออกแบบระบบงานที่เหมาะสม

บันไดสามขั้นสู่ HA ทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดเน้นของการพัฒนาในแต่ละช่วงได้ชัดเจนขึ้น โดยได้เลือกสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สังคมห่วงกังวล มาดำเนินการตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้น

แม้ว่าบันไดสามขั้นจะชี้แนะลำดับขั้นของการพัฒนา แต่ในทางปฏิบัติจริงการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจะไม่จำกัดตนเองอยู่ที่บันไดขั้นใดขั้นหนึ่ง การประเมินการบรรลุเกณฑ์ของบันไดแต่ละขั้นจึงเป็นเพียงสิ่งสมมติ เพื่อให้การประเมินไม่ซับซ้อนเกินไป

ตาราง เปรียบลักษณะของการพัฒนาระหว่างบันไดแต่ละขั้น

	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3
ภาพรวม	ตั้งรับแล้วใช้วิกฤติเป็นโอกาส	วางระบบในเชิงรุก	สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ
จุดเริ่ม	นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน	วิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการอย่างเป็นระบบ	ประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA และการวัดผลลัพธ์ของงาน
กระบวนการคุณภาพ	การทบทวนคุณภาพ/ปัญหา/เหตุการณ์สำคัญ	Plan-Do-Check-Act (QA) Check-Act-Plan-Do (CQI)	การเรียนรู้ในทุกระดับ
เครื่องชี้วัดความสำเร็จ	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาที่กำหนด	QA/CQI ที่สอดคล้องกับเป้าหมายหลักของหน่วยงาน	เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีขึ้น
มาตรฐาน HA	ยังไม่เน้นมาตรฐาน HA	มาตรฐาน HA ที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยาก	มาตรฐาน HA ครบถ้วน
ประเมินตนเอง	เพื่อป้องกันความเสี่ยง (ไม่เน้นแบบฟอร์ม)	เพื่อหาโอกาสพัฒนา	เพื่อสังเคราะห์ความพยายามในการพัฒนา และผลที่ได้รับ
ความครอบคลุม	ครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิดขึ้น	ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด	เชื่อมโยงกระบวนการและระบบงาน
หลักคิดสำคัญ	ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน	เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด	Core values ทั้ง 5 กลุ่ม (ทิศทางการนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้)

บันไดขั้นที่ 1 สู่ HA คือการเรียนรู้จากปัญหาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้หลักคิด “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน”

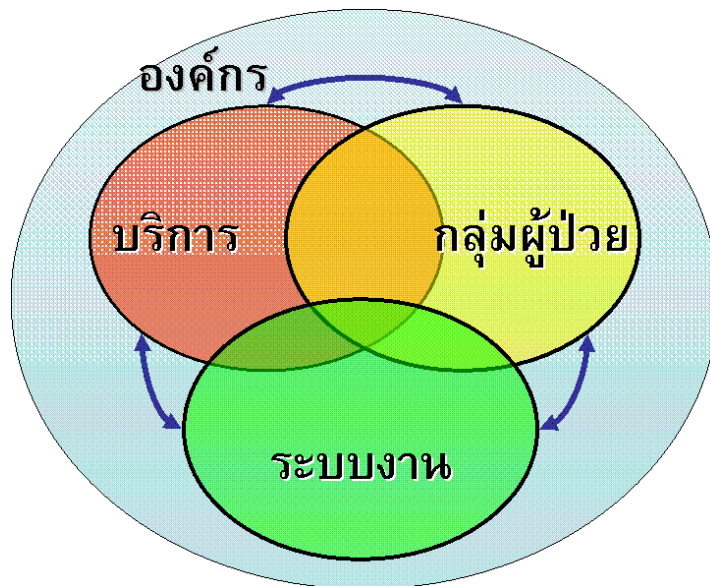
บันไดขั้นที่ 1 คือพื้นฐานที่ต้องก้าวอย่าช้าแล้วซ้ำอีก เพื่อเป็นฐานที่มั่นคงสำหรับขั้นต่อไป

บันไดขั้นที่ 1 เมื่อทำเชี่ยวชาญแล้ว ควรทำให้เป็นเรื่องปกติประจำที่เรียบง่ายของทุกคน ไม่
ต้องเน้นรูปแบบ

บันไดขั้นที่ 2 สู่ HA คือการพัฒนาในส่วนต่างๆ ของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ส่วนต่างๆ
ได้แก่ หน่วยบริการ ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย และองค์กร พัฒนาอย่างเป็นระบบได้แก่การหมุนวงล้อ
การพัฒนาและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Design-Action-Learning-Improvement) ควบคู่
กับการใช้หลักคิด “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด)

บันไดขั้นที่ 3 สู่ HA คือการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรม
การเรียนรู้ มีการนำมาตรฐานมาปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้
และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

2. มิติของพื้นที่การพัฒนา: กลุ่มของระบบย่อยในองค์กร



พื้นที่การพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม

โรงพยาบาลประกอบด้วยระบบย่อยต่างๆ จำนวนมาก การพัฒนาต่างๆ จะเริ่มต้นที่ระบบ
ย่อยเหล่านี้ ระบบย่อยแต่ละระบบจะมีเป้าหมาย ผู้รับผลงาน กระบวนการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่
ชัดเจน

การทำความเข้าใจในการมีอยู่ของระบบย่อยต่างๆ ความสัมพันธ์กับระบบย่อยอื่นๆ และ
โอกาสที่จะมีการทับซ้อนในการพัฒนาระหว่างระบบย่อยต่างๆ จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพง่าย มี
ประสิทธิภาพ สมบูรณ์และไม่สับสน

เมื่อวิเคราะห์ระบบย่อยต่างๆ ในโรงพยาบาล สามารถจัดกลุ่มหรือพื้นที่ได้เป็น 1) ระบบย่อยที่
เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการต่างๆ หรือระบบย่อยของแต่ละหน่วยบริการ 2) ระบบย่อยของการดูแลกลุ่ม

ผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เรียกว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หรือกลุ่มโรคและหัตถการต่าง ๆ นั้นเอง 3) ระบบงานต่าง ๆ ที่สนับสนุนหรือเป็นแกนหลักสำคัญและเกี่ยวข้องกับหน่วยงานและ กิจกรรมบริการจำนวนมาก รวมทั้งการขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาในระดับองค์กร เมื่อรวมทั้ง สามกลุ่มเข้าด้วยกัน ก็จะเป็นระบบของทั้งองค์กร

การปรับปรุงระบบงานอันเป็นผลจากการทบทวนใน **บันไดขั้นที่ 1** อาจจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับระบบย่อยในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่ม และหากใช้แนวคิดพื้นที่ของการพัฒนาไปใช้ ก็จะทำให้ เกิดมุมมองที่กว้างขวางยิ่งขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง เหตุการณ์แต่ละเหตุการณ์สามารถกระตุ้นให้คิดถึง ประเด็นการพัฒนาในทุกกลุ่มของระบบย่อย

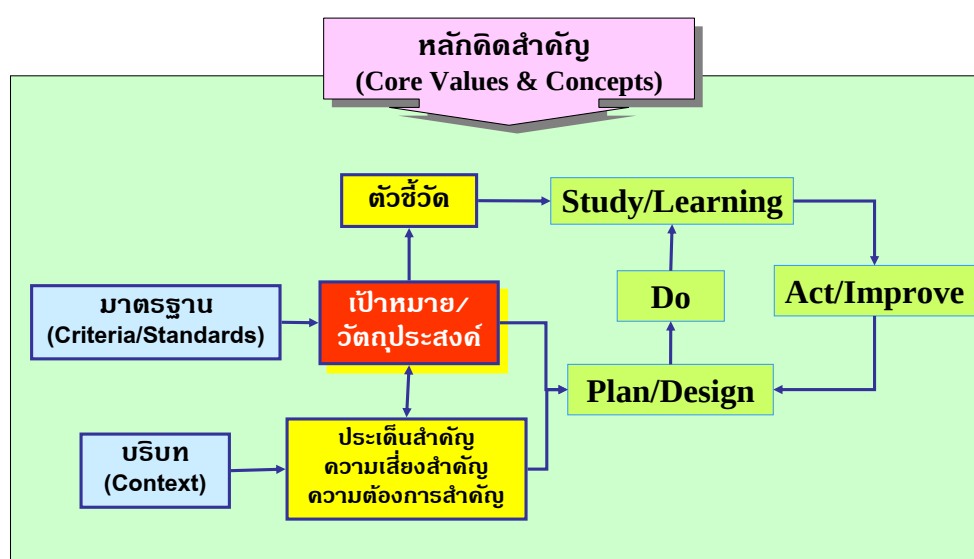
การพัฒนาใน **บันไดขั้นที่ 2** จะเริ่มต้นจากการวิเคราะห์งานในแต่ละระบบย่อย ทำความเข้าใจ เป้าหมาย กระบวนการทำงาน และผลการดำเนินงานที่คาดหวัง และออกแบบหรือปรับปรุงระบบงาน สามารถส่งผลที่ผู้เกี่ยวข้องคาดหวังได้ การพัฒนาในขั้นนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ครอบคลุม **ทุกระบบย่อย ในทุกกลุ่ม**

เมื่อจะก้าวเข้าสู่บันไดขั้นที่ 3 จะต้องให้ความสำคัญยิ่งขึ้นกับการบูรณาการระบบย่อยต่าง ๆ ให้ เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การทำความเข้าใจความทับซ้อนระหว่างระบบย่อย จะช่วยให้เกิดความร่วมมือ มีผู้รับผิดชอบ ที่ชัดเจน ลดการทำงานที่ไม่จำเป็น

การทำความเข้าใจว่าแต่ละระบบย่อยมีความสัมพันธ์เกื้อหนุนกันอย่างไร จะทำให้เกิดบูรณา การระหว่างระบบย่อย

3. มิติของกระบวนการพัฒนา: 3C-PDSA



แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 3C-PDSA

การใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาและติดตามคุณภาพถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ เป็น การเชื่อมโยงหลักการและนามธรรมสู่การปฏิบัติ

3C (Context, Core Values & Concepts, Criteria) คือองค์ประกอบที่จะทำให้เกิดการคิดหรือ การวางแผนที่ดี เรียกว่า “คิดดี คิดถูก คิดเป็น” ทำให้รู้ว่าอะไรคือลำดับความสำคัญหรือความจำเป็นที่ ตนจะต้องทำ

PDSA คือวงล้อของการปฏิบัติ ตั้งแต่การออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การเรียนรู้หรือทบทวน ติดตามประเมินผล และการปรับปรุงให้ดีขึ้น อาจเรียกว่าเป็นวงล้อเพื่อการ “ทำดี ทำถูก ทำเป็น”

Plan-Do-Study-Act (PDSA) ก็คือ **Design-Action –Learning-Improvement (DALI)** โดย ความหมาย

3C-PDSA จะเริ่มจากตรงไหนก่อนก็ได้ แต่เริ่มแล้วควรขยับไปจนครบทุกองค์ประกอบที่เหลือ **สิ่งที่เชื่อมระหว่างการคิด (3C) กับการทำ (PDSA) คือเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์**

เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการทำงานหรือการพัฒนาที่ดี มาจากการวิเคราะห์ context หรือสถานการณ์เฉพาะของตน คู่กับการวิเคราะห์เป้าหมายของ criteria หรือมาตรฐาน

เมื่อได้เป้าหมายชัดเจน ก็สามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนเพื่อการติดตามกำกับหรือการ ประเมินผลได้

เมื่อมีเป้าหมายชัดเจน รู้ประเด็นสำคัญต่างๆ ที่มีความเสี่ยงหรือความต้องการ ก็สามารถ ออกแบบระบบงานที่เหมาะสมได้

ในการคิดและการทำที่ดีนั้น ควรจะมีหลักการหรือค่านิยมหลัก (Core Values & Concepts) เป็นตัวกำกับ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลุ่มลึกในการพัฒนา ยิ่งทำความเข้าใจลึกซึ้ง ยิ่งเห็นโอกาส พัฒนามากขึ้น

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

1) **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing)** โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการ ปฏิบัติซึ่งเดิมมักจะถือกันว่าเป็นสิ่งที่นอกตำรา ใช้งานได้ แต่ที่จริงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการ ทำงาน ส่วนหนึ่งจะได้คำตอบว่าทำอย่างไรให้ความรู้ในตำรามาสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) **การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning)** เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่ เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการ เรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) **สุนทรีสนทนา (dialogue)** เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) **การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์** เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลอง ปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราค้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเหมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ (cognitive walkthrough) จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDCA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแล

ผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มีใช้การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

4. มิติของการประเมินผล

การประเมินผลในมุมมองทั่วไปก็คือ S (Study) ใน 3C-PDSA ซึ่งได้กล่าวถึงวิธีการที่หลากหลายมาแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

การประเมินผลที่เป็นเรื่องเฉพาะของ HA คือการประเมินเพื่อให้ทราบถึงระดับความก้าวหน้าในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา และเพื่อให้เห็นว่โอกาสข้างหน้าคือการพัฒนาในเรื่องใด กล่าวอีกนัยหนึ่งเป็นการประเมินเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องไปข้างหน้า

การให้ recognition ต่างๆ เช่น กิตติกรรมประกาศบันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 สู่ HA หรือประกาศนียบัตรรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการให้รางวัลและแรงจูงใจในการพัฒนา เป็นเพียงผลพลอยได้เพื่อตอกย้ำให้เกิดความภาคภูมิใจแก่ทีมงาน แต่เนื้อหาสำคัญอยู่ที่คุณภาพที่ฝังอยู่ในระบบของโรงพยาบาลเอง

การประเมินภายใน เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย ทำได้บ่อย ซึ่งหากทำด้วยความเข้าใจว่าเป็นการประเมินเพื่อให้กำลังใจและให้เห็นโอกาสพัฒนา จะได้ประโยชน์และจะเป็นกลไกสำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และไม่จำเป็นว่าจะต้องเป็นรูปแบบของการเยี่ยมสำรวจเพียงอย่างเดียว

การประเมินจากภายนอก เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรวมตัว การตั้งเป้าหมายระยะเวลาที่จะทำให้สำเร็จ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องยากๆ ได้ในเวลาที่ไม่นานเกินไป ข้อสำคัญคือการใช้ความสัมพันธ์แบบ ผู้ใหญ่-ผู้ใหญ่ และทีมงานของโรงพยาบาลไม่มีเจตคติที่ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง คือ เจตคติของการยอมจำนน และเจตคติของการปกป้องตนเอง

การประเมินจากภายนอกจะเป็นการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นที่ระบบงาน

ขณะนี้ในช่วงเริ่มต้นของการนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มาใช้ โรงพยาบาลที่ได้เริ่มต้นพัฒนามาแล้วตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก/ฉบับบูรณาการ ยังคงสามารถขอการรับรองตามมาตรฐานเดิมได้

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มีที่มาจากมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพที่มีคุณค่า 3 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ พ.ศ.2540 มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพซึ่งกรมอนามัยจัดทำ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติสู่องค์กรที่เป็นเลิศ

การบูรณาการมาตรฐานหรือเกณฑ์คุณภาพทั้ง 3 ส่วนเข้าด้วยกัน ช่วยลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหามาตรฐานที่มีความใกล้เคียงกันอยู่แล้ว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติในลักษณะของการบูรณาการระหว่างการรักษากับการสร้างเสริมสุขภาพได้ในชีวิตประจำวัน และเป็นการปูพื้นฐานสำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศให้ก้าวไปสู่เป้าหมายได้เร็วยิ่งขึ้น

การใช้มาตรฐานฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์ จะต้องนำไปใช้ด้วยความเข้าใจในบริบทของตนเอง สามารถระบุดูหาแหล่งปัญหาหรือประเด็นสำคัญแต่ละเรื่องในหน่วยงานหรือองค์กรของตนได้ ควบคู่ไปกับการใช้หลักคิดการพัฒนาสำคัญที่เป็นพื้นฐาน 5 ประการ คือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ และการหมุนวงล้อของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (PDSA) หรือที่เรียกกรอบแนวคิดรวมนี้อย่างง่าย ๆ ว่า 3C-PDSA

การนำมาตรฐานไปใช้ จำเป็นต้องเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐาน เข้าใจแนวคิดเชิงระบบที่มองทุกอย่างเชื่อมต่อกันอย่างเป็นองค์รวม แล้วพยายามนำไปประเมินสิ่งที่ปฏิบัติจริง เช่น ประเมินกับผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาลจริง ๆ ประเมินกับบุคคลที่เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้รับผลงานของระบบงานต่าง ๆ โดยเป้าหมายของการประเมินคือการค้นหาโอกาสพัฒนามากกว่าที่จะประเมินเพื่อความพึงพอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ทีมงานสามารถใช้ scoring guideline ที่จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนา เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาได้ อีกท่านหนึ่งคือคุณหมอมร ประชา เอมอมร ที่กองสาธารณสุขภูมิภาค

ค่านิยมและแนวคิดหลัก (Core Values and Concepts)

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การสะสมหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มียุ่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มากขึ้นได้

หลักคิดหรือปรัชญาของ TQM ที่นำมาใช้ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้แก่ **ลูกค้าสำคัญที่สุด** (customer focus), **จุดความฝันร่วมกัน** (common vision), **ทีมงานสัมพันธ์** (team work), **มุ่งมั่นกระบวนการ** (process focus), **สานด้วยอริยสัจสี่** (problem solving), **ดีที่ผู้นำ** (visionary leadership), **ทำด้อยอย่างต่อเนื่อง** (continuous improvement)

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริงได้แก่ **individual commitment, team work, customer focus**

การพัฒนาคุณภาพตามบันได 3 ขั้นสู่ HA ได้ข้อสรุปของหลักคิดในบันไดขั้นที่ 1 ว่า **ทำงานประจำให้ดี, มีอะไรให้คุยกัน, ขยันทบทวน** และหลักคิดในบันไดขั้นที่ 2 ว่า **เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายี้ดติด**

เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

- **1. ทิศทางนำ:** visionary leadership, systems perspective, agility
- **2. ผู้รับผล:** patient & customer focus, focus on health, community responsibility
- **3. คนทำงาน:** value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
- **4. การพัฒนา:** creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
- **5. พาเรียนรู้:** learning, empowerment

1. ทิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership

คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์
นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ทำอะไร

- กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม ตั้งความคาดหวัง
- กำหนดกลยุทธ์ ระบบงาน วิธีการไปสู่เป้าหมาย กระตุ้นนวัตกรรม
- นำค่านิยมและกลยุทธ์มาชี้นำกิจกรรมและตัดสินใจ
- กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน
- เป็นแบบอย่างที่ดี

1.2 Systems Perspective

คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ
การเชื่อมต่อระหว่างกระบวนการต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล
การพิจารณากรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ
การจัดการองค์กรและองค์ประกอบทั้งหมด เพื่อบรรลุความสำเร็จ

ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกใน
องค์กรสับสน อ่อนล้า

ทำอะไร

- สังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร
เป้าหมายเชิงกลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน
- มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ วัฒนธรรม
และกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
- บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบและระบบต่างๆ ขององค์กรเข้า
ด้วยกัน

1.3 Agility

คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น
การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว
การปรับตัวที่่องไวคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

ทำอะไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน
- สามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการอย่างรวดเร็ว
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงตามความต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงจรเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ

2. ผู้รับผล

2.1 Patient and Customer Focus

คืออะไร

สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี

ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงาน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก

ทำไม

หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน

ทำอย่างไร

- รับรู้ปัญหา/ความต้องการ ทั้งระดับบุคคล กลุ่มโรค ทั่วไป ชุมชน
- ตอบสนอง ให้บริการที่ตรงปัญหา ได้ผล ปลอดภัย ใส่ใจ เคารพสิทธิ/ศักดิ์ศรี ใช้มาตรฐานวิชาชีพ ดูแลด้วยความระมัดระวัง ดูแลอย่างเต็มความสามารถ เอาใจเขามาใส่ใจเรา
- รับเสียงสะท้อน

2.2 Focus on Health

คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้

สุขภาวะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต

ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาวะ และการบำบัดรักษา

2.3 Community Responsibility

คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนนอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง

ทำอย่างไร

- ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- อนุรักษ์ทรัพยากรและการลดความสูญเปล่าตั้งแต่ต้นทาง
- คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านสถานที่ การใช้รังสี/สารเคมี อันตรายด้านชีวภาพ และวางแผนป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่จะเกิดขึ้น
- ตอบสนองอย่างเปิดเผยเมื่อเกิดปัญหา
- ให้สารสนเทศและการสนับสนุนที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความตระหนัก
- การให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน ค้นหาศักยภาพในชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff

คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

ทำไม

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

ทำอะไร

- มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร็ว
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาคความผิดพลาด

3.2 Individual Commitment

คืออะไร

คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จ
ขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน

ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน
คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

ทำอะไร

- แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ รับผิดชอบ เอื้ออาทร
- พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนากับผู้อื่น
- ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

3.3 Team Work

คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับ
ผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

ทำไม

บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

อย่างไร

- สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ มีความยืดหยุ่น การตอบสนอง การแลกเปลี่ยนความรู้
- ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงานประจำ
- ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- มีกลไกคุณภาพรวม กำหนดทิศทางการพัฒนา ติดตามกำกับการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยหรือระบบงานหลัก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงาน
- ขยายไปสู่ความร่วมมือกับภายนอก

3.4 Ethical and Professional Practice

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจาก

การละเลยหรือการปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับการรับผิดชอบ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

อย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลดุจญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องกันและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและ นวัตกรรม

ทำอะไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
- ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

4.2 Management by Fact

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

ทำอะไร

- คัดเลือกและใช้ตัวชี้วัด ซึ่งสะท้อนสิ่งที่มีความสำคัญทางคลินิก สุขภาพของชุมชน และการบริหารจัดการขององค์กร โดยวัดอย่างสมดุลในทุกด้าน
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวโน้ม คาดการณ์ และดูความเป็นเหตุเป็นผล
- ประเมินและปรับเปลี่ยนตัววัดหรือดัชนีชี้วัดเพื่อให้เหมาะสมกับเป้าประสงค์ยิ่งขึ้น
- สร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในทุกระดับ

4.3 Continuous Process Improvement

คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

ทำไม

ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น
มีโอกาสนำไปใช้ได้ง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเสมอ

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด

อย่างไร

- วัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ หน่วยงาน องค์กร
- ใช้กลยุทธ์ในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การรับฟัง ผู้รับผลงาน การเปรียบเทียบกับข้อกำหนด/มาตรฐาน มีทีมงานจากสาขาวิชาชีพมา มองภาพรวม
- สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

4.4 Focus on Results

คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของการดำเนินงานและการพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสีย จะได้รับ

ทำไม

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้สามารถเชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมต่างๆ เข้าด้วยกันได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความสำเร็จต่อองค์กร

อย่างไร

- วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ
- ใช้ตัววัดผลการดำเนินการแบบนำ (leading indicator) และแบบตาม (lagging indicator) ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อสื่อลำดับความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การ ปรับปรุงผลลัพธ์
- รักษาสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ผู้ลงทุน และ สาธารณะ

4.5 Evidence-based Approach

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

อย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis
- นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ในลักษณะของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม คือใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning

คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

ทำไม

สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต

ทำอย่างไร

- มีกัลยาณมิตร / ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร็ว
- ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
- เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม
- หาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้ดีขึ้น
- ปลุกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน
- ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย การให้บริการ สถานที่สิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้

5.2 Empowerment

คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ทำไม

การเสริมพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวง

กว้าง

ทำอย่างไร

- ผู้มีอำนาจเห็นประโยชน์ เต็มใจลดอำนาจและการผูกขาดอำนาจของตน
- ผู้บริหารกระจายอำนาจและเพิ่มพลังการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามให้ผู้ป่วย ประชาชน สามารถดูแลตนเอง
- มีการสื่อสารที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการประเมินและสะท้อนกลับ