



SPA

(Standards-Practice-Assessment)



Part III

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 3

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



SPA

(Standards-Practice-Assessment)



คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 3

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part III

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ธันวาคม 2564

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part III

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
สุขภาพ ฉบับที่ 5.--นนทบุรี: สถาบัน, 2552.

152 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. 2. โรงพยาบาล--บริการส่งเสริมสุขภาพ--
มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

ISBN 978-616-8024-52-2

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทร. 0 2903 8257-9

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป ซึ่งมีเนื้อหาหลักในด้านเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐานสามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น ซึ่งเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ.เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กันยายน 2565

คำนำของผู้เรียบเรียง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation คือเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ทั้งในส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (practice) และประเด็นที่ทำ **Rapid Assessment** และประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (Assessment)

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นๆ ก่อนๆ และให้แนวทางสำหรับการค้นหาประเด็นที่มีความสำคัญตามบริบทขององค์กร โดยประมวลข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด รวมทั้ง Extended Evaluation Guide (EEG) สำหรับ Advanced HA และคำขยายความของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA/TQA)

การชี้ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายของการนำไปปฏิบัติ อาจจะมากเกินไปสำหรับบางองค์กรที่อยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำขององค์กรที่จะพิจารณาว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ แต่สำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ Advanced HA แล้ว ทั้งหมดที่อยู่ในคู่มือนี้คือสิ่งที่พึงใช้ความพยายามดำเนินการให้มากที่สุด

ในส่วนของ Assessment ได้แยกออกเป็นการปฏิบัติ (practices) และผลลัพธ์ (results) ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ก็คือการประเมิน performance ตาม Performance Evaluation Framework ของ Advanced HA นั่นเอง

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ performance ขององค์กร

นพ.อนุวัฒน์ สุภชาติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

กันยายน 2565

คำนำ III

คำนำของผู้เรียบเรียง..... IV

สารบัญ V

แนวคิด 1

SPA III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry) 6

SPA III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment).....20

SPA III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) 41

SPA III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning).....50

SPA III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery).....58

SPA III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง
(High-Risk Patients and High-Risk Services) 65

SPA III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care).....72

SPA III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
(Information Provision and Empowerment for Patients/Families) ..123

SPA III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)..... 132

SPA (Standards – Practice – Assessment)

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักขระที่เพิ่มขึ้นคือ “P” “P” คือ Practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 นี้ มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

ในส่วน **P – Practice** ของ SPA สรพ.ได้จัดทำเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ระบุถึงแนวคิดสำคัญที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือเรียนรู้ที่ควรเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

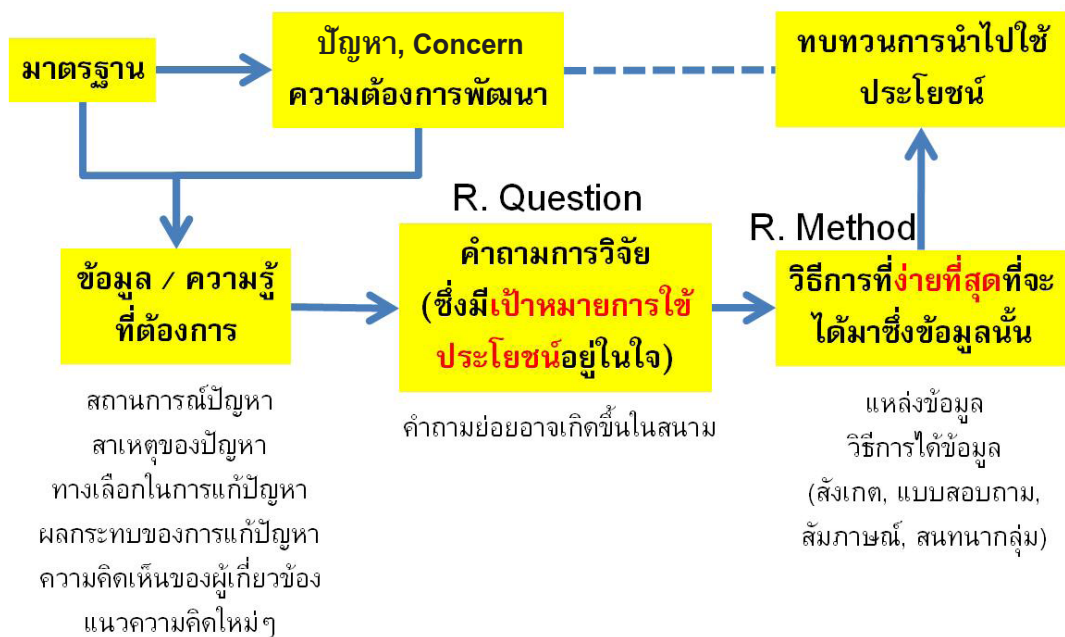
การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)

- สิ่งที่เราจะเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ โรงพยาบาลพิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วน Context และ Study หรือ Learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

Rapid Assessment

เป็นการประยุกต์แนวคิดของการวิจัยมาใช้ในการประเมินสถานการณ์หรือผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยสามารถสรุปข้อมูลหรือความรู้ที่ต้องการได้ในเวลาอันสั้น สามารถนำข้อมูลหรือความรู้นั้นไปใช้ประโยชน์ได้อย่างรวดเร็วทันการณ์



ภาพที่ 1 แนวคิดและแนวทางการทำ Rapid Assessment

แนวคิดสำคัญในการนำ Rapid Assessment มาใช้ ได้แก่

- 1) การฝึกให้มีความช่างสงสัยอยู่เป็นนิจ ซึ่งจะนำมาสู่การตั้งคำถามเพื่อการประเมินที่มีความหมาย
- 2) การลดอคติในการเก็บข้อมูลและแปลความหมายข้อมูล โดยเน้นที่ใจของผู้ทำ เพื่อให้ข้อมูลที่แม้เก็บในจำนวนน้อยก็สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เน้นการเก็บข้อมูลให้น้อยที่สุด เพื่อเป็นภาระน้อยที่สุด เช่น ใช้จำนวนตัวอย่าง 10-30 ตัวอย่าง เป็นต้น

- 3) พยายามเชื่อมโยงกับมาตรฐานโรงพยาบาล เน้นการนำไปใช้ตัดสินใจมากกว่าการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ มีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะนำผลลัพธ์ไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจหรือการพัฒนาอะไร ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดวิธีการเก็บข้อมูลที่เรียบง่ายและตรงประเด็นที่สุด
- 4) ส่งเสริมให้มีการทำในหลายๆ เรื่อง หลายๆ จุด พร้อมๆ กัน
- 5) ผลลัพธ์ของการศึกษาสามารถนำมาใช้หาโอกาสพัฒนาหรือนำมาตอบในแบบประเมินตนเองได้

Clinical Self Enquiry

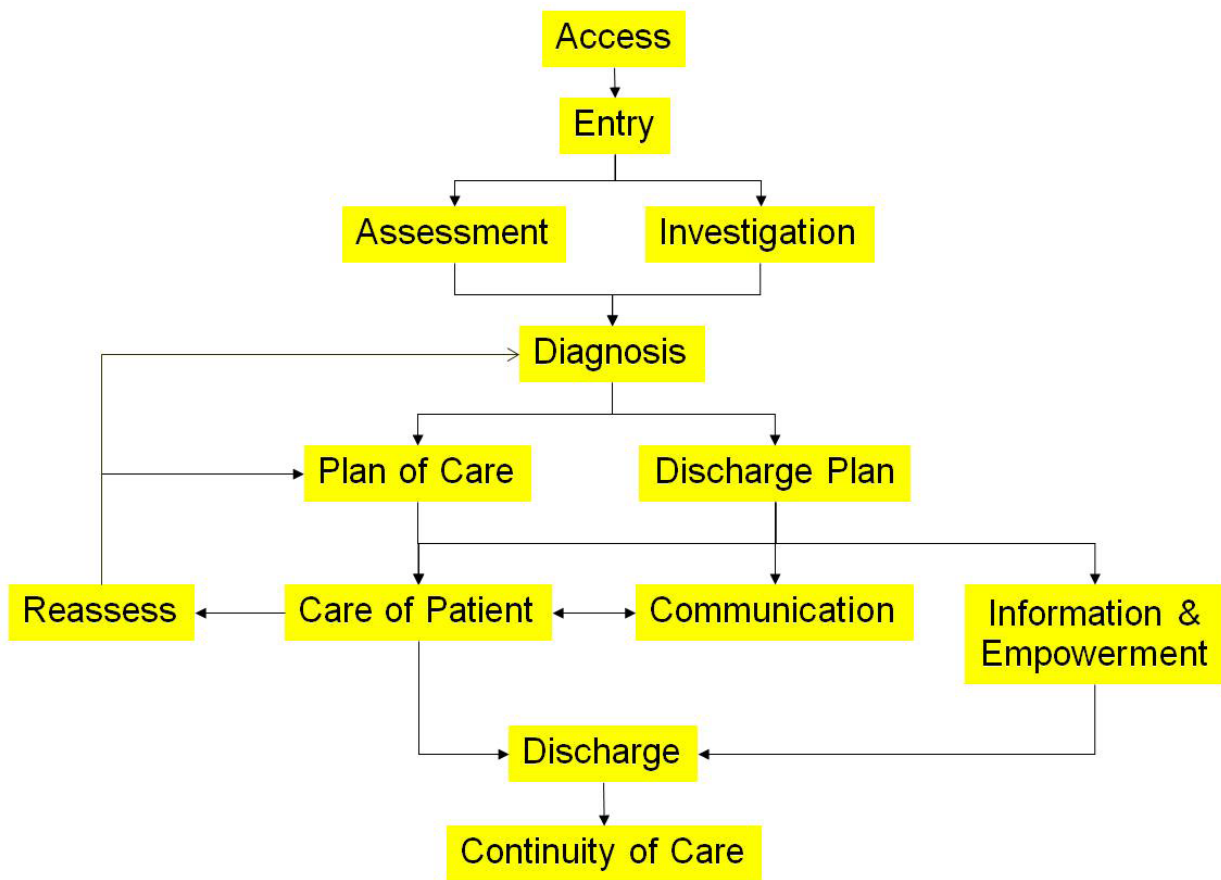
เป็นการเรียนรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยทีมงานของโรงพยาบาล ด้วยการใช้เครื่องมือทางคลินิกที่หลากหลาย นำผลทั้งด้านที่เป็นจุดดีและโอกาสพัฒนามาร้อยเรียงกันด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วย ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางหรือแผนแม่บทในการกำหนดความรับผิดชอบในการจัดทำแบบประเมินตนเองที่สะท้อนคุณภาพเชิงลึกด้วยการใช้โรคที่สะท้อนประเด็นคุณภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล

เครื่องมือคุณภาพต่างๆ ที่นำมาใช้ใน Clinical Self Enquiry ได้แก่

- 1) การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย
- 2) Clinical Tracer
- 3) การทบทวน Adverse Event ซึ่งอาจได้มาจากรายงานอุบัติการณ์ หรือจากการทบทวนเวชระเบียนซึ่งคัดกรองด้วย Trigger ที่สำคัญ
- 4) การตามรอย Patient Safety Goals/Guides: SIMPLE ว่ามีการปฏิบัติตามแนวทางได้ครบถ้วนเพียงใด
- 5) การทบทวนเวชระเบียนว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้สมบูรณ์เพียงใด
- 6) กิจกรรมทบทวนคุณภาพที่เริ่มต้นในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA ซึ่งยังไม่ถูกครอบคลุมใน 5 ข้อที่กล่าวมา รวมทั้งการใช้เรื่องเล่าที่ประทับใจ
- 7) การใช้ Proxy Disease หรือโรคที่เป็นตัวแทนคุณภาพในขั้นตอนที่ทีมงานสนใจ

แท้จริงแล้วทั้งหมดนี้ก็คือการประมวลกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ควรเริ่มต้นในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA มาสู่การปฏิบัติให้เรียบง่ายขึ้น และมีผลลัพธ์ที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่นำมาใช้ร้อยเรียงผลการทบทวนอาจมีลักษณะดังภาพข้างล่าง หรืออาจขยายให้มีรายละเอียดเพิ่มขึ้นในส่วนของ Care of Patient Care

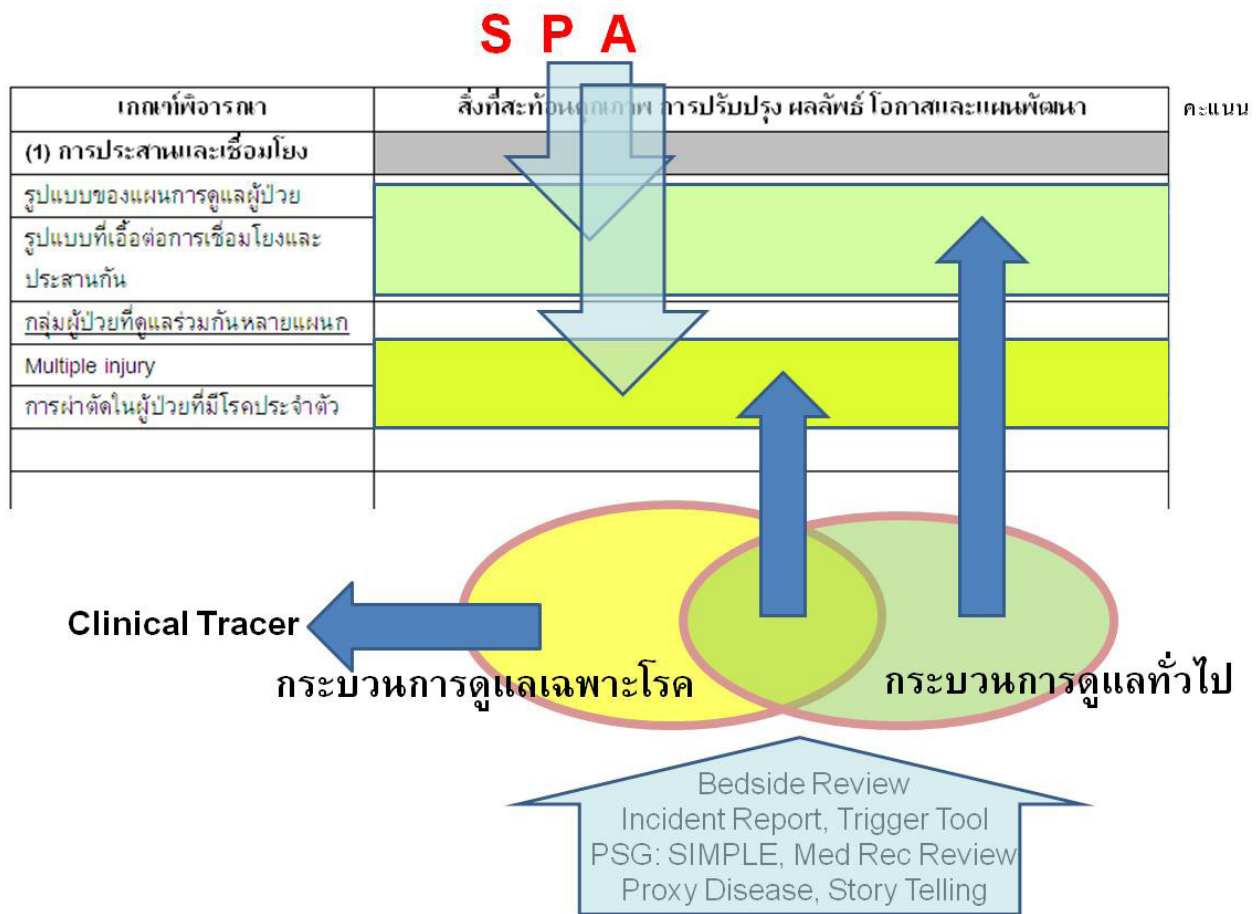


ภาพที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ร้อยเรียงข้อมูลจากการทบทวนด้วยเครื่องมือคุณภาพต่างๆ

การประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานตอนที่ III

การตอบแบบประเมินตนเองตอนที่ III จะมีสองส่วนคือ

- 1) การตอบตามมาตรฐานตัวอย่างในตาราง
 - การสรุปความการปฏิบัติในขั้นตอนนั้นโดยทั่วไปอย่างกระชับ
 - การยกตัวอย่างการปฏิบัติในขั้นตอนนั้นสำหรับโรคบางโรค ซึ่งอาจจะมี ความซ้ำซ้อนกับเนื้อหาความบางส่วนใน Clinical Quality Summary (หรือ clinical tracer)
- 2) การตอบในลักษณะ Clinical Quality Summary (หรือ clinical tracer) หรือสรุปย่อ เนื้อหาสำคัญในการดูแลโรคใดโรคหนึ่งตั้งแต่ต้นจนจบ อย่างกระชับ เป็นภาคผนวก



ภาพที่ 3 ตัวอย่างแบบประเมินตนเองเรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและที่มาของข้อมูล

ที่มาของข้อมูลที่จะใช้ในการตอบแบบประเมินตนเองในเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีสองแหล่งคือ

- 1) แนวทางที่ระบุไว้ใน SPA ซึ่งมักจะเป็นผลลัพธ์ของการทำ Rapid Assessment เป็นส่วนใหญ่
- 2) การปรับปรุงที่เป็นผลมาจากการค้นพบโอกาสพัฒนาจากการทบทวนเหตุการณ์ต่างๆ

SPA III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ.

ก.การจัดบริการ (Service Arrangement)

(1) ทีมผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหารวมทั้งเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และชุมชน ในปัจจุบันและอนาคต เพื่อกำหนดและจัดบริการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ
 - วิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพในปัจจุบัน จากข้อมูลการใช้บริการ ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้บริการได้ ข้อมูลระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ รวมทั้งข้อมูลประชากรและการประกอบอาชีพต่างๆ
 - คาดการณ์ความต้องการบริการสุขภาพในอนาคตจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น ลักษณะประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป
 - พิจารณาความสามารถของโรงพยาบาลในการตอบสนองความต้องการดังกล่าว รวมทั้งความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก
 - พิจารณาการพัฒนาศักยภาพการให้บริการที่ผ่านมา และแผนที่จะดำเนินการในอนาคต

(2) องค์การจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การพิจารณาจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย
 - คำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และการลดการแพร่กระจายเชื้อกรณีโรคติดต่อ
 - ช่องทางที่เป็นไปได้ อาทิ
 - การมารับบริการด้วยตนเอง หรือด้วยระบบ EMS
 - การใช้ Telehealth หรือ Telemedicine
 - การเยี่ยมบ้าน หรือการจัดบริการที่บ้าน

ข.การเข้าถึง (Access)

- (1) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน สามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด.
- (i) โครงสร้าง อาคาร สถานที่เกี่ยวกับบริการ สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการลดข้อจำกัดทางกายภาพสำหรับการเข้าถึงบริการ;
 - (ii) ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เทคโนโลยีและอุปสรรคอื่นๆ;
 - (iii) ทีมผู้ให้บริการจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท;
 - (iv) ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสอดคล้องกับความจำเป็นของโรคและสภาวะของผู้ป่วย เช่น โรคระยะรุนแรงต่างๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาระบบบริการให้สามารถเข้าถึงได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด
 - ตรวจสอบอุปสรรคต่อการเข้าถึงที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางกายภาพ อาคารสถานที่ โดยจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ทั้งสำหรับผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น เป็นต้น
 - สิ่งอำนวยความสะดวกที่ควรพิจารณา เช่น ป้ายบอกทาง ทางลาด ระบบคิวที่พักรอ ตู้ให้บริการแบบอัตโนมัติ เป็นต้น
 - รับรู้อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในด้าน ภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เทคโนโลยี และอุปสรรคอื่นๆ และร่วมกันปรับปรุงเพื่อลดอุปสรรคดังกล่าว

- จัดช่วงเวลาการให้บริการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยใช้แนวคิด Lean เข้ามาช่วย เช่น การกระจายผู้รับบริการไปตามช่วงเวลาต่างๆ การจัดจำนวนจุดบริการให้สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา เป็นต้น
- สำรวจระยะเวลาการคอยต่างๆ ที่มีผลต่อความปลอดภัย ประสิทธิภาพของการดูแล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ
 - ระยะเวลาการรับบริการในผู้ป่วยฉุกเฉิน
 - ระยะเวลาในระบบ Fast Track ต่างๆ
 - ระยะเวลาการพบแพทย์
 - ระยะเวลาการคอยการ Investigation และการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง
 - ระยะเวลาการคอยเพื่อรับการผ่าตัด Elective
 - Turn-around-time ของการส่งตรวจ Investigation ต่างๆ
- ทีมผู้ให้บริการพิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนว่ามีผู้ป่วยกลุ่มใดที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ ทั้งกลุ่มที่มาถึงโรงพยาบาลแล้วประสบปัญหาในการเข้าถึง, กลุ่มที่ต้องการมาโรงพยาบาล แต่มีปัญหาในการเดินทางหรือความทันเวลาในการมารับบริการ, และกลุ่มที่โดดเดี่ยวตนเองหรือไม่ต้องการเข้ารับบริการด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ผู้ป่วย HIV ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกลั่นแกล้ง ผู้พิการหรือทุพพลภาพ บุคคลชายขอบ เป็นต้น
 - วางระบบเชิงรุกหรือร่วมมือกับชุมชนในการค้นพบกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้อย่างครอบคลุม สร้างความร่วมมือหรือมอบหมายความรับผิดชอบรวมถึงวางระบบเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งในสถานพยาบาลหรือในชุมชน ตามความเหมาะสม

(2) องค์กรประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันทำความเข้าใจและกำหนดประเด็นต่อไปนี้
 - “หน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมารับบริการ” ซึ่งอาจเป็น โรงพยาบาลอื่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีตำรวจ หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน หน่วยบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพ
 - “โอกาสที่จะมีการส่งต่อผู้ป่วย” อาจจะเป็นกรณีผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภาวะซับซ้อนหรือภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่ต้องรับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน

- “การประสานงานที่ดี” ควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - การแจ้งให้โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อทราบเพื่อพิจารณาว่าจะรับผู้ป่วยได้หรือไม่ ในเวลาใด
 - การให้ข้อมูลรายละเอียดทางคลินิกของผู้ป่วยเพื่อให้โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อเตรียมตัวล่วงหน้า และสามารถให้บริการที่ไร้รอยต่อโดยไม่ต้องเริ่มต้นใหม่ทั้งหมด
 - การประสานงานและให้คำแนะนำเพื่อการดูแลที่ปลอดภัยระหว่างการส่งต่อ ในกรณีอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน หรือเร่งด่วน
 - มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารและจัดเก็บข้อมูล
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันวางระบบการประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมาตามบริบทของโรงพยาบาล อาทิ
 - การส่งต่อผู้ป่วยภายในเครือข่ายบริการมายังโรงพยาบาลชุมชน
 - การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน ไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์
 - การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
- ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรับผู้ป่วยที่ส่งมาจากหน่วยงานอื่น

(3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) โดยการซักประวัติ ตรวจสอบสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้น เพื่อจำแนกกลุ่มการให้บริการตรวจรักษาในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบบริการ OPD ร่วมกับ PCT/CLT ต่างๆ ร่วมกันกำหนดแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย
 - ใช้วิธีคัดกรองที่เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจสอบสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้น เป็นต้น
 - เป้าหมายของการคัดกรอง
 - ส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจรักษาในหน่วยบริการที่เหมาะสม
 - ส่งผู้ป่วยที่ต้องการรับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว

(4) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยบุคลากรที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบบริการ OPD, ER, ร่วมกับ PCT/CLT ต่างๆ ร่วมกันวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนที่จุดต่างๆ ทั้ง Ward เช่น Stroke, Multiple Injuries, Acute MI, Febrile Convulsion, Poisoning, Acute Appendicitis, ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เป็นต้น
- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดระบบคัดแยกผู้ป่วย (triage) โดยใช้เกณฑ์ประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่เป็นมาตรฐาน และทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยแต่ละระดับได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามเวลาที่จะเป็น
- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบ/ทบทวนระบบ Fast Track ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยตามบริบทของโรงพยาบาล
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - พิจารณาว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการอะไรเป็นพิเศษ ในด้านครอบครัว เศรษฐกิจ ตลอดจนความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลรักษา (เน้นมิติด้านจิตใจ)
 - ตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งระบบงานที่เกี่ยวข้อง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเสมือนบุคคลผู้เป็นที่รักของเรา (ผู้รับบริการมีความอ่อนใจ มีความปลอดภัย สะดวก ไม่ซับซ้อน ใส่ใจในความรู้สึก และรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาการรักษาอย่างมั่นใจ คลายความกังวลใจ)

(5) ผู้ให้บริการมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบบริการ OPD, ER, PCT/CLT ต่างๆ วิเคราะห์ประเภทหรือลักษณะของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลไม่สามารถรับไว้ดูแลได้ และกำหนดเกณฑ์สำหรับการตัดสินใจที่จะรับหรือไม่รับผู้ป่วยไว้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่อาจจะมี Controversy ในการตัดสินใจ

- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลได้
 - การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม
 - การให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - การช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนสถานการณ์ที่การพิจารณารับไว้หรือส่งต่อผู้ป่วย กลายเป็นการซ้ำเติมความทุกข์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น รับผู้ป่วยที่ซับซ้อนเกินกว่าที่จะดูแลได้อย่างมีคุณภาพ การส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น การส่งผู้ป่วยไปแสวงหาบริการที่อื่นโดยไม่มีการประสานงาน หรือการประสานงานที่ไม่ได้คำนึงถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญอย่างรอบด้าน เป็นต้น
 - ตามรอย ทบทวน ประเมินผล ปรับปรุง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติว่า
 - การดูแลรักษาที่จัดให้นี้เป็นที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิตคนไข้มากที่สุด ไม่ว่าผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร
 - ระบบการส่งต่อนั้นมีการบูรณาการ ทั้งด้านร่างกาย ความต้องการ และความรู้สึกของผู้ป่วย ความต่อเนื่องในการรักษา และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ ในระบบที่วางไว้

ค.การเข้ารับบริการ (Entry)

(1) การรับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษ ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการเพื่อทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยหนักได้รับการดูแลในหน่วยดูแลที่เหมาะสม
 - กำหนดเกณฑ์การรับย้ายหรือรับผู้ป่วยเข้าไว้ดูแลในหน่วย
 - กำหนดกลไกแก้ปัญหาเมื่อเตียงในหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษไม่เพียงพอที่จะรับผู้ป่วย เช่น ผู้มีอำนาจตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาระยะยาว เป็นต้น
 - ติดตามกำกับการใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจ

- ติดตามผลกระทบในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้แต่ไม่สามารถรับเข้าไว้ในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษได้
- ทบทวนจำนวนการใช้เตียงผู้ป่วยวิกฤติในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และส่งเสริมให้ทุกฝ่ายเกิดความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากระบบการดูแลแบบประคับประคอง
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนสถานการณ์ที่ไม่อาจรับผู้ป่วยซึ่งมีข้อบ่งชี้ไว้ในหน่วยบริการวิกฤติได้ รวมทั้งความถี่ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น ทรัพยากร ระบบงาน
 - ทบทวนการจัดการที่เกิดขึ้นว่ามีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ไม่อาจรับไว้ได้อย่างไร ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีความพร้อมที่สุด ระบบที่วางไว้มีความอ่อนโยนต่อผู้ป่วยมากน้อยแค่ไหน ดำเนินการปรับปรุงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยประสานกับแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่มีโอกาส

- (2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.
- (i) ข้อมูลที่ให้อย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
 - สภาพการเจ็บป่วย;
 - การดูแลที่จะได้รับ;
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.
 - (ii) องค์การทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ สามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลต่อไปนี้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ก่อนที่จะรับผู้ป่วยไว้ดูแล ในลักษณะที่สามารถเข้าใจได้ง่าย
 - สภาพการเจ็บป่วย
 - การดูแลที่จะได้รับ
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- ทีมผู้ให้บริการ
 - ทบทวนว่าผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละรายได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอ และมีความเข้าใจ พร้อมทั้งจะอธิบายเพิ่มเติมหากยังไม่เข้าใจ

- จัดระบบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นสุขภาพอื่นโดยอิสระ
- ให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเพียงพอก่อนที่จะตัดสินใจ

(3) องค์การเครณการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การวางแผนทางปฏิบัติหากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา โดยกำหนดให้ทีมผู้ให้บริการ
 - ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเสี่ยงของการบำบัดรักษาที่ไม่เพียงพอ
 - เครณการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานโดยปฏิบัติตามกระบวนการจำหน่ายที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยไม่ทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกิดความรู้สึกผิด หรือถูกตัดความสัมพันธ์
 - รายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ และ/หรือ แพทย์ประจำครอบครัวทราบ ถ้าแพทย์ดังกล่าวไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการจำหน่าย
 - หาทางรับทราบเหตุผลของการปฏิเสธการดูแลรักษา
 - การปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการรายงานโรคติดต่อ
 - การยืนยันที่อยู่และช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อการติดตาม

(4) ผู้ให้บริการมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:

- (i) การทำผ่าตัดและหัตถการรุกราน (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก;
- (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
- (iii) การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;
- (iv) การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยไว้ดูแลในโรงพยาบาล ร่วมกันกำหนดวิธีการขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะสำหรับบริการและกิจกรรมต่อไปนี้
 - การทำผ่าตัดและหัตถการรุกราน (invasive procedure)
 - การระบุความรู้สึก
 - การทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก
 - บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง
 - การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์
 - การถ่ายภาพเพื่อประกอบการดูแลรักษา อาจควรรวมเข้ากับการขอความยินยอมทั่วไปเพื่อนอนโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และขออนุญาตด้วยวาจาในแต่ละครั้งที่จะมีการถ่ายภาพ
 - การถ่ายภาพผู้ป่วยหรือเพื่อประโยชน์อื่นๆ เช่น การศึกษา การวิจัย การเขียนตำรา เป็นต้น ควรมีการขอความยินยอมเฉพาะสำหรับวัตถุประสงค์นั้นๆ ระยะเวลาและขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้ด้วย
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประเด็นละเอียดอ่อน เช่น ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มที่มีความต้องการวิธีการได้รับข้อมูลพิเศษ ลักษณะข้อมูลที่มีความอ่อนไหวเป็นพิเศษ การได้รับข้อมูลที่มีความสำคัญต่อกระบวนการดูแล การแจ้งข่าวร้าย เป็นต้น รวมทั้งผลที่เกิดขึ้น เพื่อให้คนไข้และญาติบรรเทาความทุกข์ และความสูญเสีย และมีคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

(5) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรจัดทำหรือทบทวนแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามแนวทางที่แนะนำไว้ในคู่มือ Patient Safety Goals (SIMPLE)
 - การใช้ Wrist Band เพื่อเฝ้าในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นความสำคัญของ

- การตรวจสอบก่อนติด Wrist Band ครั้งแรก และการตรวจสอบให้มั่นใจเมื่อ Wrist Band หลุด
- ข้อบ่งชี้ในการใช้ Wrist Band ในผู้ป่วยในทุกสาย และสำหรับผู้ป่วยนอกที่ต้องทำหัตถการ
- ข้อมูลที่จำเป็นใน Wrist Band ซึ่งต้องประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้เป็นอย่างน้อย และพิจารณาการใช้ Barcode เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
- การตรวจสอบความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วยและวิธีการที่รัดกุมในการป้องกันความผิดพลาดของการระบุตัวผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ เช่น
 - การตรวจผู้ป่วยในห้องตรวจผู้ป่วยนอก
 - การเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การเจาะเลือดเพื่อ Cross Match
 - การให้ยา
 - การทำหัตถการ
 - การให้เลือด
 - การส่งต่อ
 - การรายงาน การให้ข้อมูล
- แนวทางการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยซึ่งไม่มีตัวบ่งชี้เฉพาะ เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัวหรือสับสน เด็กแรกคลอดที่ผู้ปกครองยังไม่ได้ตั้งชื่อ เป็นต้น
- แนวทางการปฏิบัติอื่นๆ เช่น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การเขียน/ติดฉลาก การตรวจสอบฉลากร่วมกับผู้ป่วย การสอบถามเมื่อผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่สอดคล้องกับสถานะทางคลินิก การป้องกันการบันทึกข้อมูลซ้ำอัตโนมัติโดยคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-1)

- การจัดบริการที่จำเป็น
 - ยังมีบริการที่จำเป็นอะไรอีกที่องค์กรควรจัดบริการเพิ่มเติม
 - ยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงอะไรอีกที่องค์กรควรปรับปรุงแก้ไข
- การเข้าถึงบริการ
 - ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินว่ามีผู้ป่วยประเภทใดบ้างที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่อื่น โรงพยาบาลได้พยายามทำอะไรเพื่อปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวหรือไม่

- ถามผู้ป่วยว่าในการเข้ารับบริการ มีอะไรเป็นสิ่งที่น่าประทับใจ
 - อะไรเป็นสิ่งที่ไม่สะดวกสบายหรือต้องการให้โรงพยาบาลปรับปรุง
 - ถามผู้ป่วยว่าในการเข้ารับบริการ รู้สึกว่ามีอะไรที่ทำให้เข้าถึงได้ยาก
- การรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยงานอื่น
 - ประสิทธิภาพในการส่งต่อ เช่น ความรวดเร็ว ความครบถ้วนของข้อมูล เป็นต้น
 - ความปลอดภัย
- การคัดแยกและให้การดูแลตามลำดับความเร่งด่วน
 - ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวน ติดตาม และปรับปรุง
 - ทบทวนแนวทางปฏิบัติ และติดตามดูการปฏิบัติจริง ว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการประเมินและดูแลรักษาอย่างรวดเร็วเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยเพียงใด
 - ทบทวนศักยภาพของเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วน
 - กำหนดแนวทางในการ Monitor ความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และผลที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว
 - ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินว่าการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ทำได้ดีเพียงใด ควรปรับปรุงอะไรบ้าง
 - ถามพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินว่าการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ทำได้ดีเพียงใด มีการประเมินผลอย่างไร มีอะไรที่ควรปรับปรุง
 - พิจารณาใช้ประโยชน์จากแนวคิด Lean
 - ความสูญเสียเปล่าจากขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและเร่งด่วนที่สามารถขจัดออกได้มีอะไรบ้าง
- การพิจารณารับผู้ป่วย
 - ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินผลในประเด็นต่อไปนี้
 - ความเหมาะสมในการตัดสินใจที่จะรับหรือไม่รับผู้ป่วย
 - ความเหมาะสมในการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น
 - การช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม
 - ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามแพทย์เวรห้องฉุกเฉินว่าในการพิจารณาว่าจะรับผู้ป่วยไว้หรือส่งต่อ ใช้หลักเกณฑ์อะไร หลักเกณฑ์นี้ใช้ปฏิบัติโดยแพทย์ทุกคนเหมือนๆ กันหรือไม่

- ถ้ามพบยบยาลที่ห้องฉุกฉินว่เมือจ้เป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยบยาลอื่น มีการช่วยเหลือเบือ่งตันย่อย่างไรให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่งไร ช่วยหาที่ส่งต่ออย่งไร
- การรับเข้าดูแลในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ
 - ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินผลในประเด็นต่อไปนี้
 - การปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 - ความสามารถของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษในเวลาที่เหมาะสม
 - ถ้ามพบรสบการณ้ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถ้ามพบยบยาลที่หอผู้ป่วยวิกฤติว่ในการรับผู้ป่วยหนักเข้า ICU ใช้เกณฑ์อะไรเป็นสำคัญ เกณฑ์นี้มีปัญหาในทางปฏิบัติอะไรบ้าง ถ้ามมีความต้องการใช้เตียงมากกว่าเตียงที่มีอยู่ จะดำเนินการอย่งไร
- Informed Consent
 - ความเหมาะสม ชัดเจน เพียงพอของข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับก่อนที่จะนอนโรงพยาบาล
 - สภาพการเจ็บป่วย
 - การดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
 - การทำห้ตถการใดบ้าง ที่ควรมีการจัดทำสื่อเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นพิเศษ
 - ระบบบันทึกข้อมูลยินยอมรับการรักษ/ทำห้ตถการที่ใช้อยู่ มีการบันทึกข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเฉพาะรายที่จะเป็นประโยชน์สำหรับการเตือนใจผู้ให้ข้อมูล หรือใช้เป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูลในอนาคตเมื่อจำเป็นได้อย่างไร
 - ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและมีเจตคติต่อการลงนามยินยอมรับการรักษอย่งไร โดยเฉพาะอย่งยึงการป้องกันการฟ้องร้อง
 - ถ้ามผู้ป่วยและครอบครัว
 - ถ้ามผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลว่ก่อนที่จะเข้านอนโรงพยาบาลได้รับข้อมูลอะไรบ้าง มีข้อมูลอะไรที่ผู้ป่วยต้องการแต่ไม่ได้รับคำตอบ เข้าใจข้อมูลที่ได้รับได้ดีเพียงใด

- ถามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดว่าได้รับข้อมูลอะไร อะไรทำให้ยอมรับการผ่าตัด ได้สอบถามข้อมูลอะไรจากแพทย์ และได้รับคำตอบที่ต้องการหรือไม่
 - ถามผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ตามมาตรฐาน III-1 (7) ว่าก่อนที่จะลงนามยินยอม ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง จากใคร
- การบ่งชี้ตัวผู้ป่วย
 - ถามผู้ป่วยที่กำลังนอนโรงพยาบาลเกี่ยวกับการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยในขั้นตอนต่างๆ (เช่น การติดป้ายข้อมือ การเจาะเลือด การให้ยา การส่งตัวไปรับการตรวจรักษานอกหอผู้ป่วย เป็นต้น)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-1)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
การจัดบริการ ● แนวทางการวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพที่จำเป็นของชุมชนที่รับผิดชอบและผลลัพธ์ที่ได้ ● ช่องทางการเข้าถึงที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น	● ความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของชุมชนที่รับผิดชอบ ● ความเพียงพอ ความเหมาะสม และความปลอดภัยของช่องทางการเข้าถึง (รวมทั้งบริการ EMS)
การเข้าถึง ● อุปสรรคต่อการเข้าถึงและความพยายามในการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึง ● การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วย ● แนวทางการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย ● แนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับไว้ดูแลได้	● ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการ (โดยรวมและในประเด็นที่สะท้อนความพยายามในการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึง) ● ระยะเวลารอคอยเพื่อการเข้าถึงที่มีผลต่อผลลัพธ์การดูแล ● ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ ● ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยเร่งด่วน (ความถูกต้อง ความรวดเร็ว ผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความล่าช้า)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ความเหมาะสมในการประเมิน การดูแลเบื้องต้น การประสานงาน การเคลื่อนย้าย เมื่อไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลได้
การเข้ารับบริการ ● ปริมาณความต้องการเตียงวิกฤติและ แนวทางการบริหารจัดการเตียง ในหน่วยบริการวิกฤติ ● แนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ในกรณีทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด และกรณีที่มีความซับซ้อนของข้อมูล ● แนวทาง/นวัตกรรมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย อย่างถูกต้อง	● ประสิทธิภาพและความเหมาะสม ในการรับผู้ป่วยเข้าหน่วยบริการวิกฤต/ หน่วยบริการพิเศษ (จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถรับไว้ในหน่วย บริการวิกฤติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อัตราการใช้เตียงผู้ป่วยวิกฤติกับผู้ป่วย ระยะท้าย/ประคับประคอง) ● ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว ต่อการได้รับข้อมูล ● ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการให้ความ ยินยอมรับการรักษา ● ประสิทธิภาพของการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยอย่าง ถูกต้อง (เช่น จำนวน/อัตราอุบัติการณ์)

SPA III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

- (1) การประเมินผู้ป่วยมีการประสานงานและร่วมมือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการประเมินผู้ป่วย:
- (i) ประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านร่วมกันและลดความซ้ำซ้อน;
 - (ii) วิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน;
 - (iii) ระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วน/สำคัญ.

- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
- ประวัติสุขภาพ;
 - ประวัติการสูบบุหรี่;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย;
 - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ;
 - การประเมินความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน (functional assessment).
 - การประเมินเพื่อระบุผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษามากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วย ร่วมกันทำความเข้าใจข้อกำหนดบางประเด็น
 - “ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย” (patient preference) เช่น จะเรียกขานตัวบุคคลว่าอย่างไร ผลกระทบจากการเรียกขาน เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมีอาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยี่ยมเยียน ตัวเลือกในการดูแลและวิธีรักษาผู้ป่วย (their care and treatment options)
 - “ปัจจัยด้านวัฒนธรรม” เช่น ความเชื่อ/ความเข้าใจ/เจตคติโดยทั่วไปเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับจากอิทธิพลของชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมถึงภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร เป็นต้น
 - “ปัจจัยด้านจิตวิญญาณ” เช่น
 - สิ่งยึดเหนี่ยวสูงสุดในชีวิต ปรัชญาชีวิต เป้าหมาย ความหวังในชีวิต
 - การให้ความหมายกับการเจ็บป่วย การมีชีวิต การเสียชีวิต
 - วิธีการเอาชนะความทุกข์จากการเจ็บป่วย
 - ความต้องการด้านจิตวิญญาณ
- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกับทบทวนและปรับปรุงกระบวนการประเมินผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้
 - บทบาทของแต่ละวิชาชีพในการประเมินแรกรับ กำหนดเวลาที่ต้องประเมินให้เสร็จสิ้น
 - การประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมิน
 - การวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน
 - เชื่อมโยงทั้งข้อมูลการประเมินแรกรับของทีมดูแลผู้ป่วย และข้อมูลก่อนรับไว้บนโรงพยาบาลหรือข้อมูลจากภายนอกโรงพยาบาล
 - ใช้วิธีง่ายๆ และไม่เป็นทางการสำหรับกรณีที่ความต้องการของผู้ป่วยไม่ซับซ้อน
 - ใช้การประชุมที่มีอย่างเป็นทางการ การประชุมปรึกษากับผู้ป่วย และการตรวจเยี่ยมทางคลินิก สำหรับกรณีที่ความต้องการของผู้ป่วยมีความซับซ้อนหรือไม่ชัดเจน
 - รายละเอียดของการประเมินของแต่ละวิชาชีพ
 - การคัดกรองและปรึกษา/ส่งต่อ
 - ความเสี่ยงด้านโภชนาการ
 - ปัญหาการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional needs)

- ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
- ความปวด
- การประเมินเพื่อระบุผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษา มากกว่าผู้ป่วยทั่วไปครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม โอกาสในการติดเชื้อ โภชนาการ ผลจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น
- จุดเน้นในการประเมินสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ
 - ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมาก
 - ผู้ป่วยสูงอายุที่อ่อนแอ
 - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ป่วยอื่นๆ ที่มีอาการเจ็บปวด
 - หญิงมีครรภ์ที่อยู่ระหว่างการคลอด
 - ผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์หรือจิตใจ
 - ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะติดยา และ/หรือสุรา
 - เหยื่อที่ถูกกระทำทารุณหรือถูกทอดทิ้ง
- การบันทึกปัญหาและความต้องการเร่งด่วนที่สำคัญ ที่ทุกวิชาชีพสามารถใช้ร่วมกันได้
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - การประเมินที่ขยายไปครอบคลุมปัญหาและความต้องการของครอบครัวด้วย จะมีวิธีคัดกรองเบื้องต้นอย่างไร ปัญหาและความต้องการประเภทใดที่ควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษ เช่น การรับรู้หรือประเมินความต้องการพื้นฐานอันสำคัญของมนุษย์ (อาทิ การกิน การนอน การเคลื่อนไหว การขับถ่าย ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว) จะทำให้เป็นระบบที่มีการปฏิบัติอย่างทั่วถึงได้อย่างไร
 - การประเมินที่เน้นมิติด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ โดยใช้วิธีการที่ไม่ซ้ำเดิม ความรู้สึกผู้ที่กำลังประสบปัญหา ไม่เป็นการประเมินเฉพาะตามรูปแบบที่มีอยู่ แต่เป็นการรับรู้ที่ควบคู่กับการให้ความรู้สึกที่อบอุ่น เข้าใจ พร้อมทั้งจะร่วมแก้ปัญหา มีการรับฟังปัญหาหรือความทุกข์ของคนไข้โดยใช้ทักษะการฟังแบบลึกซึ้ง มีความเข้าใจในสิ่งที่เป็นเรื่องราวของผู้ป่วย ไม่รีบร้อน ไม่ตัดสินอย่างเร่งด่วน
 - ผู้ประเมินได้รับการอบรมเทคนิคการประเมินที่เหมาะสม รวมถึงการกระตุ้นให้บอกเล่าเรื่องราวเพื่อทำความเข้าใจปัญหาของตนเอง

(3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ วิเคราะห์ประเภทหรือลักษณะหรือกลุ่มโรคซึ่งต้องมีการตรวจประเมินผู้ป่วยเป็นพิเศษ ซึ่งอาจจะเป็นการใช้เครื่องมือ การทำ Invasive Procedure การตรวจที่ต้องใช้ทักษะหรือความเชี่ยวชาญพิเศษ หรือการประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น การตรวจ Gastrocope ในผู้ป่วย Upper GI Hemorrhage, การประเมินผู้ป่วย Asthma, การทำ Diagnostic Aspiration เป็นต้น และพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การตรวจประเมินดังกล่าวดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือไม่
 - การตรวจประเมินดังกล่าวกระทำในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยหรือไม่ อย่างไร
 - การตรวจประเมินดังกล่าวกระทำโดยมีเทคโนโลยี เครื่องมืออุปกรณ์พร้อม มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้บันทึกข้อมูลที่จำเป็นหรือไม่ อย่างไร
 - การตรวจประเมินดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
 - ในกรณีที่ไม่มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการตรวจประเมินดังกล่าว สมควรมีการจัดทำขึ้นหรือไม่
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนสถานการณ์ที่ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ สังคม ได้รับการประเมินล่าช้ากว่าที่ควร เรียนรู้และวางระบบเพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาดังกล่าวได้เร็วขึ้น

(4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนตามข้อกำหนดขององค์กรในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์หรือทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลผลการประเมิน เช่น
 - การประเมินทางการแพทย์และการพยาบาลเมื่อแรกรับ ดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือเร็วกว่านั้นตามสภาพอาการของผู้ป่วย
 - ประเมินและบันทึกผลการประเมินผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินก่อนที่จะผ่าตัด
- องค์กรแพทย์หรือทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดแนวทางการประเมินซ้ำก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในและการให้ผู้เกี่ยวข้องได้ใช้ประโยชน์
 - ผู้ป่วยการประเมินทางการแพทย์ที่กระทำจากนอกโรงพยาบาลหรือที่แผนกผู้ป่วยนอก จะต้องมีการประเมินและบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นขณะเมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน หากการประเมินดังกล่าวกระทำนานเกินกว่า 30 วันก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน จะต้องซักประวัติทางการแพทย์ใหม่ และการตรวจร่างกายซ้ำ
- การออกแบบเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมิน
 - การออกแบบบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน
 - การระบุนายการปัญหาสำคัญของผู้ป่วย
 - การประเมินที่ควรมีแนวทางเพื่อลดความซ้ำซ้อนหรือมีการใช้ผลการประเมินร่วมกัน เช่น ประวัติการใช้ยากับกระบวนการ Medication Reconciliation การคัดกรองที่จำเป็น เป็นต้น
 - การเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยโดยเภสัชกรเพื่อประโยชน์ในการทบทวนคำสั่งใช้ยา
 - ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถค้นหาหรือเรียกดูผลการประเมินที่ต้องการจากเวชระเบียนผู้ป่วยหรือแหล่งเก็บอื่นๆ ที่เป็นมาตรฐานและสามารถเข้าถึงได้

(5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทீมนดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ กำหนดช่วงเวลาสำหรับการประเมินซ้ำที่เหมาะสม
 - แพทย์ประเมินซ้ำทุกวันสำหรับผู้ป่วย Acute
 - กำหนดเวลาประเมินซ้ำที่แพทย์อาจประเมินซ้ำห่างกว่าวันละครึ่ง สำหรับผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตเวช หลังคลอดปกติ
 - การประเมินซ้ำเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค หรือเมื่อต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยต่อไปนี้
 - ผู้ป่วยที่นอน ICU
 - ผู้ป่วยระดับ 3-4
 - โรคต่าง ๆ เช่น DHF, Traumatic Brain Injury, Sepsis, Abdominal Pain R/O Appendicitis
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวน ปัญหาและความต้องการด้านจิตใจ สังคม ที่ต้องได้รับการประเมินซ้ำ วางระบบเพื่อให้สามารถตรวจพบปัญหาและมีการประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-2 ก)

- สุ่มเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยมาทบทวน
 - การประเมินผู้ป่วยสามารถประเมินได้ครอบคลุมรอบด้านเพียงใด
 - ครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้ครบถ้วนหรือไม่ ประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตนเอง ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย (patient preference) การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ
 - ในแต่ละองค์ประกอบมีข้อมูลที่เพียงพอเพื่อการวางแผนหรือไม่
 - มีการประสานงานเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการประเมินผู้ป่วยอย่างไร เช่น การตรวจเยี่ยมร่วมกัน การใช้แบบบันทึกร่วมกัน เป็นต้น
 - มีการวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมินอย่างไร เช่น การอภิปรายร่วมกัน การวางแผนดูแลร่วมกัน การบันทึกแผนร่วมกัน การวิเคราะห์ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อกับข้อมูลที่ทีมงานประเมินได้ เป็นต้น
 - มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่สำคัญไว้ชัดเจนหรือไม่ มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนชัดเจนหรือไม่

- สุ่มเลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ต้องมีการตรวจประเมินเป็นการพิเศษมา ทบทวนว่า การตรวจประเมินดังกล่าวเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายใน ด้าน อายุ ปัญหาสุขภาพ ความเร่งด่วน ระดับการศึกษา/ภาษา/วัฒนธรรม ของผู้ป่วย การตรวจประกอบการวินิจฉัยโรคที่เคยทำ บริการหรือการรักษา ที่จะให้แกผู้ป่วย หรือไม่ อย่างไร
- การบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียน
 - มีการบันทึกผลการประเมินภายในเวลาที่กำหนดหรือไม่
 - คุณภาพของการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียน โดยแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น
 - บันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนอยู่ในลักษณะที่พร้อมให้ ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์หรือไม่
- ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร
- สัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ดูแล
 - ถามแพทย์ว่ามีโรคอะไรบ้างที่ควรปรับปรุงแนวทางการตรวจวินิจฉัยให้ สอดคล้องกับความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไปบ้าง จะมีข้อพิจารณาในเรื่อง ความเหมาะสมและความคุ้มค่าอย่างไร
 - สอบถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด)
 - การใช้ประโยชน์จากบันทึกเวชระเบียนที่บันทึกด้วยตนเอง, ที่บันทึกโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ, ที่บันทึกโดยผู้ประกอบวิชาชีพอื่น
 - มีข้อเสนอแนะอะไรเพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น
- สัมภาษณ์ประสบการณ์ผู้ป่วย/ครอบครัว
 - ถามผู้ป่วยว่าในการซักประวัติเมื่อแรกรับ ผู้ป่วยมีโอกาสนอกเล่าสิ่งที่ ต้องการบอกได้ครบถ้วนเพียงใด มีโอกาสนอกว่าอยากได้แบบใดไม่อยากจะ แบบใดหรือไม่ มีการสอบถามเกี่ยวกับเรื่องสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ปัญหาด้านความรู้สึก ความเครียด ความสัมพันธ์ การทำมาหากิน หรือไม่
 - ถามผู้ป่วยว่าในการซักประวัติเมื่อแรกรับ มีการถามเรื่องเดียวกันซ้ำๆ กัน เพียงใด โดยใครบ้าง
 - ถามผู้ป่วยว่าได้รับการซักประวัติการใช้ยาอย่างไรบ้าง
 - ถามผู้ป่วย/ครอบครัวว่าได้รับคำอธิบายผลการประเมินด้วยภาษาที่ชัดเจน และเข้าใจง่ายเพียงใด โดยอาจจำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ เช่น
 - ผู้ป่วยทั่วไป
 - ผู้สูงอายุ

- ผู้ที่มีปัญหาในการรับรู้
 - ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
- ตามรอยการประเมินผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบผู้ป่วย ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและทบทวนข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมหรือไม่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-2 ก)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
ความเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วย ● แนวทางการเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยที่ควรใส่ใจ ● การกำหนดบทบาทของผู้ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและแนวทางการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการประเมิน ● การประสาน เชื่อมโยง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลการประเมินร่วมกัน ● แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะต่างๆ ● แนวทางการสร้างหลักประกันความปลอดภัยในการตรวจพิเศษที่มีความเสี่ยง ● ข้อกำหนดในการบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วย ● แนวทางการประเมินซ้ำและการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย	ความเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วย ● ความเหมาะสมของวิธีการประเมิน (เช่น ความครอบคลุมของการใช้ CPG เป็นต้น) ● ความเหมาะสมของผู้ประเมิน ● ความเหมาะสมของการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ● ความเหมาะสมและปลอดภัยของการตรวจพิเศษต่างๆ ● ความเหมาะสมของการบันทึกข้อมูล ● ความเหมาะสมในการประเมินซ้ำ
ความครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วย ● แนวทางส่งเสริมให้มีการประเมินครอบคลุมรอบด้าน โดยเฉพาะในประเด็นที่มักเป็นปัญหา ● แนวทางการประเมินและสื่อสารความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ● แนวทางการบันทึกปัญหาและความต้องการที่สำคัญ	ความครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วย ● ความครอบคลุมในการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ● ความครอบคลุมในการประเมินความเสี่ยงจากการดำเนินโรคและการดูแลรักษา ● ความเพียงพอของข้อมูลเพื่อการวางแผนดูแล

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Investigation)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร และได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดการตรวจ Investigate (การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจคลื่นหัวใจ การส่งกล้องตรวจ และการตรวจอื่นๆ) ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในสาขาของตน
 - การตรวจที่สามารถทำได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
 - การตรวจที่สามารถทำได้เฉพาะในเวลาราชการ
 - การตรวจที่ต้องการรายงานผลเร่งด่วน และ Turnaround Time ที่ยอมรับได้
 - การตรวจที่จำเป็นต้องส่งต่อไปตรวจที่อื่น การเลือกแหล่งตรวจที่มีคุณภาพ และการประสานงานต่างๆ เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม

- (2) มีการทบทวนความสอดคล้องระหว่างผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคกับสภาวะโรคของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อพบว่ามีعدمสอดคล้องระหว่างผลการตรวจ Investigate กับสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย
 - การสื่อสารกับผู้รับผิดชอบในการตรวจ Investigate เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อผลการตรวจ
 - การส่งตรวจซ้ำตามความเหมาะสม รวมทั้งการพิจารณาเลือกแหล่งตรวจใหม่
 - การสรุปรายงานหรือเก็บสถิติเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนา

(3) ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจ Investigate
 - การสื่อสารรายงานผลการตรวจ Investigate
 - ช่องทางในการรายงาน เช่น กระดาษ หรือ Electronic เป็นต้น
 - ระยะเวลาในการรายงาน เช่น การประกันเวลาในกรณีปกติและกรณีฉุกเฉิน การรายงานคำวิกฤติ เป็นต้น
 - การบันทึกผลการตรวจ Investigate
 - แนวทางการบันทึกผลการตรวจและการแปลผลในเวชระเบียน
 - การเก็บผลการตรวจที่สืบค้นได้ง่าย Investigate
 - การรักษาความลับของผลการตรวจ Investigate
 - ผู้มีสิทธิเข้าถึงผลการตรวจ Investigate ทั่วไป
 - ผู้มีสิทธิเข้าถึงผลการตรวจที่มีความอ่อนไหว

(4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามีความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ชัดเจน โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นกับผู้ป่วย/ญาติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจผิดปกติ และแนวทางการอธิบายเหตุผล
 - การมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นตัวบ่งชี้
 - การพิจารณาความคุ้มค่ากับผลได้ที่จะเกิดขึ้น (การวินิจฉัยโรคที่ต้องชัดเจน)
 - การพิจารณาการผลกระทบต่อจิตใจหากได้รับผลการตรวจเพิ่มเติม
 - แนวทางการอธิบายเหตุผลความจำเป็นกับผู้ป่วย/ญาติ

ประเด็นที่ควรรำ Rapid Assessment (III-2 ๖)

- การสอบถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามผู้ป่วยว่าแพทย์ได้สรุปให้ฟังหรือไม่ว่าจากผลการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ แพทย์สันนิษฐานว่าผู้ป่วยเป็นอะไร คำอธิบายนั้นเข้าใจได้ง่ายหรือไม่
 - ถามแพทย์ว่าความสะดวกและความน่าเชื่อถือของการส่งผู้ป่วยไปตรวจ Investigate ต่าง ๆ เป็นอย่างไร
 - ถามพยาบาลว่ามีความมั่นใจเพียงใดว่าแพทย์จะได้รับผลการตรวจ Investigate ต่าง ๆ อย่างครบถ้วน ในเวลาที่เหมาะสม และมีการรักษาความลับที่เหมาะสม
- คุณภาพตามข้อกำหนดของการตรวจ Investigate
 - ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Investigate ที่จำเป็นครบถ้วนหรือไม่
 - ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำการตรวจเองได้ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
 - ผลการตรวจ Investigate มีความสอดคล้องกับสถานะทางคลินิกหรือไม่ มีการตรวจใดบ้างที่แพทย์ผู้ส่งตรวจมักจะมีข้อสงสัยเกี่ยวกับผลการตรวจ
 - Turnaround Time ในการส่งตรวจ Investigate แต่ละประเภทเป็นเท่าไร
 - ความสามารถในการสืบค้นผลการตรวจและการเปรียบเทียบผลในแต่ละช่วงเวลา
 - การรักษาความลับของผลการตรวจ
 - การส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ
 - มีแนวทางที่เป็น Routine ในการตรวจเพิ่มเติมอะไรบ้าง
 - มีบทเรียนอะไรบ้างเกี่ยวกับผลการตรวจที่มีความผิดปกติและต้องมีการส่งตรวจเพิ่มเติม
 - การอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเมื่อผลการตรวจมีความผิดปกติ
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนสถานการณ์ว่ามีการตรวจอะไรบ้างที่อาจจะต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจนอกโรงพยาบาล มีความจำเป็นอย่างไรในการที่จะส่งไปตรวจต่อ มีผลกระทบกับตัวคนไข้ในเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียด หรือไม่ สร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการอำนวยความสะดวกในการไปตรวจดังกล่าว ไม่มีความล่าช้าหรือการเสียโอกาสเนื่องจากไม่ได้รับการตรวจ

- ทบทวนสถานการณ์ที่การอธิบายผลการตรวจที่มีความผิดปกติจะต้องใช้ความละเอียดอ่อนหรือระมัดระวังในการให้ข้อมูล เช่น เมื่อสงสัยว่าจะเป็นโรคร้ายแรง โรคที่รักษาไม่หาย วางแนวทางการอธิบายที่ชัดเจนทั้งในเรื่องผู้ให้ข้อมูล สิ่งแวดล้อมของการให้ข้อมูล การนำครอบครัวมาร่วมรับรู้ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ประคับประคองการเผชิญความเสียใจ สร้างความหวัง กำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไปอย่างไร เป็นต้น
- ทบทวนสถานการณ์ที่การอธิบายผลการตรวจที่มีความผิดปกติเป็นเรื่องยากที่จะทำความเข้าใจ วางแนวทางการอธิบายในลักษณะที่คนทั่วไปสามารถเข้าใจความหมายได้ง่าย เช่น การใช้ถ้อยคำ การใช้สื่อประกอบ หรือการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจ มุมมองของคนไข้ หรือญาติ เข้าใจในความเชื่อ ความศรัทธา อะไรคือความต้องการของเขา สุขหรือทุกข์ เกิดจากอะไร อะไรคือความหวังของเขา เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-2 ข)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ● แนวทางการวิเคราะห์ความต้องการการส่งตรวจ และการจัดระบบเพื่อตอบสนอง ● แนวทางการสื่อสารระหว่างผู้ส่งตรวจกับผู้ทำการตรวจ เมื่อเกิดข้อสงสัยในผลการตรวจ ● แนวทางการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อให้่ายในการสืบค้นและใช้ประโยชน์ ● แนวทางการทบทวนความจำเป็นและความเหมาะสมของการส่งตรวจ Investigate	การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ● การเข้าถึง (สามารถทำได้เมื่อต้องการในเวลาที่เหมาะสม) ● ประสิทธิภาพของการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจ ● การยืนยันและใช้ประโยชน์จากผลการตรวจที่ผิดปกติ

ก. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

(1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลที่เป็นที่กเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในสาขาเดียวกัน ร่วมกันทบทวนกำหนดแนวทางการวินิจฉัยโรค และข้อมูลสนับสนุน
 - การปรับจากการวินิจฉัยโรคตามอาการมาเป็นการวินิจฉัยโรคที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น
 - การกำหนดเกณฑ์ว่าต้องมีข้อมูลสนับสนุนหรือการตรวจพิเศษอะไรบ้าง สำหรับการวินิจฉัยโรคที่อาจก่อให้เกิดความสับสน เช่น
 - Dyspepsia, Peptic Ulcer Disease and Esophageal Reflux Disease
 - Lumbar Disc Herniation with Radiculopathy
 - Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS), Sepsis, Septic Shock
 - Cystitis, Pyelonephritis
 - Acute Bronchitis, Acute Rhinosinusitis, Bronchiolitis, Common Cold, Croup, Pharyngitis, Rhinosinusitis, Streptococcal Pharyngitis, Strep throat
- แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในสาขาเดียวกันหรือทีมดูแลผู้ป่วย สุ่มเวชระเบียนมาทบทวนการบันทึกข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค (ดูตัวอย่างและเลือกคำถามการทบทวนจาก Safer Dx Instrument) และปรับปรุงแนวทางการประเมินผู้ป่วยตามปัญหาที่พบ (คะแนน 1 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 7 เห็นด้วยมากที่สุด)

	Safer Dx Instrument Criteria	Score
1	ประวัติที่บันทึกไว้ชี้ว่าน่าจะให้การวินิจฉัยโรคเป็นอย่างอื่นซึ่งไม่ได้ถูกพิจารณาใน Diagnostic Process	
2	การตรวจร่างกายที่บันทึกไว้ชี้ว่าน่าจะให้การวินิจฉัยโรคเป็นอย่างอื่นซึ่งไม่ได้ถูกพิจารณาใน Diagnostic Process	
3	ข้อมูลที่เก็บรวบรวมผ่านการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทบทวนเอกสารที่เคยมีอยู่ (รวมทั้งผลการตรวจ Investigation ต่างๆ) ไม่สมบูรณ์เมื่อเทียบกับประวัติและ Clinical Presentation ของผู้ป่วย	

	Safer Dx Instrument Criteria	Score
4	ไม่ได้มีการตอบสนองต่ออาการที่เป็นสัญญาณเตือนหรือ 'Red Flags'	
5	Diagnostic Process ถูกกระทบจากข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือ Primary Caregiver ให้อย่างไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง	
6	ข้อมูลทางคลินิก (เช่น ประวัติ ตรวจร่างกาย ผล investigation) น่าจะกระตุ้นให้มีการประเมินเพิ่มเติมผ่านการตรวจทดสอบหรือปรึกษา	
7	Diagnostic Reasoning ไม่เหมาะสม เมื่อพิจารณาจากประวัติและ Clinical Presentation ของผู้ป่วย	
8	มีการแปลความหมาย Diagnostic Data ผิดพลาดเมื่อพิจารณาจาก Final Diagnosis	
9	ไม่ได้มีการติดตามเพื่อใช้ผลของ Diagnostic Data (ผลการตรวจ investigate ต่างๆ) เมื่อพิจารณาจาก Final Diagnosis	
10	ไม่มีการบันทึกการวินิจฉัยแยกโรคหรือ Final Diagnosis ไม่ถูกระบุไว้ในการวินิจฉัยแยกโรค	
11	Final Diagnosis ไม่ได้เกิดจาก Evolution ของ Working Diagnosis ของทีม	
12	Clinical Presentation ในครั้งแรกหรือต่อๆ มา เป็น Mostly Typical ของ Final Diagnosis	
13	โดยสรุป มีการพลาดโอกาสที่จะให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับเวลา	

(2) มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงหรือองค์กรแพทย์กำหนดนโยบายการบันทึกการวินิจฉัยโรค อย่างน้อยครอบคลุม
 - การลงบันทึกการวินิจฉัยโรคโดยเร็วที่สุดที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล หรือภายในเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง
 - การลงบันทึกการวินิจฉัยโรคสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดจะต้องทำก่อนผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด
 - การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม
- ทีมดูแลผู้ป่วยทำให้มั่นใจว่ามีการบันทึกการวินิจฉัยโรคในเวลาที่กำหนด
 - ทีมดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ
 - ทีมดูแลผู้ป่วยสร้างกลไกที่จะมีการทบทวนในระหว่างการทำงานเพื่อปรับปรุงการวินิจฉัยโรคให้เป็นปัจจุบัน เช่น

- ระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน
- ระหว่างการส่งเวร
- เมื่อมีการย้ายผู้ป่วย
- เมื่อมีผลการตรวจพิเศษหรือการประเมินอื่นๆ ที่ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค

(3) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน (nicotine dependence)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายสนับสนุนการช้กประวัติการสูบบุหรี่ การวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน และการเสนอการบำบัดรักษาภาวะติดนิโคตินให้แก่ผู้รับบริการทุกราย
- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง (องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล ทีมดูแลผู้ป่วย ทีมเวชระเบียน ฯลฯ) ร่วมกันออกแบบกระบวนการทำงาน และนำไปปฏิบัติ
 - ศึกษาหลักเกณฑ์ของการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน
 - พิจารณาผู้เกี่ยวข้องที่มีบทบาทในการช้กประวัติและการสรุปภาวะติดนิโคติน
 - ออกแบบบันทึกที่ง่ายในการนำไปปฏิบัติดังตัวอย่าง โดยพยายามบูรณาการเข้ากับสิ่งที่เคยมีการปฏิบัติอยู่แล้ว
 - ออกแบบให้เชื่อมต่อการวินิจฉัยโรคกับแผนการบำบัดรักษา (ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) และแผนจำหน่าย (กรณีผู้ป่วยใน)

การวินิจฉัยและวางแผนบำบัดภาวะติดนิโคติน (Nicotine Dependent)

สูบบุหรี่มานานแรกหลังตื่นนอน ☐ ภายใน 5 นาที 3 ☐ 6-30 นาที 2 ☐ > 30 นาที 1		สูบบุหรี่/ยาเส้น/บุหรี่ไฟฟ้าวันละกี่มวน/ที ☐ > 30 3 ☐ 21-30 2 ☐ 11-20 1		☐ วินิจฉัย ภาวะติดนิโคติน (F17.2) ☐ รุนแรง (High) 5-6 ☐ ปานกลาง (Medium) 3-4 ☐ เล็กน้อย (Low) 0-2	

แผนการบำบัดรักษา ☐ การให้คำปรึกษา ☐ แบบสั้น ☐ แบบเข้ม ☐ ทางโทรศัพท์ ☐ ทางไกล ☐ การใช้ยาบำบัดรักษา ☐ การแก้ไขปัจจัยเสี่ยง	แผนจำหน่าย

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ
 - อัตราการชักประวัติและวินิจฉัยภาวะติดเชื้อโคตินเทียบกับผู้รับบริการทั้งหมด
 - อัตราการส่งผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อโคตินไปรับการบำบัดรักษา

(4) ทีมผู้ให้บริการทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

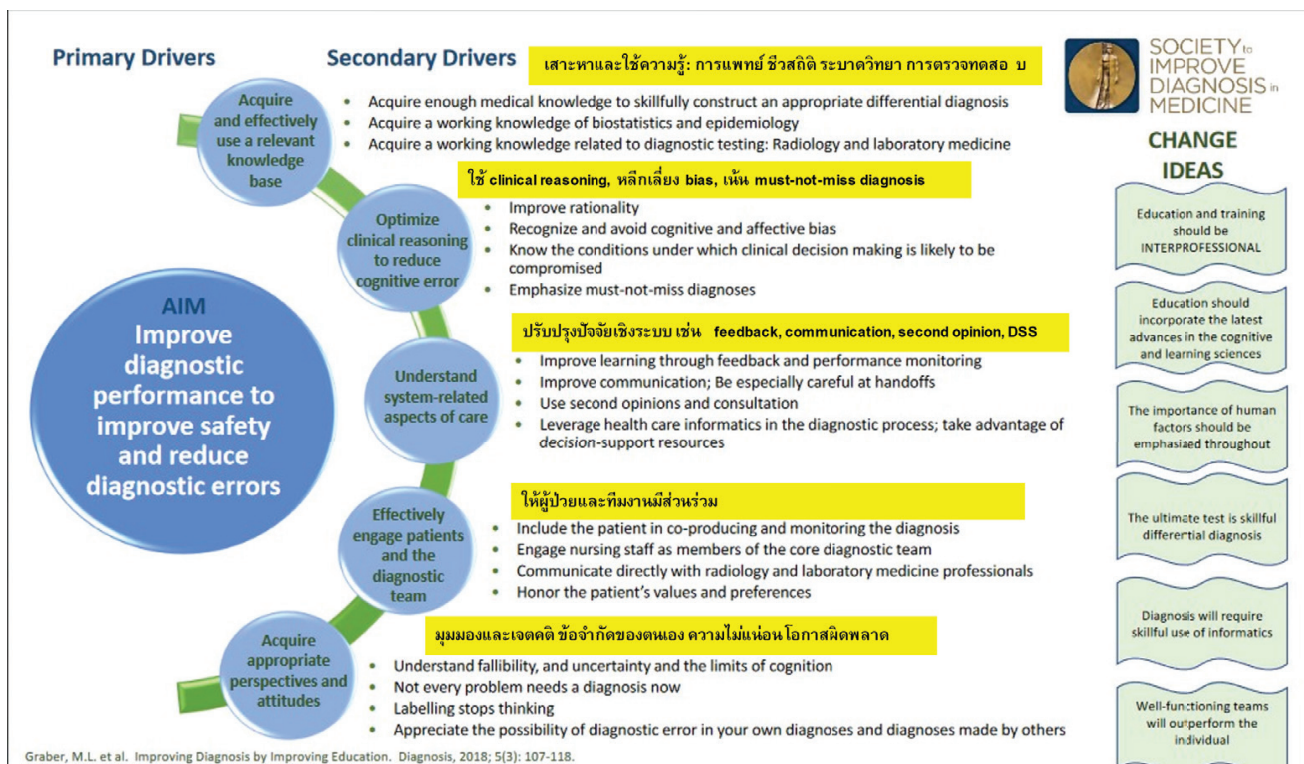
- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการวินิจฉัยโรคอย่างสม่ำเสมอตามวงรอบเวลาที่กำหนดไว้
 - ความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค
 - การทบทวนความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพ
 - เมื่อมีการปรับปรุงการวินิจฉัยโรคของแพทย์ตามข้อ (2)
 - เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย
 - เมื่อมีการทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
 - เมื่อเกิดอุบัติการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

(5) องค์กรกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้น มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค (reduction of diagnostic errors) เป็นเป้าหมายความปลอดภัยขององค์กร
- ทีมดูแลผู้ป่วยนำแนวทางใน Patient Safety Goal (SIMPLE) เรื่อง Reduction of Diagnostic Errors มาสู่การปฏิบัติ
 - ทบทวนความหมายของข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค (diagnostic error)
 - Missed Diagnosis หมายถึง กรณีที่อาการของผู้ป่วยไม่ได้รับคำอธิบาย เช่น อาการอ่อนเพลียหรือเจ็บปวดเรื้อรัง หรือผู้ป่วยมีอาการชัดเจนแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค เป็นต้น
 - Wrong Diagnosis หมายถึง กรณีที่ให้การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง และมาพบสาเหตุที่แท้จริงภายหลัง
 - Delayed Diagnosis หมายถึง กรณีที่ควรได้รับการวินิจฉัยโรคเร็วกว่าที่เป็น เช่น การวินิจฉัยโรคมะเร็ง เป็นต้น

- ร่วมกันวางระบบต่อไปนี้ควบคู่กับการศึกษาข้อเสนอแนะของ Society to Improve Diagnosis in Medicine
 - เรียนรู้จากข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ค้นหา ศึกษา และอภิปรายร่วมกัน เช่น ในการทำ Grand Rounds, MM Conference, การใช้ Trigger เพื่อทบทวนเวชระเบียน, กิจกรรมทบทวนคุณภาพอื่นๆ
 - วางระบบรายงานผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยโรคให้ครบวงจร เช่น การส่งผลการตรวจให้ผู้ป่วย การติดตามว่ามีการตอบสนองต่อ Critical Test ในเวลาที่กำหนด (30 วัน) ได้เพียงใด เสริมพลังและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สามารถมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยโรค
 - ส่งเสริมให้มีการจัดทำบัญชีรายการปัญหาผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคที่เหมาะสม
 - จัดให้มีช่องทางและวิธีการที่ผู้ให้บริการจะได้รับข้อคิดเห็นสะท้อนกลับเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคที่ได้กระทำไป
 - ส่งเสริมให้มีการใช้ความเห็นที่สอง (second opinions) ในการวินิจฉัยโรค
 - ปรับปรุงการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร
 - จัดให้มีเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจในการวินิจฉัยโรค ให้แพทย์สามารถใช้ได้ ณ จุดให้บริการ
 - สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสม เช่น การมีเวลามากพอในการประเมินผู้ป่วยใหม่โดยไม่มีการรบกวนสมาธิเป็นต้น
 - เสริมพลังให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับปรุงการวินิจฉัยโรค เช่น การติดตามการทุเลาของอาการหรืออาการใหม่ที่เกิดขึ้น การติดตามให้มั่นใจว่ามีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การอำนวยความสะดวกในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เป็นต้น



○ ทบทวนภาพรวมของข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค

- จากการเกิดอุบัติการณ์ เช่น การรายงานอุบัติการณ์, MM Conference, การใช้ Trigger เพื่อทบทวนเวชระเบียน เป็นต้น
- จากการเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรค เช่น แรกรับกับจำหน่าย ก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำ/รักษาซ้ำ เป็นต้น
- ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น Life Threatening Surgical and Trauma Emergencies, ผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น
- สุ่มเวชระเบียนมาทบทวนโดยใช้ Safer Diagnostic Instruments
- ทีมดูแลผู้ป่วยปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยโรค โดยใช้แนวทางต่าง ๆ เช่น
 - ใช้หลักฐานวิชาการเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วย
 - ใช้แนวคิด Human Factors เพื่อออกแบบแบบบันทึก
 - ปรับปรุงระบบบันทึกเวชระเบียนเพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูล ติดตามความก้าวหน้าและประมวลผลข้อมูลในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้ง่ายขึ้น
 - ปรับปรุงการสื่อสารและรายงานข้อมูลผลการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค เพื่อให้มั่นใจว่าแพทย์ผู้ส่งตรวจจะได้รับผลที่น่าเชื่อถือในเวลาที่เหมาะสม

(6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางการอธิบายข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - การอธิบายผลการประเมินแรกรับแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - ประเด็นสำคัญที่ได้จากการประเมินแรกรับ
 - ความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย
 - การวินิจฉัยโรคที่เป็นไปได้ การตรวจ Investigate ที่จำเป็นต้องทำ
 - การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (investigation)
 - ผลการตรวจที่สัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรคทั้งในแง่ของความสอดคล้องและส่วนที่ขัดแย้ง
 - การอธิบายผลการตรวจที่เข้าใจยาก แต่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และอาจต้องมีสื่อช่วยอธิบาย
 - การอธิบายผลการวินิจฉัยโรค (diagnosis)
 - ข้อมูลที่นำมาสู่ข้อสรุปของการวินิจฉัยโรค
 - ความเป็นไปได้ที่จะการวินิจฉัยโรคจะเป็นอย่างไร
 - การพยากรณ์โรค
- ทีมดูแลผู้ป่วยพิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนวิธีการที่จะใช้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจในปัญหาและทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหาของตนเอง นำมาวางระบบเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการใช้วิธีการดังกล่าวอย่างสอดคล้องกันทั้งองค์กร เช่น
 - Counseling
 - Narrative Medicine เป็นการใช้ Sense ของการฟังเรื่องราวต่างๆ ของคนไข้ การตั้งใจฟังเหมือนเป็นการให้ความหมายและให้เกียรติต่อชีวิตเขา เป็นการเยียวยา ที่อาจจะไม่ใช่การรักษา

ประเด็นที่ควรรำ Rapid Assessment (III-2 ก)

- ประสพการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามแพทย์ว่ามีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคอย่างไรบ้าง อะไรเป็นปัญหาการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย
- คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
 - มีการวินิจฉัยโรคในลักษณะที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น วินิจฉัยตามอาการมาก เพียงใด อะไรที่พบบ่อย
 - มีข้อมูลที่จะอธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรคอย่างเพียงพอมากน้อยเพียงใด
 - ประวัติการเจ็บป่วยเพียงพอหรือไม่ที่จะให้การวินิจฉัยโรคดังกล่าวเพียงใด
 - การตรวจร่างกายมีรายละเอียดเหมาะสมกับการวินิจฉัยโรคดังกล่าวเพียงใด
 - การตรวจ Investigate เหมาะสมกับการวินิจฉัยโรคดังกล่าวเพียงใด
 - โอกาสพัฒนาความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคมีอะไรบ้าง
 - จากการเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับและการวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย
 - จากการเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ
 - จากการทบทวนผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำหลายๆ ครั้งด้วยโรคเดิม
 - จากการทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
 - จากการทบทวนการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
 - จากการทบทวนการวินิจฉัยทางคลินิกกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
 - ความสอดคล้องระหว่างการวินิจฉัยโรคของแพทย์กับการระบุปัญหาผู้ป่วยโดยวิชาชีพอื่น
 - มีความไม่สอดคล้องกันบ่อยเพียงใด อะไรคือลักษณะของความไม่สอดคล้อง อะไรคือปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่สอดคล้อง

- จุดเน้นและผลกระทบต่อผู้ป่วย
 - ทบทวนการวินิจฉัยโรคที่ควรเป็นจุดเน้นของการดูแลแบบองค์รวม และการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ความเครียด, Nicotine Dependent ทำ Rapid Assessment ว่ามีการวินิจฉัยสภาวะดังกล่าวอย่างเหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งการรับฟังเรื่องราวเพื่อเข้าใจ และให้คนไข้ให้ความหมายกับการเจ็บป่วยของเขาได้ เป็นการเยียวยาให้หายเร็วขึ้น เป็นต้น
 - ทบทวนการวินิจฉัยโรคที่อาจจะทำให้หรือเป็นผลมาจากการดูแลรักษาที่ล่าช้า เช่น การชักประวัติที่ไม่ครอบคลุม หรือข้อมูลด้านอื่นๆ ไม่เพียงพอ หรือใช้ข้อมูลเดิมเรียนรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเตือนใจให้ตระหนักในการไม่ละเลยที่จะสืบค้นหรือสื่อสารอย่างเหมาะสม เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-2 ค)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
การวินิจฉัยโรค ● การปรับปรุงเพื่อส่งเสริมการวินิจฉัยโรค ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในเวลาที่เหมาะสม ● แนวทางการทบทวนเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับ Diagnostic Error	การวินิจฉัยโรค ● ความถูกต้องและครบถ้วนของ การวินิจฉัยโรค ● ผลการปรับปรุงเพื่อลดข้อผิดพลาด ในการวินิจฉัยโรค ● ความครอบคลุมของการวินิจฉัยภาวะ ติดนิโคติน
การอธิบายผล ● แนวทางการอธิบายเกี่ยวกับผลการ ประเมิน การตรวจ และการวินิจฉัยโรค และข้อบ่งชี้ที่ต้องให้ความสำคัญ เป็นพิเศษ	การอธิบายผล ● ความพึงพอใจต่อการอธิบายผล การประเมิน ผลการตรวจเพื่อการ วินิจฉัยโรคและผลการวินิจฉัยโรค (ในแง่ความชัดเจนและความเข้าใจ)

SPA III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย **และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.**

(1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่าง ๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางการเชื่อมโยงและประสานการวางแผนดูแลผู้ป่วย
 - แพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
 - มีการบูรณาการและประสานการดูแลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย
 - การดูแลโดยทีมงาน
 - การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแผนกต่างๆ
 - การมีแบบบันทึกการวางแผนการดูแลร่วมกัน
 - เวชระเบียนที่ใช้บันทึกร่วมกัน
 - ผู้จัดการประจำตัวผู้ป่วย (case manager)
 - การวางแผนดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนและต้องดูแลหลายสาขาร่วมกัน
 - การประชุมร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ผู้ป่วย และครอบครัว (case conference, family conference)

(2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและ**การตรวจวินิจฉัย**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยวางแผนแนวทางที่จะทำให้มั่นใจว่าแผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน เช่น
 - การจัดทำ Problem List ที่ใช้ร่วมกันทุกวิชาชีพ
 - การจัดทำแนวทางการจัดทำแผนดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและง่ายในการปฏิบัติ
 - การมีระบบตรวจสอบความครบถ้วนของแผนการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการดูแลผู้ป่วยและก่อนจำหน่าย
 - แนวทางการระบุปัญหาและแผนการดูแลเพิ่มเติมเมื่ออาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงหรือตรวจพบปัญหาใหม่ๆ

(3) ทีมผู้ให้บริการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยวางแผนป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษา
 - วิเคราะห์ความเสี่ยง
 - ความเสี่ยงจากธรรมชาติของการดำเนินโรค
 - ความเสี่ยงจากกระบวนการรักษาพยาบาล
 - ระบุความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไป
 - วางแผนป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - บันทึกในแผนการดูแลผู้ป่วย
 - สื่อสารในทีมผู้ให้บริการให้รับรู้ทั่วกันและร่วมปฏิบัติตามแผน

(4) ทีมผู้ให้บริการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางส่งเสริมการใช้หลักฐานวิชาการ (evidence) หรือแนวปฏิบัติ (CPG) ที่เหมาะสมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่ควรใช้หลักฐานวิชาการในการวางแผน เช่น มีความหลากหลายของการปฏิบัติ มีหลักฐานวิชาการหรือแนวปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไป
 - เลือกแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ จัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กร
 - ใช้หลักการออกแบบเพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ เช่น Reminder, แบบบันทึก, แบบฟอร์ม, Flow Chart, Care Map เป็นต้น
 - ฝึกอบรมบุคลากร
 - การติดตามการใช้หลักฐานวิชาการและแนวปฏิบัติ แสดงให้เห็นความแปรปรวนของการปฏิบัติที่ลดลงและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

(5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล:

- (i) วิธีการ/ทางเลือกในการดูแลและรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ
- (ii) การพิจารณาความเชื่อและความชอบส่วนบุคคล
- (iii) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว
 - ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยง
 - มีการใช้สื่อประกอบตามความจำเป็น ในรูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และภาษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
 - รับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับวิถีชีวิต การให้คุณค่า ความเชื่อ และความชอบส่วนบุคคล (preference) เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

- แพทย์เจ้าของไข้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ในลักษณะ Shared Decision Making
 - มีบรรยากาศของความสัมพันธ์ที่ดีและน่าไว้วางใจ
 - ให้ความสำคัญกับ Patient Autonomy
 - สรุปข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ ให้ผู้ป่วยสรุปความเข้าใจให้ฟัง และเติมเต็ม
 - ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้มั่นใจว่าเป็นการตัดสินใจที่ผู้ป่วยยอมรับ ตอบโจทย์ของผู้ป่วยเอง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย
 - คาดการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เป็นไปได้
 - อธิบายบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการเฝ้าระวังและป้องกัน

(6) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ซึ่งครอบคลุมทั้งในระยะสั้น ระยะยาว และบริการที่จะให้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ลักษณะของแผนการดูแลผู้ป่วยที่ดีและสมบูรณ์
 - แผนระบุปัญหาและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุตามลำดับความสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจพิจารณา Domain ต่อไปนี้
 - Informed Choices เช่น Aggressive vs Palliative care
 - Functional Status เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับการช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น
 - Condition Management เช่น การให้ยาด้านจุลชีพแบบฉีด 3 วัน ต่อด้วยยากิน เป็นต้น
 - Medication Management เช่น การป้องกันและเฝ้าระวังผลข้างเคียง เป็นต้น
 - Safety เช่น การป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้น เป็นต้น
 - Prevention / Lifestyle เช่น ลด/เลิกสูบบุหรี่ การบำบัดความเครียด เป็นต้น
 - Barrier to Care / Impact to Treatment Plan เช่น การช่วยเหลือเรื่องการสื่อสาร การหาแหล่งทรัพยากรดูแลในชุมชน เป็นต้น

- Transition of Care เช่น การส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการหรือบริการที่สูงกว่า เป็นต้น
 - เป้าหมายการดูแลควรเป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้ วัดได้ และมีลักษณะเฉพาะราย เพื่อช่วยในการประเมินซ้ำและปรับปรุงแผนการดูแล
 - แผนระบุการปฏิบัติหรือบริการที่จะให้เพื่อบรรลุเป้าหมายและผู้รับผิดชอบ
 - แผนระบุกำหนดเวลาที่จะมีการประเมินซ้ำ
- ทีมดูแลผู้ป่วยบันทึกแผนการดูแลไว้ในเวชระเบียน
 - แผนการดูแลผู้ป่วยอาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันตามระดับความซับซ้อนของผู้ป่วย เช่น
 - CareMap หรือแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน
 - บันทึกแผนการดูแลผู้ป่วยที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกันระบุปัญหาเป้าหมาย การปฏิบัติ ผู้รับผิดชอบ กำหนดเวลาทบทวน (เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยที่พึงประสงค์)
 - บันทึกปัญหาของผู้ป่วยที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน
 - แผนการดูแลตามรูปแบบของแต่ละวิชาชีพ
 - สรุปแผนการดูแลต่อท้ายผลการประเมินผู้ป่วย
 - ทีมดูแลผู้ป่วยควรร่วมกันพัฒนารูปแบบแผนการดูแลผู้ป่วยให้เอื้อต่อการประสานการดูแล และการติดตามประเมินผล ยิ่งขึ้นเป็นลำดับ
- แผนการดูแลสำหรับบริการปฐมภูมิ อาจพิจารณาให้ความสำคัญในผู้ป่วยต่อไปนี้
 - ผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลและมีความเสี่ยงที่จะต้องกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 3 เดือน
 - ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น
 - ผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีแผนการดูแลที่ซับซ้อน ได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญหลายคน มีปัญหาเรื่องจิตสังคม เป็นต้น

(7) ทีมผู้ให้บริการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างได้ผล เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติได้ในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันทบทวนและใช้ประโยชน์จากแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อการสื่อสารและประสานงานอย่างได้ผล ซึ่งการสื่อสารและประสานงานอาจอยู่ในรูปแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้
 - การใช้เอกสารแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อการสื่อสาร
 - การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันประจำวันหรือการทำ Grand Round หรือการทบทวนผู้ป่วยข้างเตียง (เช่น ใช้ประเด็น C3THER เป็นต้น)
 - การประชุมทบทวนแผนร่วมกัน
 - การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม เช่น การมี White Board สำหรับบันทึก Daily Goals ในห้องหรือข้างเตียงผู้ป่วย เป็นต้น
 - การมี Case Manager ทำหน้าที่ติดตามและประสานการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วย
- แผนการดูแลผู้ป่วยควรเอื้อต่อการปฏิบัติอย่างประสานสอดคล้องกันในหมู่สมาชิกของทีมผู้ให้บริการ
 - แผนการดูแลผู้ป่วยระบุบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน
 - แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเวลาที่จะต้องปฏิบัติตามแผนอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นความเร่งด่วนของการปฏิบัติ เวลาเริ่มต้น ความถี่ของการปฏิบัติ ระยะเวลาที่ต้องปฏิบัติ ระยะเวลาที่ต้องทำให้เสร็จสิ้น
- การสื่อสารในรูปแบบคำสั่งการรักษาผู้ป่วย ควรมีการกำหนดนโยบายต่อไปนี้
 - คำสั่งประเภทใดที่ต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่ใช่คำสั่งด้วยวาจา
 - คำสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือภาพวินิจฉัยที่จะต้องระบุเหตุผลหรือข้อบ่งชี้ทางคลินิก
 - ข้อยกเว้นในการเขียนคำสั่งการรักษาในสถานการณ์พิเศษ เช่น ที่แผนกฉุกเฉินหรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ เป็นต้น
 - ผู้ที่มีสิทธิในการเขียนคำสั่ง
 - ตำแหน่งที่จะเขียนบันทึกคำสั่งในเวชระเบียน

(8) ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและปรับแผนการดูแลตามข้อบ่งชี้ที่ร่วมกันกำหนดไว้
 - การทบทวนตามกำหนดเวลาของเป้าหมายแต่ละเรื่อง
 - การทบทวนประจำ เช่น ประจำสัปดาห์ เป็นต้น
 - การทบทวนเมื่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานกว่าที่คาด
 - การทบทวนหลังจากเกิดเหตุการณ์วิกฤติหรือไม่คาดฝัน
 - การทบทวนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหน่วยดูแล เช่น จากหอผู้ป่วยหนักมาเป็นหอผู้ป่วยสามัญ เป็นต้น
 - การทบทวนเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ตัดสินใจแทนร้องขอหรือแสดงความกังวลบางเรื่อง
- การปรับแผนการดูแลอาจจะเป็นการเขียนบันทึกข้อสังเกตต่อแผนการดูแลที่จัดทำไว้ในครั้งแรก เป็นการปรับเป้าหมายหรือตั้งเป้าหมายใหม่หรือเป็นการจัดทำแผนการดูแลใหม่ทั้งหมด

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-3.1)

- รูปแบบและวิธีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วย
 - แผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการบันทึกในเวชระเบียนมีรูปแบบอะไรบ้าง แต่ละรูปแบบมีข้อดี ข้อด้อยอะไรบ้าง
 - แผนการดูแลผู้ป่วยรูปแบบใดที่ส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ
 - แผนการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยแต่ละรายสอดคล้องหรือตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย (ที่ระบุไว้ในบันทึกการประเมินผู้ป่วย) อย่างครบถ้วนครอบคลุมเพียงพอ (ครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ คำนึงถึงวิถีชีวิต ข้อจำกัด ความคาดหวัง)
 - มีโรคอะไรบ้างที่แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามหลักฐานวิชาการ (scientific evidence) หรือ CPG, มีโรคอะไรบ้างที่ควรนำหลักฐานวิชาการหรือ CPG มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดูแลผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น

- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
 - มีโรคอะไรบ้างที่มีทางเลือกในวิธีการรักษาที่ควรให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, แนวทางที่ทีมงานให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้นได้ผลดีเพียงใด
 - ทีมงานเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลประจำวันอย่างไร (ตัวอย่างการใช้ white board เพื่อบันทึกแผนการดูแลประจำวันโดยผู้ประกอบวิชาชีพให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัว เพิ่มเติมในส่วนของตน)
- คุณภาพของแผนการดูแลผู้ป่วย
 - แผนการดูแลผู้ป่วย ระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุสำหรับแต่ละปัญหาไว้ชัดเจนเพียงใด
 - แผนการดูแลผู้ป่วย ระบุการปฏิบัติหรือบริการที่ทีมงานจะให้แก่ผู้ป่วยเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้หรือไม่ อย่างไร
- การสื่อสารและประสานงาน
 - มีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการอย่างไร เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติ, วิธีการสื่อสารดังกล่าวได้ผลดีเพียงใด, แผนที่วางไว้ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างครบถ้วนหรือไม่ เพียงใด
 - สมาชิกของทีมมีความเข้าใจในบทบาทของผู้ให้บริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างไร
- การทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วย
 - โรคหรือสภาวะอะไรบ้างที่มักจะต้องการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วย (เช่น การติดเชื้อ เป็นต้น) อะไรคือข้อบ่งชี้ที่จะต้องมีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วย มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ในเวลาที่เหมาะสมเพียงใด
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - เลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม มาทบทวนว่าการวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายนั้นครอบคลุมทุกมิติของการดูแลเพียงใด ทีมผู้ให้การดูแลสามารถเห็น “ส่วนร่วม” ของตนได้เพียงใด มีความเชื่อมโยงกันอย่างไรรอยตะเข็บหรือไม่ จะทำให้แผนการดูแลตอบสนองต่อเป้าหมายการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ด้วยความรัก โดยผู้ให้การดูแลเป็นทั้งผู้เยียวยาและเป็นพี่เลี้ยงได้อย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-3.1)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
ความเหมาะสมของกระบวนการวางแผน ● รูปแบบและแนวทางในการเชื่อมโยงและประสานงานเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยซับซ้อน) ● แนวทางการคัดเลือกและส่งเสริมให้ใช้แนวปฏิบัติในการวางแผน ● แนวทางการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ● แนวทางการทบทวนและปรับแผน	ความเหมาะสมของกระบวนการวางแผน ● การเชื่อมโยงและประสานงาน ● การใช้หลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ● การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ● การทบทวนและปรับแผน
ความครอบคลุมของแผนการดูแลผู้ป่วย ● แนวทางการทำให้แผนครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ● แนวทางการระบุและวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	ความครอบคลุมของแผนการดูแลผู้ป่วย ● ตอบสนองปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ● ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น
	คุณภาพของแผนการดูแลผู้ป่วย ● ระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ● ง่ายต่อการสื่อสารและใช้ประโยชน์ ● รูปแบบเหมาะสมกับความรุนแรง/ซับซ้อน

SPA III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (discharge planning)

ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนด
 - โรคหรือลักษณะสำคัญของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
 - แนวทางในการวางแผนจำหน่าย รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นไปได้ และข้อบ่งชี้ในการใช้รูปแบบต่างๆ
 - IDEAL: Include (patient & family), Discuss, Educate, Assess, Listen (AHRQ)
 - Discharge Planning Checklist สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล (DHHS & CMS)

D-METHOD-P	Discharge Planning Checklist (DHHS & CMS)
Diagnosis ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัว	โรค: เหตุผลที่รับไว้นอนโรงพยาบาล สภาวะสุขภาพและโอกาสที่จะดีขึ้น
Medication ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ	ยา: บัญชีรายการยาทั้งหมด ตรวจสอบว่า สามารถกินยาที่ผู้ป่วยซื้อเองได้หรือไม่
Environment & Economic การจัดการ สิ่งแวดล้อม ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม	สิ่งแวดล้อม: เศรษฐกิจ:
Treatment เป้าหมายการรักษา การสังเกตอาการ อาการที่ต้องรายงาน ให้แพทย์ทราบ การจัดการภาวะฉุกเฉิน	รักษา: ปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังและการปฏิบัติตัว ข้อแนะนำการปฏิบัติตัวเป็นลายลักษณ์อักษร
Health ภาวะสุขภาพของตน การปรับ วิถีชีวิต	วิถีสุขภาพ: การทำกิจกรรมและ ความช่วยเหลือที่ต้องการ

D-METHOD-P	Discharge Planning Checklist (DHHS & CMS)
Outpatient referral การมาตรวจตามนัด การสรุปผลการรักษาและแผนดูแล ให้หน่วยงานที่รับดูแลต่อ	นัดติดตาม: การนัดหมาย สถานพยาบาลที่ จะไปพบเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
Diet การรับประทานอาหารที่เหมาะสม	อาหาร:
Psychological การดูแลด้านจิตใจ	

(2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
ตั้งแต่ระยะแรกของการดูแลรักษา

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
 - ตามแนวทางซึ่งระบุโรคหรือลักษณะสำคัญของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
สำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
 - ตามผลการประเมินเบื้องต้นที่คาดว่าน่าจะมีปัญหา/ความต้องการในการ
ดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
- มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้ หรือเร็วที่สุดหลังจากรับไว้
เป็นผู้ป่วยใน

(3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมใน
การวางแผนจำหน่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีส่วนร่วมในการ
วางแผนจำหน่าย ตามลักษณะปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายด้วยการ
 - นำเสนอปัญหา/ข้อจำกัด/ความคาดหวัง
 - กำหนดเป้าหมายร่วมกัน
 - รับทราบบทบาทในการดูแลผู้ป่วย
 - การดูแลส่วนบุคคล (personal care): อาบน้ำ กินข้าว แต่งตัว ขับถ่าย
 - การดูแลการบ้านเรือน (household care): ทำอาหาร ทำความสะอาด
ซักผ้า ซักรีด

- การดูแลสุขภาพ (healthcare): การใช้ยา การพบแพทย์ตามนัด
กายภาพบำบัด ทำแผล ฉีดยา อุปกรณ์การแพทย์
- การดูแลอารมณ์ (emotional care): ความเป็นเพื่อน กิจกรรมที่มีความหมาย การสนทนา

(4) ทีมผู้ให้บริการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล. (และวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการทั้งหมด)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วย ประเมินปัญหา/ความต้องการที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ให้มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการคาดการณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้น ดังตัวอย่าง
 - ADL
 - Behavior
 - Complication Prevention/Care giver
 - Diet & Drug
 - Environment, Equipment, Economic
 - Follow Up

ประเด็น	ความต้องการ
Disease (โรค)	ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น สิ่งที่ต้องคาดหวัง สิ่งที่ต้องเฝ้าระวัง แหล่งขอคำปรึกษา
Medication (ยา)	ความรู้เรื่องการใช้ยาที่อาจเป็นปัญหา เช่นการเก็บยา วิธีการใช้ยา ความต่อเนื่องของการใช้ยา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา รวมทั้งการปรับรายการยาเพื่อป้องกันปฏิกิริยาระหว่างยาและผลข้างเคียง เป็นต้น
Environment (สิ่งแวดล้อม)	ความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงที่พักอาศัย เช่นห้องนอน เติียงนอน การระบายอากาศ การปรับอากาศ ความสะอาด พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์พิเศษ ทางลาด ราวจับ ที่นั่งขับถ่าย ออกซิเจน การป้องกันอันตราย เป็นต้น
Equipment (เครื่องมือ)	เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ วิธีการดูแลบำรุงรักษา

ประเด็น	ความต้องการ
Economic (เศรษฐกิจ)	ปัญหาค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลต่อเนื่อง
Treatment (การดูแลรักษา)	โอกาสที่จะต้องมีการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เช่นกายภาพบำบัด การดูแลแผล การดูแลสายสวน การป้องกันแผลกดทับ รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งอาการต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เช่น ความปวด เป็นต้น
Health (การดูแล สุขภาพทั่วไป)	การดูแลส่วนบุคคล ความเป็นอยู่ การเคลื่อนย้ายร่างกาย กิจกรรมประจำวัน อารมณ์ สังคม รวมทั้งความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ วิถีคลายเครียด เป็นต้น
Outpatient referral	โอกาสที่จะมีการส่งต่อไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือการติดตามนัดหมาย
Diet	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ ความจำเป็นที่ต้องให้อาหารเสริมหรืออาหารทางสายยาง

- ทีมดูแลผู้ป่วย ประเมินปัญหา/ความต้องการซ้ำเป็นระยะในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล
- ลักษณะของแผนจำหน่ายที่ดี
 - แผนจำหน่ายครอบคลุมปัญหา/ความต้องการทั้งหมด
 - แผนจำหน่ายเอื้อต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเอง การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน และการฟื้นฟูสภาพปกติ
 - แผนจำหน่ายควรเอื้อต่อการใช้งาน โดยมีความชัดเจนต่อไปนี้
 - ปัญหา/ความต้องการที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย
 - กิจกรรมที่จะตอบสนอง เช่นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การเตรียมผู้ดูแล การฟื้นฟูสภาพ การเตรียมสิ่งแวดล้อม การเตรียมอุปกรณ์
 - แผนจำหน่ายไม่ควรเป็นแบบฟอร์ม Checklist สำหรับการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

(5) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ [ดู III-5(5) ร่วมด้วย]
 - พิจารณาประเด็นที่ควรเริ่มดำเนินการทันที ในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
 - พิจารณาประเด็นที่ต้องรอให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเรียนรู้และฝึกทักษะ
 - พิจารณาประเด็นที่จะต้องมีการฟื้นฟูสภาพ
 - พิจารณาประเด็นที่ต้องมีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน
 - พิจารณาประเด็นที่ต้องมีการจัดหาเครื่องมือหรืออุปกรณ์เสริม
 - พิจารณาประเด็นที่ต้องมีการฝึกทักษะให้แก่ผู้ดูแล
 - พิจารณาประเด็นที่จะต้องมีการช่วยเหลือด้านสังคมและเศรษฐกิจ

(6) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยประเมินและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย
 - ทำ Rapid Assessment สำหรับกระบวนการวางแผนจำหน่าย
 - ใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินกระบวนการวางแผนจำหน่าย
 - ใช้ข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินกระบวนการวางแผนจำหน่าย
 - ปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามผลการประเมิน

ประเด็นที่ควรรำ Rapid Assessment (III-3.2)

- แนวทางและข้อบ่งชี้ในการวางแผนจำหน่าย
 - มีการทำเกณฑ์ข้อบ่งชี้ว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นสิ่งสำคัญหรือไม่ เช่น การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น
 - ได้คำนึงถึงสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและความสะดวกในการวางแผนล่วงหน้าหรือไม่ อย่างไร
- การกำหนดโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
 - มีโรคอะไรบ้าง มีเหตุผลหรือความมุ่งหมายอย่างไรในการเลือกโรคดังกล่าว
 - ในการปฏิบัติจริงสามารถตอบสนองต่อเหตุผลหรือความมุ่งหมายดังกล่าวได้เพียงใด
- การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง
 - จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียนและการตรวจเยี่ยมที่หอผู้ป่วย สามารถบอกได้หรือไม่ว่าผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างไร บ่อยเพียงใด ในการวางแผนจำหน่าย
 - แพทย์
 - พยาบาล
 - วิชาชีพอื่น
 - ผู้ป่วยและครอบครัว
- การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย: สุ่มทบทวนเวชระเบียนและการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่เริ่มแรกหรือไม่ อย่างไร
 - มีการบันทึกปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายในเวชระเบียนอย่างไร
 - อะไรคือปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายในรายที่ทบทวน มีการระบุและบันทึกไว้ในเวชระเบียนครบถ้วนหรือไม่
 - อะไรคือปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายที่พบบ่อย มีการวางระบบรองรับอย่างไร

- แผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - จากการสัมมนาทบทวนเวชระเบียน แผนจำหน่ายผู้ป่วยมีความชัดเจนหรือไม่ว่าจะเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไรสำหรับปัญหาแต่ละประเด็นที่ประเมินได้
- การปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย
 - จากการสุ่มตรวจเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมในการจัดการดูแลสุขภาพและแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ดีเพียงใด
 - จากการสัมภาษณ์ทีมผู้ปฏิบัติงาน มีการใช้หลักการเสริมพลังในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร มีการเชื่อมโยงการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) กับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (patient care plan) อย่างไร
- การติดตามผล
 - มีระบบติดตามผลการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลอย่างไร (ทั้งจากผู้ป่วยโดยตรงและจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ข้อมูลดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างไร มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงระบบงานและพัฒนาบุคลากรอย่างไร
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลตนเองที่บ้านว่ามีสาเหตุจากอะไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุทางเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มเติมจากประเด็นเชิงเทคนิควิธีการดูแลสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวช ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ค้นหาแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่จะมาร่วมดูแลและวางแผนร่วมกัน เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-3.2)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย ● แนวทางการให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ● แนวทางการประเมินปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ● แนวทางการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้	● ความเข้าใจของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย ● ความครอบคลุมในการตอบสนองปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย ● ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ● ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย

SPA III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบ ในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตาม หลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแล อย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
 - คาดการณ์โอกาสที่จะมีการดูแลที่ไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัยหรือล่าช้ากว่า ที่ควร ออกแบบกระบวนการดูแล และจัดระบบติดตามกำกับ
 - กำหนดหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
 - พิจารณาหน้าที่รับผิดชอบพื้นฐานของบุคลากรระดับต่างๆ (ตามคุณวุฒิ ความรู้ ประสบการณ์)
 - ทบทวนหัตถการหรือหน้าที่รับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติโดยผู้ที่มีคุณวุฒิ หรือคุณสมบัติที่เหมาะสม รวมทั้งโอกาสที่จะมีการทำหน้าที่เกินกว่า ข้อกำหนดตามกฎหมาย หรือการทำหน้าที่โดยผู้ที่มีคุณวุฒิต่ำกว่า ที่กฎหมายกำหนด
 - พิจารณาการมอบหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย
- ทีมดูแลผู้ป่วยทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ
 - การดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ
 - การมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกันทุกจุดบริการ
 - การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่ขึ้นกับ ความสามารถในการจ่ายหรือความคุ้มครองของหลักประกันสุขภาพ
 - การตรวจวินิจฉัย
 - การใช้ยา

- การผ่าตัด
- การตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ
- ทีมดูแลผู้ป่วยนำแนวทางใน PSG: SIMPLE ที่เกี่ยวข้องมาปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น

(2) องค์กรมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ดี
 - จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยใส่ใจในประเด็น เช่น แสง เสียง การระบายอากาศ ระยะเวลา การสัญจร เป็นต้น
 - จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยพิจารณาความต้องการพิเศษสำหรับ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยระยะสุดท้าย [ดู I-3.3ข(5) ร่วมด้วย]
 - จัดสิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบายและสะอาด มีการเฝ้าติดตามอย่างสม่ำเสมอ
 - จัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ
 - จัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงการป้องกันความเครียด เสียง สิ่งรบกวนต่างๆ
 - พิจารณาสีแวดล้อมทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาร่วมด้วย

(3) ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันสร้างความตระหนักในโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - การฝึกให้ทีมมีทักษะในด้าน Situation Awareness และการสื่อสารในทีม
 - การใช้ประโยชน์จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เคยเกิดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือทั้งในด้าน Technical Skill และ Non-Technical Skill
 - การใช้แนวคิด Safety เพื่อทบทวนความหลากหลายของสถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานปกติประจำ และออกแบบวิธีการรับมือกับความหลากหลายดังกล่าวไปในแนวทางเดียวกัน (เช่น การร่วมกันทบทวน

ในช่วงเย็นของทุกวันว่ามีอะไรที่ผิดแผนหรือผิดคาด ทีมสามารถรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ดีเพียงใด จะวางแผนปฏิบัติให้เกิดความคงเส้นคงวาควบคู่กับความยืดหยุ่นได้อย่างไร เป็นต้น)

- สร้างความตระหนักใน 2P Safety Goals
- สร้างวัฒนธรรมของการสื่อสารความเสี่ยงในงานประจำ เช่น การมีกิจกรรม Safety Brief ในทุกเวอร์ เป็นต้น
- ใช้ผลการประเมินและวางแผนเกี่ยวกับโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย มีการตรวจเยี่ยมหรือติดตามเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง

(4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการเตรียมการรับมือภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - วิเคราะห์สถิติและแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในแต่ละหน่วยบริการ
 - วิเคราะห์สถิติและแนวโน้มการเกิดภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน ในแต่ละหน่วยบริการ
 - วางแนวทางรับมือหากเกิดเหตุการณ์ ทั้งด้านการเตรียมบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์และการสื่อสาร
- ทีมผู้ให้บริการตอบสนองเหตุการณ์อย่างเหมาะสมและปลอดภัย
 - การเฝ้าระวังและตรวจพบปัญหาแต่เนิ่นๆ
 - การรายงาน การขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือ
 - การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
 - การรายงานและสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องหลังเกิดเหตุการณ์
 - การเก็บรวบรวมหลักฐานพยานที่เกี่ยวข้อง
- การวิเคราะห์และปรับปรุง
 - ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการเตรียมความพร้อมและการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน
 - ติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุง

(5) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย
 - ประเมินความคาดหวังรอบด้านอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
 - ร่วมกันกำหนดบทบาทของครอบครัวในการร่วมดูแลผู้ป่วย
 - ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้ครอบครัวมีบทบาทอย่างเหมาะสม
- ทีมดูแลผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายในลักษณะที่เป็นองค์รวม
 - สรุปความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
 - ประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย
 - วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว
 - ให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม
 - ติดตามเพื่อค้นหาความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง
- ทีมดูแลผู้ป่วยใช้แนวคิด Humanized Healthcare
 - รับฟังความรู้สึก ความต้องการของคนไข้ในทุกขั้นตอน ของการดูแลด้วยความเข้าใจในแง่มุมของคนไข้ เปิดใจกว้าง ไม่ด่วนตัดสิน หรือใช้ระบบที่วางไว้เป็นคำตอบ
 - เข้าใจในตัวตนของคนไข้ ความหวัง และความต้องการของคนไข้
 - เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการเยียวยา
 - สร้างสิ่งแวดล้อมที่อ่อนโยน ไม่ตัดขาดคนไข้จากโลกภายนอกและไม่บั่นทอนความเป็นมนุษย์
- ทีมดูแลผู้ป่วยสุ่มสำรวจเพื่อค้นหาช่องว่างของการปฏิบัติและนำมาปรับปรุงระบบ

(6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความสอดคล้องและความต่อเนื่องในการดูแล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูล และประสานการดูแลผู้ป่วย เพื่อความสอดคล้องและความต่อเนื่องในการดูแล ผ่านกลไกต่างๆ อาทิ
 - การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนที่เอื้อต่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันของทีมดูแลผู้ป่วย
 - การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน, การทบทวนผู้ป่วยข้างเตียงร่วมกัน, การทำ Grand Round
 - การประชุมเพื่อวางแผนร่วมกันในกรณีผู้ป่วยมีความซับซ้อน
 - การสรุปในระหว่างการส่งเวร
 - การสรุปข้อมูลเพื่อส่งมอบให้แก่หน่วยงานอื่นที่รับดูแลผู้ป่วยต่อ
 - การรายงานผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐาน เช่น การใช้หลัก SBAR เป็นต้น
 - การส่งและรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ด้วยวิธีการที่เป็นมาตรฐาน (write down, read back, confirm)

(7) ทีมผู้ให้บริการจัดช่องทางการเข้าถึง อำนวยความสะดวก และจัดบริการเฉพาะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ บริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
 - ความต้องการด้านจิตวิญญาณครอบคลุมความต้องการที่สืบเนื่องจากวัฒนธรรมและความเชื่อด้วย
 - ทีมผู้ให้บริการควรประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย
 - การตอบสนองความต้องการอาจทำได้โดย
 - การจัดช่องทางการเข้าถึง
 - การอำนวยความสะดวก
 - การจัดบริการเฉพาะ

(8) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
 - มีการกำหนดวิธีการและความถี่ในการติดตามความก้าวหน้าตามความรุนแรงของผู้ป่วย
 - มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายการดูแลในแผนการดูแลผู้ป่วย
- ทีมผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังตามข้อมูลสถานะของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตอบสนองต่อการรักษาที่ให้ไป

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.1)

- การดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา
 - กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และที่เป็นข้อกำหนดว่าต้องปฏิบัติโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีอะไรบ้าง มีการสร้างความมั่นใจอย่างไรว่ากิจกรรมดังกล่าวได้รับการปฏิบัติโดยผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้
 - แนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในเรื่องใดบ้างที่อาจถูกละเลยไม่ได้รับการปฏิบัติตาม มีการติดตามกำกับการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวอย่างไร
 - (จากการสำรวจสิ่งแวดล้อม) พบโอกาสพัฒนาเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment) เช่น ความเป็นส่วนตัว การมองเห็น แสง เสียง ความปลอดภัย สิ่งเร้า ความสะอาด ความสะดวกสบาย เป็นต้น รวมทั้งการป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ อย่างไร
 - โอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บต่อผู้ป่วยมีอะไรบ้าง มีมาตรการป้องกันอย่างไร มาตรการดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างไร
 - มีการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ เพียงใด ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- การจัดการภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน
 - ภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน ที่มีโอกาสพบมีอะไรบ้าง ทีมงานสามารถตรวจพบภาวะดังกล่าวได้รวดเร็วเพียงใด ผลลัพธ์ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นอย่างไร
- การดูแลที่เป็นองค์รวม
 - ปัญหาด้านอารมณ์ จิตสังคมที่พบบ่อยมีอะไร ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการได้ดีเพียงใด

- การสื่อสารภายในทีม
 - ประสิทธิภาพของการสื่อสารภายในทีมเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นอย่างไร
 - การปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารที่แนะนำไว้ใน PSG: SIMPLE เป็นอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.1)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการป้องกันการปฏิบัติที่สุ่มเสี่ยงต่อการปฏิบัติซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับ ● แนวทางการประเมินความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยและสร้างความตระหนักของทีม ● แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉิน ● แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวม รวมทั้งการตอบสนองด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ● แนวทางการสื่อสารและประสานงานภายในทีมดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ	● ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ความเป็นส่วนตัว ความสะอาดสะดวกสบาย การป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน) ● ความเหมาะสมของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย (จำนวนและคุณสมบัติ) ● ความเหมาะสมของการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ● ความเหมาะสมของการดูแลในลักษณะองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ● ความเหมาะสมและปลอดภัยของการจัดการภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน ● ประสิทธิภาพในการสื่อสารและประสานงานภายในทีมดูแลผู้ป่วย

SPA III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients and High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย การดูแลรักษา/บริการ และหัตถการ ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์ผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
 - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย (0-5 ปี) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น
 - บริการที่มีความเสี่ยงสูง
 - บริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต
 - ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องฉกยัด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation) การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้รังสีชนิดก่อกัมมันตรังสี ไอโซโทปกัมมันตรังสี และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) และการใช้ยาที่ควบคุมการวิจัยและการทดลองทางคลินิก เครื่องมือหรืออุปกรณ์ไฟฟ้า การใช้เลเซอร์ และการดูแล/บริการในภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น
 - ทีมผู้ดูแลที่หลากหลายและประสบการณ์ต่างกัน เช่น การร่วมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์หลายคน หรือการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์/นักศึกษาสาขาวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น
 - หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง หมายถึง หัตถการที่มีความซับซ้อนมีองค์ประกอบและรูปแบบที่มีความเฉพาะ หรือการผ่าตัดและหัตถการที่มีการรุกราน (surgical and invasive procedures) ทุกชนิดที่ต้องทำในภาวะเร่งรีบหรือภาวะฉุกเฉิน

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
 - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อไปนี้
 - การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินต่างๆ และสถานการณ์โรคระบาด
 - การช่วยฟื้นคืนชีพ
 - การจัดเก็บ การใช้ การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
 - การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว
 - การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ
 - การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อ และผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ
 - การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยไตเทียม (dialysis)
 - การผูกมัดและการดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด
 - การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ เด็กและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการถูกระงับการเคลื่อนไหว
 - การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดหรือยาที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ
 - การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเพื่อให้หลับลึก
 - การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องทางจิต/จิตเวช
 - แนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงระบุสิ่งต่อไปนี้
 - วิธีการวางแผน รวมถึงการบ่งชี้ความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่กับเด็ก หรือข้อพิจารณาพิเศษอื่นๆ
 - สิ่งที่ต้องบันทึกเพื่อให้ทีมดูแลผู้ป่วยสามารถทำงานและสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - ข้อพิจารณาในการขอความยินยอมเป็นการเฉพาะ ตามความเหมาะสม
 - ข้อกำหนดในการติดตามประเมินผู้ป่วย
 - คุณสมบัติหรือทักษะพิเศษของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแล
 - ความพร้อมและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ
 - การส่งต่อผู้ป่วยหรือการงดทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีความพร้อม

(2) ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย
ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทำให้มั่นใจว่าบุคลากรได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และมีความรู้
ในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
 - สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
 - ให้อ้างอิงไปที่สิ่งที่วิเคราะห์ไว้ตามมาตรฐานข้อ (1)
 - สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงใน Footnote ของข้อนี้ (เช่น การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินต่างๆ และสถานการณ์โรคระบาด เป็นต้น) เป็นการขยายความเพิ่มเติม
 - จัดระบบเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย
 - จัดทำสื่อสารเรียนรู้ด้วยตนเองตามความเหมาะสม
 - จัดฝึกอบรมให้กับผู้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในเนื้อหาที่จำเป็นต้องมีการฝึกอบรม
 - ทดสอบความรู้และทักษะตามความเหมาะสม
- ทีมดูแลผู้ป่วยทำให้มั่นใจว่ามีการนำแนวทางดูแลผู้ป่วยไปในสถานการณ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
 - ออกแบบระบบให้ง่ายต่อการปฏิบัติ เช่น แบบบันทึก แผนภูมิขั้นตอนการปฏิบัติ ชุดสำเร็จรูปสำหรับการใช้งาน เป็นต้น
 - มีการเฝ้าติดตามหรือสุ่มสำรวจตามความเหมาะสม

(3) การให้บริการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดบริการหรือหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น การทำหัตถการรูก ล้ำต่าง ๆ นอกห้องผ่าตัด เป็นต้น) และแนวทางปฏิบัติสำหรับการทำหัตถการดังกล่าว
 - สถานที่ที่เหมาะสม มีการระบุชัดเจนว่าต้องทำในสถานที่ประเภทใด และไม่ทำในสถานที่ประเภทใด มีข้อยกเว้นในกรณีฉุกเฉินอย่างไร
 - เครื่องมือที่ต้องเตรียมให้พร้อม
 - ผู้ช่วยที่จำเป็น

(4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันเวลาที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วย กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
 - เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทั่วไป ควรใช้หลัก Visual Management เข้ามาช่วย เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแสดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) Chart ของออสเตรเลีย เป็นต้น
 - เครื่องมือที่ใช้เฝ้าระวังเฉพาะสำหรับการให้ยาที่ต้องระมัดระวังหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง
- ทีมดูแลผู้ป่วย ดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันเวลาที่
 - ควรมีแนวทางในการตัดสินใจแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ที่เป็นบทสรุปจากการทบทวนหลักฐานร่วมกับการทบทวนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
 - ควรมีแนวทางปฏิบัติสำหรับกรณีเร่งด่วนที่สามารถนำมาใช้ได้ทันที เช่น การมีกัณฑ์ระบุแนวทางปฏิบัติอย่างสั้น ๆ ที่เข้าใจง่าย สำหรับกรณีที่อาจไม่พบบ่อย แต่ต้องตอบสนองอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

(5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญมาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันท่วงทีในการประเมินและดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่ มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยจัดให้มี Rapid Response System ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่
 - มี Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ไปให้ความช่วยเหลือที่ข้างเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ โดยความช่วยเหลือของ RRT ได้แก่
 - การประเมินผู้ป่วย
 - การดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่
 - การสื่อสาร
 - การให้ความรู้
 - การตัดสินใจย้ายผู้ป่วยไปดูแลในระดับที่สูงกว่า
- การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ ถูกครอบคลุมไว้แล้วในข้อ (4) เกณฑ์ข้อนี้มุ่งให้โรงพยาบาลมีระบบให้ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ

(6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - วิเคราะห์แนวโน้มและ Root Cause อย่างสม่ำเสมอ
- ทีมดูแลผู้ป่วยนำผลการทบทวนมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.2)

- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง
 - กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบมีอะไรบ้าง มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวไว้ชัดเจนเพียงใด แนวทางการดูแลดังกล่าวใช้ Scientific Evidence ที่เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติเพียงใด บุคลากรได้รับการฝึกอบรมอย่างไร การปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้เพียงใด ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร
 - บริการหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบมีอะไรบ้าง มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวไว้ชัดเจนเพียงใด แนวทางการดูแลดังกล่าวใช้ Scientific Evidence ที่เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติเพียงใด บุคลากรได้รับการฝึกอบรมอย่างไร สถานที่ เครื่องมือ และผู้ช่วยในการทำหัตถการมีความพร้อมเพียงใด การปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้เพียงใด ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร
 - ตามรอยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือได้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง (อาจใช้การติดตามผู้ป่วยจริง ๆ การสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ญาติ และการสนทนากลุ่มร่วมกัน) ว่ามีความรู้สึกอย่างไรในขั้นตอนต่าง ๆ
 - ทบทวนว่าทีมงานสามารถจัดระบบงานหรือสร้างสิ่งแวดล้อมอย่างไรเพื่อช่วยลดความรู้สึกกังวล ไม่มั่นใจ หรือความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ของผู้ป่วย และนำไปดำเนินการ
- การเฝ้าระวังและตอบสนองการเปลี่ยนแปลง
 - โรคหรือสภาวะที่อาการของผู้ป่วยมีโอกาสเปลี่ยนแปลงและจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมมีอะไรบ้าง ผลการเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นอย่างไร สามารถดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันที่หรือไม่ เพียงใด
 - มีการกำหนด Early Warning Signs ที่จะเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติอย่างไร มีการติดตามและใช้สัญญาณเตือนดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ครอบคลุมหน่วยบริการผู้ป่วยทุกหน่วยหรือไม่ ระบบที่จัดไว้เพื่อตอบสนองต่อสัญญาณเตือนดังกล่าวเป็นอย่างไรเพียงพอที่จะแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างทันที่หรือไม่ ผลกระทบที่เกิดจากการมีระบบดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำ CPR ลดลงเพียงใด

- ภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ระบุไว้ใน 2 Bulletแรกมีแนวโน้มเป็นอย่างไร วิธีการที่ใช้ในการตรวจจับหรือบ่งชี้การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีความไวเพียงพอ จากการติดตามแนวโน้มดังกล่าว นำมาสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.2)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การดูแล/บริการที่มีความเสี่ยงสูง การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่อะไรบ้าง ● ตัวอย่างความเสี่ยงสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว การจัดทำ/ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยง ● แนวทางเพื่อส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติ ● แนวทางการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ● การจัดระบบ Rapid Response System เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ● การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากการวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือได้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง	● ระดับและแนวโน้มของผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ● ระดับและแนวโน้มของผลการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ● ระดับและแนวโน้มของผลการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ● ความรวดเร็วของการตรวจพบและการตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง

SPA III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก (Anesthesia Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย และเหมาะสม โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น มีการซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัยและเหมาะสม
 - วางแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน
 - เตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา เป็นต้น
 - ฝึกซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน
 - ทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำ

- (2) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการประเมินและวางแผนระงับความรู้สึกที่เหมาะสม
 - มีการประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
 - มีการนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสม
 - มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

- ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่งก่อนนำสลบหรือให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่
- การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินระหว่างระงับความรู้สึกและรอฟื้น
 - มีการทำแนวทางปฏิบัติที่สามารถใช้ได้ทันที เช่น Airway Compromise, Inadequate Ventilation, Hemodynamic Unstable, Cardiac Arrest, Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST) เป็นต้น
 - มีการเตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นพร้อมใช้

(3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และอาจมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นและได้รับการเตรียมความพร้อม
 - มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในประเด็นเรื่องความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกของการระงับความรู้สึก
 - ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก (ถ้าเป็นไปได้)
 - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนการระงับความรู้สึก
 - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก

(4) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีกระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย
 - ผู้ให้การระงับความรู้สึกเป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
 - กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่ดีที่สุดภายใต้

สถานการณ์ของโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินทางเดินหายใจก่อนเริ่มต้นนำสลบโดยใช้เกณฑ์ที่ชัดเจน
- มีการเตรียมความพร้อมสำหรับปัญหา Difficult Airway
 - มีแผนสำหรับการจัดการเส้นทางเดินหายใจและเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผน
 - เมื่อคาดว่าจะมีปัญหา Difficult Airway จะต้องเตรียมให้มีความช่วยเหลือพร้อมระหว่างการนำสลบ และมีแผนสำรองสำหรับการจัดการเส้นทางเดินหายใจอย่างชัดเจน
 - สำหรับผู้ป่วยที่ทราบว่าเคยมีปัญหา Difficult Airway ควรเตรียมอุปกรณ์พิเศษในการใส่ท่อหายใจให้พร้อมใช้ และมีการวางแผนที่ดีในการจัดการทางเดินหายใจหรือเลือกใช้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีอื่น เช่น การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ถ้าสามารถทำได้ แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการจัดการทางเดินหายใจด้วย
- มีการตรวจสอบและเฝ้าติดตามว่าท่อหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
 - ควรยืนยันตำแหน่งของท่อช่วยหายใจด้วยการใช้ Capnography ถ้าเป็นไปได้
- มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำให้สงบระดับกลางและระดับลึก (moderate & deep sedation)
 - วิธีการวางแผน การบันทึกข้อมูล ได้แก่ (1) ก่อนเริ่มหัตถการ (2) หลังจากให้ยา Sedative–Analgesic Agents (3) ทุก 5 นาที ระหว่างทำหัตถการ (4) ระหว่างรอฟื้นตอนต้น (5) ก่อนจำหน่าย และมีการขอความยินยอม
 - การติดตามเฝ้าระวัง เช่น ระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) อัตราการหายใจ Pulse Oximetry และการไหลเวียนเลือด
 - คุณสมบัติพิเศษหรือทักษะของบุคลากรที่จะเป็นผู้ให้การดูแล (ความชำนาญในเทคนิคของวิธีการทำให้สงบ การติดตาม การแก้ปัญหา)
 - ความพร้อมของอุปกรณ์พิเศษและการใช้

(5) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการติดตามและบันทึกข้อมูลในระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้นอย่างครบถ้วน
 - การติดตามและบันทึกข้อมูลสภาวะของผู้ป่วยขณะให้การระงับความรู้สึก
 - มีวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาลคอยเฝ้าติดตามอยู่ตลอดเวลา
 - Monitor ความเพียงพอของทางเดินหายใจ (airway) และการหายใจ (ventilation) โดยการสังเกตและการฟังอย่างต่อเนื่อง
 - Monitor การไหลเวียนเลือด (circulation) อย่างต่อเนื่องโดยการฟังหรือการคลำจังหวะเต้นของหัวใจ หรือโดยการแสดงอัตราเต้นของหัวใจบน Cardiac Monitor หรือ Pulse Oximeter
 - วัดความดันโลหิตอย่างน้อยทุก 5 นาที และบ่อยกว่าหากมีข้อบ่งชี้ทางคลินิก
 - วัดอุณหภูมิของร่างกายเมื่อมีข้อบ่งชี้ ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม
 - ประเมินความลึกของการระงับความรู้สึก (depth of anesthesia) หรือระดับของความไม่รู้สึกตัว (degree of unconscious) อย่างสม่ำเสมอโดยใช้การสังเกตทางคลินิก
 - การติดตามและบันทึกข้อมูลหลังได้รับการระงับความรู้สึก
 - ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าติดตามระหว่างรอฟื้นตามนโยบาย
 - ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยวิสัญญีแพทย์ หรือพยาบาลที่ใช้เกณฑ์จำหน่ายที่โรงพยาบาลกำหนด
 - ผู้ป่วยได้รับการย้ายไปยังหน่วยดูแลซึ่งมีความสามารถในการให้การดูแลหลังการระงับความรู้สึก เช่น หออภิบาลผู้ป่วยหนัก เป็นต้น
 - ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปหอผู้ป่วยทั่วไป

(6) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอพื้นโดยผู้มีความรู้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. และ มีการส่งต่อข้อมูลไปให้ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนกระบวนการจำหน่ายจากบริเวณรอพื้นและนำไปปฏิบัติ
 - เกณฑ์การจำหน่ายจากบริเวณรอพื้น
 - แนวทางการส่งต่อข้อมูลให้ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 n)

- การประเมิน วางแผน และเตรียมความพร้อม
 - ประสิทธิภาพในการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึกเป็นอย่างไร มีการค้นพบปัจจัยเสี่ยงในขณะที่กำลังจะให้การระงับความรู้สึกโดยที่ไม่พบมาก่อนบ่อยเพียงใด (สำหรับผู้ป่วย elective)
 - มีการนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยล่วงหน้ามาใช้ในการวางแผนการระงับความรู้สึกอย่างไร
 - ประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร สามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเวลาที่กำหนดไว้ได้ดีเพียงใด
 - ผู้ป่วยได้รับข้อมูล มีส่วนร่วมในการเลือกวิธี และได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจเหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในประเด็นใดบ้าง
 - ทีมงานจัดระบบงานหรือสร้างสิ่งแวดล้อมอย่างไรเพื่อช่วยลดความรู้สึกกังวล ไม่มั่นใจ หรือความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย
 - ตามรอยผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก (อาจใช้การติดตามผู้ป่วยจริง ๆ การสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วย และการสนทนากลุ่มร่วมกัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับทราบว่าจะต้องได้รับการระงับความรู้สึก ว่ามีความรู้สึกอย่างไรในขั้นตอนต่างๆ
- กระบวนการระงับความรู้สึก
 - มีการนำมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ มาสู่การปฏิบัติอย่างไร สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด ส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติได้มีอะไร มีวิธีการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างไร

- บุคลากรที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกเป็นใครบ้าง ให้การรับความรู้สึกด้วยวิธีต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยปัลลิกีราย
- มีการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการรับความรู้สึกอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ก)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการประเมินและวางแผนรับความรู้สึก ในกรณีทั่วไปและกรณีที่มีความเสี่ยง ● แนวทางการรับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ● แนวทางการติดตามผู้ป่วยระหว่างรับความรู้สึก/ช่วงรอฟื้น และการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น	● ประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมก่อนการรับความรู้สึก ● ความปลอดภัย/การเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการรับความรู้สึก

ข. การผ่าตัด (Surgical Care)

(1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่ใช้ประโยชน์ได้
 - นำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา
 - มีเกณฑ์และระบบในการประเมินความเสี่ยงและความพร้อมในการรับการผ่าตัดของผู้ป่วย
 - มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดและแผนการดูแลผู้ป่วยในเวชระเบียนก่อนทำการผ่าตัด

- ระบุการวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด/หัตถการที่จะทำ
 - ระบุสิ่งที่ต้องแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนทำผ่าตัด
 - ระบุอุปกรณ์พิเศษ Implant และรายละเอียด (ถ้าต้องมีการใช้)
 - ระบุโอกาสที่จะเสียเลือดและการเตรียมเลือด
 - ระบุความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
 - ระบุระดับการดูแลหลังผ่าตัด (เช่น การอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ เป็นต้น)
- มีการประเมินความเสี่ยงและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาความพร้อมในการผ่าตัดหรือให้การรักษาก่อนการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

(2) ทีมผู้ให้บริการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ตัดสินใจแทน โดยศัลยแพทย์ที่จะทำการผ่าตัดผู้ป่วย
 - ความจำเป็นของการผ่าตัด
 - ทางเลือกต่างๆ ระหว่างการผ่าตัดกับไม่ผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดวิธีต่างๆ รวมทั้งประโยชน์ ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ค่าใช้จ่าย ของแต่ละทางเลือก
 - โอกาสที่จะต้องใช้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด ข้อดี ทางเลือก ความเสี่ยง
 - มีการจัดทำสื่อประกอบสำหรับข้อมูลที่มีความซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายขึ้น

(3) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ดี
 - มีการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อม
 - ผู้ป่วยได้รับการดูแลจนอยู่ในสภาวะที่ Stable พร้อมรับการผ่าตัด หรือได้รับการผ่าตัดทันทีหากมีข้อบ่งชี้
 - มีการประสานข้อมูลที่รัดกุมเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ที่อาจเกิดจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูล
 - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจกรณีที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า
 - การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เช่น การทบทวนสภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและการหายใจก่อนผ่าตัด การชำระล้างร่างกายก่อนผ่าตัด เป็นต้น
 - การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เช่น การประเมินความกังวลของผู้ป่วย การทำให้ผู้ป่วยรับรู้และคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมที่จะเกิดขึ้น การให้ผู้ป่วยลองใช้จินตภาพเชิงบวก การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย เป็นต้น
 - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเสี่ยงจากการผ่าตัด
 - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ โดยพิจารณา SSI Prevention Bundle เช่น
 - มีการค้นหาและรักษาการติดเชื้อทุกอย่างที่เกิดขึ้นห่างจากตำแหน่งที่จะผ่าตัด และเลื่อนการผ่าตัดไปจนกว่าการติดเชื้อจะหมดไป (ยกเว้นกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน)
 - ไม่โกนขนที่ผิวหนังก่อนผ่าตัด ยกเว้นเมื่อมีการรบกวนต่อการผ่าตัดจะใช้ Electric Clipper
 - ให้ Prophylactic Antibiotic ที่เหมาะสมกับการผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้ ให้มีระดับยาในซีรัมและเนื้อเยื่อสูงพอเมื่อขณะลงมีด ตลอดการผ่าตัด และหลังผ่าตัดเสร็จสิ้นอีก 2-3 ชั่วโมง

- การดูแลระดับอุณหภูมิและระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม
- การควบคุมการเคลื่อนไหวในห้องผ่าตัด
- การทำให้มั่นใจในความปราศจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด
- การใช้ Sterile Technique และการลด Tissue Trauma

(4) ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
 - มีการใช้เครื่องหมายเพื่อระบุตำแหน่งผ่าตัดที่ชัดเจนเข้าใจได้โดยทันที
 - ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการทำเครื่องหมาย
 - กรณีที่ไม่มีการทำเครื่องหมายมาจากหอผู้ป่วย ห้องผ่าตัดมีมาตรการที่เข้มงวดที่จะให้มีเวลาสำหรับการตรวจสอบและทำเครื่องหมายในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว
 - การทำเครื่องหมายครอบคลุมทั้งการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
 - มีการใช้รายการตรวจสอบ (safety surgical checklist) หรือกระบวนการอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของตำแหน่ง หัตถการ ตัวผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด รวมถึงยืนยันว่ามีเอกสารและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องการอยู่ในมือ ถูกต้อง และใช้งานได้
 - ทีมผ่าตัดทุกคนร่วมในกระบวนการขอเวลานอก (time out) ก่อนเริ่มต้นหัตถการผ่าตัด โดยเน้นการตรวจสอบข้อมูลของทุกฝ่าย และสร้างความคุ้นชินของการ Speak Out
 - มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจในการผ่าตัดที่ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ และถูกคน เป็นแนวทางเดียวกันทั่วทั้งองค์กร รวมถึงการทำหัตถการทางการแพทย์และทันตแพทย์นอกห้องผ่าตัด

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่าห้องผ่าตัด เครื่องมือ อุปกรณ์ เจ้าหน้าที่มีความพร้อม
 - มีการจัดแบ่งพื้นที่ กำหนดการไหลเวียน และป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด
 - มีการทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัดตามมาตรฐาน
 - มีการทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน
 - มีการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด พร้อมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
 - มีการดูแลระหว่างรอผ่าตัดอย่างเหมาะสมและปลอดภัย
 - มีการตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างถูกต้อง
 - มีการจัดการกับชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
 - มีการเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย
- ทีมงานทำงานร่วมกันโดยใช้ทั้ง Technical & Non-Technical Skill ที่ดี
- ทีมใช้แนวทาง PSG: Safe OR Environment เพื่อให้มั่นใจว่ามีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

(6) ทีมผู้ให้บริการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการบันทึกรายละเอียดในการผ่าตัดที่เหมาะสม
 - มีบันทึกการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อช่วยในการดูแลต่อเนื่อง อย่างน้อยประกอบด้วย
 - การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด
 - ชื่อศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดและผู้ช่วย

- ชื่อหัตถการ
 - สิ่งส่งตรวจทางศัลยกรรมที่ส่งไปตรวจ
 - การระบุถึงภาวะแทรกซ้อนหรือการไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 - ปริมาณการสูญเสียเลือด
 - วันที่ เวลา และลายมือชื่อของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
- มีการจัดทำบันทึกการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วย เสร็จก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากบริเวณรอฟื้นหลังการรับความรู้สึก

(7) ทีมผู้ให้บริการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสม
 - การจัด Care Setting ที่เหมาะสมกับการทำหัตถการ
 - การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสพบได้จากการทำหัตถการนั้นๆ เช่น VTE, Compartment Syndrome, Bleeding, Anastomosis Leakage เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยศึกษาแนะนำแนวทาง PSG: Enhance Recovery After Surgery (ERAS) มาสู่การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวไวหลังผ่าตัด เช่น
 - การประเมินและควบคุมอาการปวดอย่างเหมาะสม
 - การพิจารณาให้น้ำและอาหารทางปากโดยเร็ว ถ้าไม่มีข้อห้าม
 - การรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน (ถ้ามี)
 - การกระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็ว
 - การถอดท่อระบายและสายสวนเมื่อไม่มีความจำเป็น

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 บ)

- การวางแผนดูแลผู้ป่วย
 - (จากการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัด) มีการวางแผนการผ่าตัดก่อนการผ่าตัดชัดเจนเพียงใด มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสมเพียงใด

- การให้ข้อมูลผู้ป่วย
 - (จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย) ผู้ป่วยได้รับการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนเป็นที่เข้าใจเพียงใด
- การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
 - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) ได้ดีเพียงใด
 - ตามรอยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (อาจใช้การติดตามผู้ป่วยจริงๆ การสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วย และการสนทนากลุ่มร่วมกัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับทราบว่าจะต้องได้รับการผ่าตัด ว่ามีความรู้สึกอย่างไรในขั้นตอนต่างๆ
- เป้าหมายความปลอดภัย
 - มาตรการเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เป็นไปตามที่องค์กรอนามัยโลกแนะนำหรือไม่ มาตรการดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
- การผ่าตัดภายใต้สิ่งแวดล้อมและระบบงานที่ดี
 - สิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัด มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย สำหรับการผ่าตัดเพียงใด
 - การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียน และการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด
 - การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด
 - การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ
 - การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
 - การดูแลระหว่างรอผ่าตัด
 - การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์
 - การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากผู้ป่วย
 - การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย
 - ทีมงานทำงานร่วมกันโดยใช้ทั้ง Technical & Non-Technical Skill ที่ดีเพียงใด
- บันทึกการผ่าตัด
 - บันทึกการผ่าตัดมีความสมบูรณ์ เพียงพอสำหรับการสื่อสารและการดูแลต่อเนื่องเพียงใด มีการบันทึกประเด็นพิเศษที่ต้องใส่ใจหรือดำเนินการต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละรายชัดเจนหรือไม่

- การดูแลหลังผ่าตัด
 - การผ่าตัดที่มีลักษณะการดูแลหลังการผ่าตัดที่แตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป มีอะไรบ้าง มีแนวทางการดูแลอย่างไร มีการปฏิบัติตามได้ดีเพียงใด
 - สภาวะของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลหลังผ่าตัดเป็นพิเศษมีอะไรบ้าง มีแนวทางการดูแลอย่างไร มีการปฏิบัติตามได้ดีเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 บ)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยผ่าตัด โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือการผ่าตัดที่ซับซ้อน ● แนวทางการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (กรณีทั่วไปและกรณีฉุกเฉิน/เสี่ยงสูง/ซับซ้อน) ● แนวทางการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ● แนวทางการติดตามดูแลหลังผ่าตัด	● ประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ● การเกิดอุบัติการณ์หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น Wrong Surgery, Retained FB, SSI เป็นต้น ● การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจาก ERAS Program (ถ้ามี) ● ผลการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัด เช่น การหมุนเวียนอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น เป็นต้น

ค. อาหารและโภชนาบำบัด (Food and Nutrition Therapy)

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ ตลอดจนมีการดำเนินการมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันวางระบบบริหารอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าเพียงพอ
 - มีอาหารหรือโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยพร้อมให้บริการเป็นปกติประจำ
 - มีการบันทึกคำสั่งอาหารในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาสถานะทางโภชนาการและความต้องการของผู้ป่วย
 - มีระบบบริการอาหารที่ดี และมีอาหารที่หลากหลายให้ผู้ป่วยเลือก
 - ครอบครัวที่จัดหาอาหารให้ผู้ป่วย ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วย
 - พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare ในการจัดบริการอาหาร
 - รสชาติอาหาร ความคุ้นเคยกับวิถีชีวิต ความเชื่อ ศาสนา
 - สภาพแวดล้อมในการรับอาหาร กลิ่น แสง สี ของสิ่งแวดล้อม
 - โอกาสในการรับประทานอาหารกับญาติ หรือคนที่ผู้ป่วยมีความคุ้นเคย
 - เวลาที่เหมาะสม ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตจริง
- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันบริหารจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ
 - ใช้กระบวนการบริหารความเสี่ยงที่โรงพยาบาลกำหนดตามมาตรฐาน II-1.2
 - วิเคราะห์และใช้มาตรการป้องกันความเสี่ยงครอบคลุมรอบด้าน ในทุกขั้นตอน เช่น
 - การจัดซื้ออาหารสด อาหารแห้ง (การกำหนดหลักเกณฑ์ คัดเลือกผู้ขาย ตรวจริบ) เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับอาหารที่สะอาด ปลอดภัย
 - การตรวจสอบคุณภาพอาหารในทุกขั้นตอน การป้องกันการปนเปื้อนสารเคมีและเชื้อโรคในอาหาร
 - ความเสี่ยงในการให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจสำลักได้ เป็นต้น

(2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการวางแผนโภชนาบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันคัดกรอง/ประเมินสถานะด้านโภชนาการของผู้ป่วย และวางแผนโภชนาบำบัดตามความเหมาะสม
 - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองปัญหาด้านโภชนาการด้วยวิธีง่าย ๆ เช่น Nutritional Risk Screening (ESPEN recommended)
 - คัดกรองเบื้องต้นด้วยคำถาม 4 คำถาม (1) BMI น้อยกว่า 20.5 หรือไม่ (2) น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจในสามเดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (3) สัปดาห์ที่ผ่านมากินอาหารได้น้อยลงหรือไม่ (4) มีอาการป่วยหนักหรือไม่ ถ้าตอบว่าใช่ในข้อใดข้อหนึ่ง ให้ทำ Final Screening ถ้าไม่มีเลย ให้ติดตามสัปดาห์ละครั้ง
 - Final Screening ประกอบด้วยคะแนน 3 ส่วนคือ (1) Impaired Nutritional Status มีคะแนน 0-3 คะแนน (2) Severity of Disease มีคะแนน 0-3 คะแนนตามลักษณะของโรค (3) ผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปบวกเพิ่มอีก 1 คะแนน ถ้าคะแนนรวม ≥ 3 ถือว่ามีความเสี่ยงด้านโภชนาการและให้วางแผนการดูแลด้านโภชนาบำบัด (nutritional care plan)

Impaired Nutritional Status		Severity of Disease	
0	Normal Nutritional Status	0	Normal Nutritional Requirement
1	Wt loss > 5% in 3 months, or Food intake < 50-75% of normal requirement	1	Hip fracture Chronic patient e.g. cirrhosis, COPD Chronic hemodialysis, diabetes, oncology
2	Wt loss > 5% in 2 months, or BMI 18.5-20.5 + impaired general condition, or Food intake 25-50% of normal requirement	2	Major Abdominal Surgery Stroke Severe Pneumonia Hematological Malignancy
3	Wt loss > 5% in in month (>15% in 3 months), or BMI < 18.5 + impaired general condition, or Food intake 0-25% of normal requirement	3	Head injury Bone marrow transplantation Intensive care patient (APACHE>10)
If age ≥ 70 : add 1 to total score above			

- ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองและพบว่ามีความเสี่ยงด้านโภชนาการ ได้รับการปรึกษาทางด้านโภชนาการ เพื่อให้มีการประเมินภาวะโภชนาการตามแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด โดยการประเมินควรครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้
 - ประวัติ เช่น ปัจจัยที่จะทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ อาการปวด น้ำหนักลด การกินอาหาร อาการทางด้านระบบทางเดินอาหาร ใช้ อาการทางด้านจิตเวช เป็นต้น
 - การตรวจร่างกาย เช่น อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต การเสียน้ำจากบาดแผลหรือ Fistula, BMI, Anthropometric Measurement เป็นต้น
 - Functional assessment เช่น กำลังของกล้ามเนื้อ อารมณ์ จิตใจ เป็นต้น
 - การใช้พลังงาน
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - Fluid Balance
- มีการวางแผนโภชนบำบัด และให้การดูแลตามแผน
- มีการติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการได้รับโภชนบำบัด

(3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการบ่งชี้ผู้ป่วยและครอบครัวที่จำเป็นต้องได้รับความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด
- มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมอาหาร และการบริโภคอาหาร
 - การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลที่แผนกผู้ป่วยนอก
 - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในที่ได้รับโภชนบำบัด
 - การติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ
- มีการประเมินความรู้/พฤติกรรม ก่อน-หลังการให้ความรู้หรือให้คำปรึกษา

(4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่าสิ่งแวดล้อม อาคารสถาน และสิ่งอำนวยความสะดวกมีความพร้อม เพียงพอ เหมาะสม ปลอดภัย (ดูคู่มือการปฏิบัติงานโภชนาการของกระทรวงสาธารณสุข)
 - โครงสร้างกายภาพเหมาะสม เพียงพอ มิดชิด สะอาด เป็นระเบียบ แบ่งโซนถูกต้อง
 - มีการระบายอากาศดี แสงสว่างเพียงพอ
 - หน่วยผลิตอาหารทางสายให้อาหารแยกพื้นที่เป็นส่วน เป็นระบบปิด มีการป้องกันการปนเปื้อนจากภายนอก ป้องกันสัตว์พาหะนำโรคได้ มีระบบระบายอากาศที่ดี
 - มีแหล่งน้ำอุปโภคและน้ำบริโภคที่สะอาด เพียงพอ มีระบบสำรองน้ำมาตรฐานน้ำในกระบวนการผลิตที่สัมผัสอาหารเป็นไปตามมาตรฐาน มอก.
 - มีระบบระบายน้ำที่ดี สามารถระบายน้ำได้รวดเร็ว ไม่มีน้ำขัง มีฝาปิดมิดชิดทำความสะอาดง่าย ป้องกันสัตว์พาหะนำโรคจากท่อน้ำทิ้ง
 - มีระบบดักไขมันที่มีประสิทธิภาพ และมีการกำจัดไขมันเป็นระยะ
 - มีวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
 - มีระบบควบคุมสารเคมีเพื่อป้องกันการปนเปื้อนสารเคมีในอาหาร
 - มีระบบควบคุมวัตถุไวไฟหรือวัสดุอันตรายเพื่อความปลอดภัย
 - มีเครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ พร้อมใช้งาน
- การผลิตอาหาร
 - อาหารได้รับการจัดเตรียมในลักษณะที่ลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนและเน่าเสีย
- การจัดเก็บ
 - อาหารได้รับการจัดเก็บในลักษณะที่ลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนและเน่าเสีย
 - ผลิตภัณฑ์อาหารที่ให้ผ่านทางเดินอาหารได้รับการจัดเก็บตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต
- การส่งมอบ
 - มีการส่งมอบอาหารเป็นไปอย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนและการเน่าเสีย ตรงเวลา และคำสั่งอาหารเฉพาะได้รับการตอบสนอง

- การจัดการกับภาชนะ อุปกรณ์ ของเสีย เศษอาหาร
 - การจัดการกับภาชนะ อุปกรณ์ ของเสีย เศษอาหาร เป็นไปอย่างเหมาะสม เพื่อลดการเกิดแหล่งพาหะนำโรคและการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- การปฏิบัติต่างๆ เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และแนวทางซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารของกระทรวงสาธารณสุข และมีการปรับปรุงตามผลการประเมิน

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ก)

- ระบบบริการอาหาร
 - อาหารแต่ละมื้อที่ผู้ป่วยได้รับมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความ ต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
 - ระบบบริการอาหารมีความเหมาะสมเพียงใด: การจัดทำเมนูอาหาร การกำหนดเวลาให้บริการ ระบบการสั่งอาหาร ระบบการตรวจสอบ การประเมินติดตามการบริโภคและแก้ไขปรับปรุง
- การคัดกรอง ประเมิน วางแผน และให้บริการโภชนบำบัด
 - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการคัดกรองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการอย่างไร มีข้อบ่งชี้ ที่จะต้องประเมินโดยละเอียดอย่างไร มีการวางแผนโภชนบำบัดในผู้ป่วยที่มี ปัญหาโภชนาการอย่างไร
 - การเจ็บป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้น ตัวได้เร็วมีอะไรบ้าง มีแนวทางอย่างไรในการให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่าง เพียงพอ
 - ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
 - ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวหรือเป็นอัมพาต
 - ผู้ป่วยมะเร็ง
- การให้ความรู้
 - กลุ่มเป้าหมายในการให้ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ โภชนบำบัด ได้แก่ ผู้ป่วย (และครอบครัว) ที่เจ็บป่วยด้วยโรคอะไร มีเป้าหมายในการให้ความรู้ อะไรบ้าง มีวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมายอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร
- สุขาภิบาลอาหาร
 - ผลการประเมินด้านสุขาภิบาลอาหาร (ของกระทรวงสาธารณสุข) เป็น อย่างไร มีการปรับปรุงอะไร
 - จากการตามรอยที่โรงครัวของโรงพยาบาล พบโอกาสเกิดการปนเปื้อน การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่จุดใดบ้าง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ก)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากบริการอาหารและโภชนาการและแนวทางป้องกัน ● ผลการตรวจสอบกระบวนการผลิตอาหารและการจัดบริการอาหาร และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● ความเหมาะสมและประสิทธิผลในการคัดกรอง ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ● ความเหมาะสมและประสิทธิผลในการให้ความรู้ด้านวิชาการอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด

จ. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care)

(1) ทีมดูแลผู้ป่วยมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายศึกษามาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของ Thai Palliative Care Network และศูนย์การุณรักษ์ 2561
- ทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้
 - การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
 - การตอบสนองความต้องการ
 - การรักษาอาการต่างๆ อย่างเหมาะสม
 - การตอบสนองต่อความห่วงกังวลด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว
 - การเคารพต่อค่านิยม ศาสนา และวัฒนธรรมที่เป็นหลักยึดของผู้ป่วย
 - การปรึกษาในประเด็นที่มีความอ่อนไหวด้วยความระมัดระวัง เช่น การผ่าพิสูจน์ศพ การบริจาคอวัยวะ
- มีระบบที่ใช้ค้นหาและระบุผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (มีโอกาเสียชีวิตภายใน 12 เดือน) เช่น GSF Prognostic Indicator Guidance, PCNOW Fast Fact และส่งต่อให้ได้รับการดูแลประคับประคองที่เหมาะสม เป็นต้น

(2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ออกแบบและนำไปปฏิบัติในการประเมินความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในประเด็นต่อไปนี้
 - การประเมินด้านร่างกาย
 - การประเมินอาการต่างๆ ด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม เช่น Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), PCOC Symptom Assessment Scale เป็นต้น
 - ประเมินปัจจัยที่ทำให้มีอาการทางร่างกายทุเลาหรือกำเริบ
 - ประเมินซ้ำเพื่อดูการตอบสนองต่อการบำบัดอาการ
 - การประเมินด้านจิตใจ สังคม
 - รับฟังเรื่องราวจากคนไข้หรือญาติ ด้วยสติ สมาธิ เข้าใจในความต้องการอย่างแท้จริง สร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวให้ใกล้ชิด คำนึงถึง สิทธิ ความเชื่อ และศาสนา ของแต่ละครอบครัว
 - ประเมินสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ ของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น
 - ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกสงบ สภาวะความเป็นอยู่ที่ดี
 - มีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
 - กลไกการแก้ปัญหา
 - การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว
 - ความต้องการการมีเวลาหยุดพักสำหรับผู้ดูแล
 - การประเมินความต้องการด้านสังคม เช่น
 - ความสัมพันธ์ในครอบครัว การอยู่ร่วมกัน การยอมรับ การมีส่วนร่วม
 - ความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในบ้านในกรณีที่อยู่ดูแลที่บ้าน
 - ความพร้อมทางเศรษฐกิจ
 - ประเมินความต้องการทางเลือกในการรักษาหรือระดับของการดูแล
 - ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น กลไกการแก้ปัญหาของครอบครัว และโอกาสที่จะเกิดปฏิกิริยาต่อความเศร้าโศกขั้นรุนแรง เป็นต้น

- การประเมินด้านจิตวิญญาณ
 - ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเชื่อในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย เป็นต้น
 - FICA Spiritual Assessment Tool
 - F – Faith and Belief มีศรัทธาและความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณอะไรที่ใช้จัดการกับความเจ็บป่วยและความเครียด อะไรคือความหมายของชีวิต
 - I – Importance ความเชื่อนี้สำคัญเพียงใด มีส่วนต่อความคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างไร มีส่วนต่อการตัดสินใจเรื่องสุขภาพอย่างไร
 - C – Community อยู่ร่วมกับชุมชนด้านจิตวิญญาณอะไรมีความสุขกับชุมชนนั้นหรือไม่ ต้องการหาชุมชนใหม่หรือไม่ ควรหาทางเข้าร่วมกับชุมชนหรือไม่ถ้ายังไม่มี
 - A – Address in Care ควรมีแผนอะไร ควรมีการเปลี่ยนแปลงอะไร อยากพัฒนาการปฏิบัติเรื่องใด ควรมีผู้ช่วยเหลือหรือไม่
 - ความสนใจหรือความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความสิ้นหวัง ความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกผิด หรือการให้อภัย เป็นต้น
- ทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง บันทึกผลการประเมินในลักษณะที่เอื้อต่อการใช้ประโยชน์ร่วมกัน

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
 - แผนตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ที่ประเมินได้ รวมทั้งการจัดการอาการปวดและอาการอื่นๆ
 - ทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย
 - มีการปรับปรุงแผนการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป

(4) องค์การประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการระบุผู้ให้บริการหลักเพื่อประสานการดูแลสำหรับผู้ป่วยทุกราย
 - ทีมผู้เชี่ยวชาญหลักหรือทีมดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล
 - ทีมดูแลต่อเนื่องที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- มีการจัดตั้งเครือข่ายระหว่างสถานพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆ (สถานพยาบาลใกล้บ้าน การดูแลที่บ้านหรือชุมชน) เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อและเป็นองค์รวม
- ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับคำแนะนำเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวิธีการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือทั้งในและนอกเวลาทำการ
- เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น มีการส่งต่อข้อมูลให้แก่สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ

(5) องค์การให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำ ให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต
 - มีการอธิบายวัตถุประสงค์และความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการทำเอกสารแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตตามความประสงค์/ความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว
 - ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสามารถเข้าถึงแผนการดูแลล่วงหน้าและเอกสารแสดงเจตนาฯ ในบันทึกเวชระเบียน/ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล
 - มีการสื่อสารความต้องการการดูแลในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยไปยังผู้ให้บริการอื่นๆ เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านการดูแลไปยังหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ

(6) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ที่อยู่ในช่วงใกล้เสียชีวิต นำผลการประเมินมาตอบสนองอย่างเหมาะสม
 - การบรรเทาอาการ
 - การดูแลเพื่อจัดการความเจ็บปวด และอาการหลักหรืออาการที่ตามมา
 - การป้องกันอาการและภาวะแทรกซ้อนเท่าที่จะสามารถทำได้
 - การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม
 - การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากการเสียชีวิตและความเศร้าโศก
 - จัดสิ่งแวดล้อมสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลให้มีบรรยากาศผ่อนคลาย อ่อนโยน ไม่วุ่นวาย มีความละเอียดอ่อนในด้านกลิ่น รูป สัมผัส และอุณหภูมิ
 - ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วย มีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นชิน ในท่ามกลางความอบอุ่นของหมู่ญาติ
 - การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - การดำเนินการเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว
 - ทบทวนบทเรียนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงคุณค่าหรือประโยชน์ที่ได้รับจาก Health Intervention ต่างๆ และหาทางยกเลิก Intervention ที่ไม่เป็นประโยชน์หรือลดทอนคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลง
- ทีมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล

(7) องค์การมีระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (care for carer) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการระบุตัวผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยและประเมินผู้ดูแลหลัก
 - ความต้องการการสนับสนุน
 - ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล
 - ความเต็มใจในการดูแลต่อเนื่อง
- มีการสนับสนุนแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้สำหรับผู้ดูแล เช่น ศูนย์การุณรักษ์ เครือข่ายพุทธิกา เป็นต้น
- ผู้ดูแลหลักได้รับการสอนและฝึกทักษะ
 - การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและการเผชิญกับการดูแลที่มีความต้องการสูงมาก
 - การดูแลตนเองและการจัดการอารมณ์ของตนเอง
- ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าถึงการดูแลกรณีภาวะฉุกเฉินและการปรึกษานอกเวลาราชการ

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ง)

- การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
 - ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวได้รับการตอบสนองความต้องการต่างๆ อย่างรอบด้านหรือไม่
 - การบรรเทาอาการ
 - ความต้องการทางด้านจิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ
 - ทามประสบการณ์ของญาติของผู้ป่วยระยะท้าย
 - ทีมผู้ให้บริการรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีเพียงใด
 - ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากความปวดเพียงใด
 - ทีมงานได้ช่วยกันทำให้ Unfinished Agenda ของผู้ป่วยลุล่วงเพียงใด อย่างไร
 - ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจในการดูแลอย่างไร
 - วิเคราะห์ความสำเร็จและโอกาสพัฒนา
 - ระบบที่เป็นอยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือไม่

- มีระบบที่เอื้อต่อการที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างอบอุ่นเพียงพอ
- ทีมงานผู้ให้บริการได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองในแง่มุมใดบ้างจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ๖)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านอาการ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ● แนวทางการประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล ● แนวทางและความครอบคลุมในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง	● ความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ ● การเข้าถึงและประสิทธิผลของการบำบัด/บรรเทาความปวด ● ความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือช่วงใกล้เสียชีวิต

ตัวอย่างตัวชี้วัดที่เป็นไปได้

- การบรรเทาอาการของผู้ป่วย
 - อัตราการเข้าถึงยาแก้ปวด
 - ความพึงพอใจต่อการบรรเทาอาการของผู้ป่วย
 - อัตราของอาการปวดระดับปานกลางหรือรุนแรง (≥ 4) ลดลงภายใน 72 ชม.
- การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม
 - ความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม
- การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ
 - อัตราการทำหนังสือแสดงความจำนงที่จะไม่ขอรับการรักษาเพื่อยืดชีวิตและ Advanced Care Plan ของผู้ป่วยระยะท้าย
 - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในลักษณะ Good Death

จ. การจัดการความปวด (Pain Management)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวดทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- บุคลากรใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวด
 - การคัดกรองความปวด (screening) ผู้ป่วยในทุกราย และผู้ป่วยนอกทุกราย ที่โรงพยาบาลกำหนดให้คัดกรอง (เช่น ห้องฉุกเฉิน คลินิกศัลยกรรม คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู คลินิกมะเร็ง เป็นต้น) ให้ครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและเรื้อรัง
 - การประเมินความปวด (assessment)
 - ตำแหน่งที่ปวด ลักษณะของความปวด ความรุนแรงโดยระบุเป็นคะแนนความปวดตามเครื่องมือที่ใช้ของแต่ละโรงพยาบาล และบันทึกคะแนนความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5
 - มีเครื่องมือการประเมินความปวดที่เหมาะสมตามอายุ สภาพผู้ป่วย ความสามารถในการสื่อสาร และผลกระทบของความปวดต่อคุณภาพชีวิต เช่น การนอนหลับ การทำกิจวัตรประจำวัน และอารมณ์ เป็นต้น
 - มีการประเมินความปวดซ้ำ (re-assessment) กรณีเฝ้าระวังขณะรอวินิจฉัยโรค มีการจัดการความปวด รวมถึงก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาเป้าหมายที่พึงปรารถนาที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการประเมินซ้ำและมีการปรับการรักษาที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติของการจัดการความปวดและทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
 - หาสาเหตุของความปวดและจัดการกับสาเหตุของความปวดตามความเหมาะสม (specific treatment)

- จัดการความปวดในผู้ป่วยแต่ละรายโดยการช้ยาตามหลักการของการช้ยาอย่างผสมผสาน (multimodal analgesia) และไม่ช้ยา โดยผู้ป่วยรับทราบแนวทางของการระงับปวดและมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการรักษา
- ติดตามผลการระงับปวดและเฝ้าระวังการเกิดผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา
- ทีมดูแลผู้ป่วยจัดการความปวดเฉียบพลันที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ อย่างเหมาะสม
 - จัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยแต่ละรายตามสาเหตุทั้งจาก Surgical และ Medical Causes เช่น Acute Pancreatitis, Myocardial Infarction เป็นต้น
 - จัดการความปวดเฉียบพลันตามอาการ (symptomatic treatment)
 - ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการหรือการตรวจพิเศษที่มีแนวโน้มทำให้เกิดความปวด
 - ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความปวดที่จะเกิดขึ้น
 - ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด
 - จัดการความปวดให้ครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการทำหัตถการ/การตรวจพิเศษ
 - จัดการความปวดให้ผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ทีมดูแลผู้ป่วยจัดการความปวดจากมะเร็งอย่างเหมาะสม
 - ระงับความปวดจากมะเร็งตาม WHO Analgesic Ladder
 - ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับน้อย (คะแนนความปวด 1-3) ได้รับยาระงับปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ ซึ่งอาจให้ร่วมกับ adjuvants
 - ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง (คะแนนความปวด 4-6) ได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ฤทธิ์อ่อน เช่น ทรามาดอล ซึ่งอาจให้ร่วมกับยาระงับปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ และ/หรือ Adjuvants เป็นต้น
 - ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับรุนแรง (คะแนนความปวด 7-10) ได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ฤทธิ์แรง เช่น มอร์ฟีน ซึ่งอาจให้ร่วมกับยาระงับปวดกลุ่มที่ไม่ใช่โอปิออยด์ และ/หรือ Adjuvants เป็นต้น
 - ติดตามผลการระงับปวดตลอดจนผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น และให้การรักษาหรือการป้องกันที่เหมาะสม
 - ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์และได้รับยาระบายชนิดกระตุ้นการขับถ่าย เช่น Sennoside, Bisacodyl แบบ Prophylaxis เป็นต้น
 - จัดระบบการเข้าถึงยาระงับปวดของผู้ป่วยมะเร็ง
 - จัดระบบการจัดการความปวดให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลได้

- ทีมดูแลผู้ป่วยจัดการความปวดเรื้อรังอย่างเหมาะสม
 - หาสาเหตุของความปวดและจัดการกับสาเหตุของความปวดตามความเหมาะสม (specific treatment)
 - ในกรณีที่ความปวดเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการระงับปวดตามมาตรฐาน (intractable chronic non-cancer pain) อาจพิจารณาการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ชนิด Strong Opioids โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการระงับปวด

(3) ทีมผู้ให้การรักษาส่งข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย และ/หรือ ครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการจัดการความปวด ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย:

- (i) โอกาสเกิดความปวดจากการตรวจรักษา
- (ii) ทางเลือกในการจัดการความปวด
- (iii) ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง
- (iv) ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้การรักษาส่งข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย และ/หรือ ครอบครัว
 - โอกาสเกิดความปวดจากการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด หรือ การทำหัตถการอื่นๆ
 - ทางเลือกในการจัดการความปวดต่างๆ ที่เป็นไปได้ตามหลักการของ Multimodal Analgesia และ Preventive Analgesia โดยมีสื่อประกอบการให้ข้อมูลตามความจำเป็นและเหมาะสม
 - การจัดการความปวดโดยใช้ยา (ยาฉีด ยารับประทาน ยาชา)
 - การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น หัตถการระงับปวด กายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก การประคบประครองด้านจิตใจ เป็นต้น
 - ผลข้างเคียงและข้อพึงระวังของทางเลือกในการจัดการความปวดต่างๆ
 - ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ป่วย
- ทีมผู้ให้การรักษารับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว และชี้แจงข้อมูลในประเด็นสำคัญทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม
- ทีมผู้ให้การรักษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจและแสดง ความยินยอมในแผนการบำบัดความปวด

(4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการจัดการความปวดจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญตามมาตรฐานวิชาชีพหรือภายใต้การกำกับของบุคลากรดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมหรือผู้รับผิดชอบมีความเข้าใจยาและอุปกรณ์เพื่อการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
 - มีแพทย์ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวดหรือเทคนิคการระงับปวดด้วยวิธีพิเศษอื่นๆ
 - มีพยาบาลซึ่งความรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาแก้ปวด เผื่อระวังผลข้างเคียงและให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับปวดด้วยวิธีพิเศษ
 - มีทีมแพทย์และพยาบาลซึ่งมีความรู้ด้านการจัดการความปวดเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับโอปิออยด์สำหรับบรรเทาความปวดเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากมะเร็ง
 - มีทีมแพทย์และพยาบาลซึ่งสามารถให้การรักษาผลข้างเคียงจากการระงับปวด หรือให้คำปรึกษาได้ในกรณีเร่งด่วนหรือฉุกเฉิน
- มีทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ซึ่งสามารถจัดการอบรมเรื่องการจัดการความปวดเพื่อเพิ่มศักยภาพให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลตนเองได้
 - มีการจัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดและการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการระงับปวดสำหรับบุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - มีการวัดผลการจัดอบรมเรื่องการจัดการความปวดภายในโรงพยาบาล

(5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังจากจำหน่ายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางการให้ความรู้ การสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล และนำไปปฏิบัติ
 - แผนการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องปฏิบัติ
 - สิ่งที่ต้องรู้เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - ช่องทางการขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา
 - การสนับสนุนอื่นๆ ที่จำเป็น เช่น การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยประเมินปรับปรุงกระบวนการจัดการความปวดหลังจำหน่าย

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 จ)

- การจัดการความปวด
 - ผู้ป่วยที่มีอาการปวดได้รับการประเมินและบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดเหมาะสมกับความรุนแรงหรือไม่ เพียงใด มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาระงับปวดรวมทั้งยาโอปิออยด์เพียงใด ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการความปวดอย่างไร ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำของการจัดการความปวดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงพอหรือไม่
 - ผู้ป่วยที่มีอาการปวดซึ่งรักษาตัวที่บ้าน (เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง) ได้รับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสมหรือไม่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 จ)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการคัดกรองและประเมินความปวด ● แนวทางการให้ข้อมูล ความรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ในการจัดการความปวด	● ประสิทธิภาพของการจัดการความปวดในการจัดการความปวดประเภทต่างๆ ● ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาบำบัดความปวด

ตัวอย่างตัวชี้วัดที่เป็นไปได้

- การคัดกรองและประเมินความปวด
 - ความครอบคลุมของการคัดกรองความปวด
 - อัตราการบันทึกคะแนนความปวดตามข้อกำหนดของโรงพยาบาล
- การจัดการความปวดในภาพรวม
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการปวดลดลงหลังได้รับการจัดการความปวด (จากรุนแรงเป็นปานกลาง จากปานกลางเป็นน้อย)
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดรุนแรงได้รับการจัดการความปวดภายใน 15-30 นาที
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการระงับปวด
 - ความพึงพอใจต่อการจัดการความปวด

- การจัดการความปวดเฉียบพลัน
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันที่ได้รับการจัดการความปวดโดยการใช้อย่างผสมผสานตามหลักการของ Multimodal Analgesia
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินโดยมีคะแนนระดับความปวดระดับน้อย
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือห้องฉุกเฉินที่ได้รับการระงับปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังจำหน่ายอย่างเหมาะสม
- การจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดจากมะเร็งที่ได้รับการระงับปวดตาม WHO Analgesic Ladder
- การจัดการความปวดเรื้อรัง
 - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังที่ได้รับการจัดการความปวดจนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับที่พึงพอใจ

จ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)

(1) ทีมผู้ให้บริการนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละราย มาวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นและครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะเวลาที่เหมาะสม .

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์ นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์หรือตามบริบทของสถานพยาบาล ร่วมกันกำหนดองค์ประกอบของและบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
- ทีมผู้ให้บริการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมและปลอดภัยได้ในระยะเวลาที่เหมาะสม
 - กำหนดขอบเขตการให้บริการโดยการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการ
 - กำหนดรูปแบบการให้บริการและการเข้าถึงที่เหมาะสม
 - ให้คำแนะนำทางเลือกและให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ไม่มีเกณฑ์การให้บริการ

- ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
 - การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค (ซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษเพิ่มเติม)
 - การประเมินสภาพจิตใจ โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาทางการแพทย์ที่ได้รับอยู่
 - การประเมินระดับความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน
 - การประเมินปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม
 - การประเมินด้านจิตวิญญาณ ความต้องการ/เป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว
 - การประเมินผู้ดูแลถ้าจำเป็น (ความสามารถในการดูแล ความสามารถในการเรียนรู้ สภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และผล/การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อผู้ดูแล)
- ทีมผู้ให้บริการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ
 - มีการวางแผนตามผลการประเมินและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย
 - มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว
 - ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน
 - แผนซึ่งนำการดูแลโดยระบุสิ่งต่อไปนี้
 - ระดับความสามารถที่คาดหวัง (expected functional level) เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการฟื้นฟูหรือเมื่อจำหน่าย (หากเป็นผู้ป่วยใน)
 - ระยะเวลาที่ควรทำการฟื้นฟู (duration of rehabilitation needed)
 - แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (rehabilitation plan) ที่จำเป็น ระดับความเข้มข้นในการให้บริการฟื้นฟู (ความถี่ ระยะเวลา ความหนักเบาในการรับบริการ)
 - ความเสี่ยง/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรืออาจเกิดขึ้นระหว่างรับบริการฟื้นฟู และมาตรการในการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว
 - แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพครอบคลุมองค์รวมด้านสุขภาพ
 - มิติด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย (body functions and structure)
 - มิติด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation),
 - ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors)
 - ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors)

(2) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพของผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และอยู่บนพื้นฐานหลักฐานวิชาการ และมีการวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรมด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการจัดบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
 - เป็นการให้บริการตามแผนโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล
 - มีการจัดบริการเพื่อช่วยฟื้นฟู ยกระดับ หรือสร้างไว้ ซึ่งการใช้งานของอวัยวะต่างๆ เช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม เป็นต้น
 - มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อการฟื้นตนเอง และคุณภาพชีวิต เช่น การปรับสภาพแวดล้อม การให้คำปรึกษา การฝึกอาชีพ เป็นต้น
 - มีการทบทวนการบรรลุเป้าหมายการฟื้นฟูตามแผนของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นระยะ
 - มีการประมวลและวิเคราะห์ผลการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม ในประเด็น การใช้งานอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อการฟื้นตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- การดูแลต่อเนื่อง
 - มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นหรือชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
 - ครอบครัวและชุมชนได้รับการเสริมพลังให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน
 - มีการให้คำแนะนำและส่งต่อสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสังคมและอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ เช่น การศึกษาและการดูแลด้านพัฒนาการสำหรับเด็ก การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน การมีอุปกรณ์ช่วยและฝึกอาชีพสำหรับผู้พิการ เป็นต้น
- ทีมผู้ให้บริการวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรมด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน
 - ใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่มีการศึกษาทางวิชาการรองรับ
 - ใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ทั้งเครื่องมือทั่วไปและเครื่องมือเฉพาะกับสภาวะของผู้ป่วย

- ใช้ประโยชน์จากการวัดทั้งในติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยแต่ละรายและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในภาพรวม
- มีการติดตามผลการฟื้นฟูระยะยาว ทั้งระหว่างหน่วยบริการและสู่ชุมชน
- นำแนวคิด Humanized Healthcare มาสู่การปฏิบัติ
 - ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ ต้องพึ่งพิง หรือต้องรับการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน นำแนวความคิดกายพิการ ใจไม่ป่วย มาสร้างความหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัว ให้กำลังใจและฟื้นฟูสภาพจิตใจควบคู่กับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย สร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยและเสริมพลังให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย
 - ค้นหาผู้พิการในชุมชน เรียนรู้วิถีชีวิตของผู้พิการเหล่านั้น ประสานความช่วยเหลือให้ผู้พิการสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี และติดตามอย่างต่อเนื่อง

(3) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ:

(i) ให้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจ

(ii) เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
 - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ
 - การให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบ
 - การให้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ ครอบคลุมเป้าหมาย แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นต้องได้รับ
 - เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - การเสริมความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติด้วยตนเอง และผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือหรือกระตุ้นเตือน
 - การมีระบบบันทึกเพื่อติดตามความเพียงพอและความก้าวหน้าในการฟื้นฟู
 - การปรับความเชื่อและทัศนคติ ที่อาจมีผลต่อโอกาสในการบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ

- การให้ข้อมูลแก่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้สะดวกยิ่งขึ้น เช่น เพื่อนที่โรงเรียน หรือ เพื่อนร่วมงาน โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

(4) การให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ เป็นไปเพื่อบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานบริการ มาตรฐานวิชาชีพ กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามครบถ้วน
- สร้างหลักประกันการให้บริการโดยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญ
 - กำหนดความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ สำหรับบุคลากรแต่ละตำแหน่งและสำหรับแต่ละกิจกรรมตามความเหมาะสม
 - ประเมินความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
 - ส่งเสริมให้บุคลากรมีการศึกษาต่อเนื่องและนำความรู้ที่ทันสมัยมาใช้พัฒนาระบบบริการ

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 อ.)

- การฟื้นฟูสภาพ
 - ผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับประโยชน์จากการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพได้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มใดบ้าง ผู้ป่วยดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพได้ดีเพียงใด (ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก)
 - มีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยอย่างไร
 - ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ ได้รับการประเมินและวางแผนเหมาะสมเพียงใด แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพครอบคลุมครบองค์รวมด้านสุขภาพเพียงใด (โครงสร้างและการทำงาน กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยบุคคล)

- ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการใช้งานของอวัยวะหรือไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ในช่วงเริ่มต้น การฟื้นฟูสภาพส่งผลต่อระดับการใช้งานของอวัยวะ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างไร
- การวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพได้เพียงใด
- ครอบครัวและชุมชนได้รับการเสริมพลังให้มีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชนอย่างไร
- ทามประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว
 - ผู้ป่วยที่มารับบริการเวชกรรมฟื้นฟู มีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง
 - ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพแบบเข้ม ได้รับการดูแลอย่างไร ได้รับการสอนให้ปฏิบัติอย่างไร ร่างกายฟื้นตัวได้ดีเพียงใด มั่นใจว่าจะพึ่งตนเองได้ในระยะยาวหรือไม่ มีการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพึ่งตนเองอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 จ.)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ● แนวทางการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่ครบองค์รวม (โครงสร้างและการทำงานของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล) ● แนวทางและเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การฟื้นฟู	● ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

๖. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Care of Patients with Chronic Kidney Diseases)

(1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สมาคมโรคไตจัดทำขึ้นมาทำ Gap Analysis (ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติกับสิ่งที่เป็ข้อแนะนำทางวิชาการ) และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม
 - คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดระดับประคอง พ.ศ. 2560
 - คำแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติโภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561
 - ข้อแนะนำเวชปฏิบัติทั่วไปโรคไตไกลเมอรูลัสในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561
 - คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561
 - แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยโควิด-19 พ.ศ. 2564
 - แนวทางการรักษาภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2564

(2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม หรือ หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล หรือของหน่วยงานภายนอก (outsourc) ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
 - ขอกการประเมินและรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) แล้วนำข้อเสนอแนะของ ตรต.มาปรับปรุง
 - กรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับเป็นบริการที่โรงพยาบาลดำเนินการเอง

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 บ)

- โรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตของสมาคมโรคไตได้มากน้อยเพียงใด ส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ได้เป็นเพราะเหตุใด มีแนวทางพัฒนาอย่างไร
- โรงพยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานและข้อเสนอแนะของ ตรต. สำหรับการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ครบถ้วนเพียงใด
- ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มต่างๆ เป็นอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 บ)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ ตรต. กรณีที่โรงพยาบาลมีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ● แนวทางการกำกับดูแลหน่วยไตเทียม กรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก	● ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข. การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)

(1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการที่จะส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทย
 - ประเมินข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทย
 - ประเมินให้มั่นใจว่าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการรับบริการแพทย์แผนไทย
 - ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และสื่อสารให้ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
 - วางแผนการดูแลในลักษณะบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

(2) องค์การมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยบุคคลที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การจัดให้มีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย
 - การกำกับดูแลครอบคลุมทั้งกระบวนการดูแลที่เป็นมาตรฐาน มีความปลอดภัย และตัวบุคคลผู้ให้บริการซึ่งต้องเป็นบุคคลที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ
 - กลไกกำกับดูแลควรประกอบด้วยคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยร่วมกับผู้มีความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน
 - กลไกกำกับดูแลควรทำหน้าที่
 - ให้ความเห็นชอบในการอนุญาตให้ใช้วิธีการรักษาหรือการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับตามศาสตร์ของการแพทย์แผนไทย
 - อนุญาตตัวบุคคลผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย
 - ติดตามความปลอดภัยของการให้บริการ

(3) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการประเมิน ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรควางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยนำหลักธรรมานามัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยให้บริการแพทย์แผนไทยตามหลักธรรมานามัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง
 - ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ชาติเจ้าเรือน สมุฏฐาน มูลเหตุ การเกิดโรค เป็นต้น
 - ตรวจร่างกายตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย
 - การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามธาตุ 42 ประการ ตามตรีธาตุ ตามเบญจอินทรีฯ ตามหมอสสมุติ เป็นต้น

- วางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา (เช่น การใช้ยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาตำรับ ยาเดี่ยว การนวด การประคบ การอบไอน้ำสมุนไพร การทักหม้อเกลือ และการให้บริการหัตถการอื่น เป็นต้น) การฟื้นฟูสภาพ และการให้คำแนะนำผู้ป่วย

(4) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้มีความครบถ้วน และเผื่อระวัง การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับผลงานตามเกณฑ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย
 - บันทึกข้อมูลผู้ป่วย (การประเมิน การวางแผน การรักษา ผลการติดตาม) ในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน
 - เผื่อระวังและเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน
 - จำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยอาจพิจารณาส่งกลับ มาพบแพทย์แผนปัจจุบันเพื่อการดูแลต่อเนื่องตามความเหมาะสม

(5) องค์กรมีกลไกในการกำกับดูแลการทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพร ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ถูกต้อง มีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเฉพาะราย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรมีกลไกกำกับดูแลการให้บริการแพทย์แผนไทยให้มีความปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละราย
 - บริการที่ควรมีการกำกับดูแล ได้แก่ การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น
 - กลไกกำกับดูแลประกอบด้วย การกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ข้อบ่งชี้ การบันทึกข้อมูล การขอคำปรึกษาหรือขอความเห็นที่สอง (เมื่อจำเป็น) การเผื่อระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเรียนรู้จากเหตุการณ์ ไม่พึงประสงค์

(6) องค์การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์รวม
 - ทีมผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน สังเกตการเปลี่ยนแปลงและแจ้งข้อมูลที่เป็นให้กับทีมผู้ให้บริการ
 - ทีมผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - การสื่อสารความก้าวหน้าและความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
 - การประชุมวิชาการร่วมกันเพื่อมองหาโอกาสใหม่ๆ ร่วมกัน

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ข)

- โรงพยาบาลให้บริการการแพทย์แผนไทยอะไรบ้าง กลไกกำกับดูแลที่มีอยู่เพียงพอที่จะให้หลักประกันด้านความเหมาะสมและความปลอดภัยเพียงใด
- ผลลัพธ์การให้บริการการแพทย์แผนไทยเป็นอย่างไร (ในแง่ความปลอดภัย ความเหมาะสม/ประสิทธิผล/การตอบสนองปัญหาสุขภาพ ประสิทธิภาพ และประสบการณ์ของผู้ป่วย)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ข)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแนวทางการป้องกัน ● กลไกและมาตรการกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยแพทย์แผนไทย การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ รวมทั้งตัวชี้วัดที่ใช้กำกับดูแล	● ผลการติดตามตัวชี้วัดในการกำกับดูแลการให้บริการการแพทย์แผนไทย

ณ. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

(1) องค์การวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากร สำหรับการแพทย์ทางไกล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การวางระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - รูปแบบของการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การรับและส่งต่อข้อมูลด้านการแพทย์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือให้คำแนะนำการรักษา เช่น Teleradiology, TelePathology, Teledermatology เป็นต้น
 - การเฝ้าติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล (remote monitoring telemedicine)
 - การที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้ทันทีผ่านโทรศัพท์หรือระบบ Video Conference (interactive telemedicine)
 - ข้อบ่งชี้ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - แนวปฏิบัติในการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - ระบบสารสนเทศที่มีมาตรฐานและความปลอดภัยด้านสารสนเทศ สามารถยืนยันตัวตนของผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลได้
 - การจัดเตรียมและส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย

(2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การกำหนดแนวทางปฏิบัติก่อนที่จะให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล ซึ่งอาจจะเป็นการทบทวนประวัติเดิมของผู้ป่วยที่เคยมาติดตามรับการรักษา หรือการนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยตนเองก่อนเริ่มต้นให้บริการการแพทย์ทางไกล

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลและข้อจำกัดของบริการการแพทย์ทางไกล
- การขอรับความยินยอมจากผู้ป่วย และการทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพึงปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย

(3) ผู้ป่วยได้รับการบริการการแพทย์ทางไกล ในกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษา ตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรจัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การประเมิน วินิจฉัย วางแผน ส่งการรักษา
 - การบันทึกเวชระเบียนที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง
- ทีมดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

(4) ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรกำหนดแนวทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสำหรับบุคลากรวิชาชีพผู้ให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การกำหนดสิทธิในการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย
 - การกำหนดวิธีการในการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยที่ง่าย สะดวก ทันกาล
 - วิธีการรับความยินยอมจากผู้ป่วย

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพและนำมาดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดและแนวปฏิบัติดังกล่าว
 - กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
 - พระราชบัญญัติธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2562

- พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562
- กฎหมายเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์ กฎหมายเกี่ยวกับยา
- การยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการสถานพยาบาล
กรณีเพิ่มบริการการแพทย์ทางไกล
- แนวปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทยสภา เป็นต้น

(6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทางการแพทย์ทางไกลจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านการแพทย์ทางไกล
 - ควรเป็นการวางแผนร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ
 - แผนควรครอบคลุมการดูแลที่จำเป็น เช่น การติดตามสัญญาณชีพ การใช้ยา การทำหัตถการ การดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ หรือสมรรถภาพ การรักษาต่อเนื่องอื่นๆ เป็นต้น
- วิธีการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามแผน
 - การสื่อสารแผน
 - การบันทึกการปฏิบัติตามแผน
 - การติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผน

(7) ในกรณีที่คาดว่าจะการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทางการแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้หลักประกันความปลอดภัยในการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - ทีมผู้ให้บริการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างการดูแลผ่านบริการการแพทย์ทางไกล
 - ทีมผู้ให้บริการให้คำแนะนำในการสังเกตหรือเฝ้าระวัง รวมทั้งข้อบ่งชี้ที่จะต้องติดต่อกับทีมผู้ให้บริการ และช่องทางในการติดต่อ

- ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม
 - การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัว จัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง
 - ทางเลือกในการดูแลผ่านวิธีการอื่น
 - การส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 น)

- โรงพยาบาลให้บริการการแพทย์ทางไกลในภาวะปกติแก่ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง มีทิศทางในการขยายขอบเขตบริการด้านนี้อย่างไร มีการเตรียมความพร้อมในด้านคนและเทคโนโลยีอย่างไร
- ผลลัพธ์การให้บริการการแพทย์ทางไกลเป็นอย่างไร (ในแง่ความปลอดภัย ความเหมาะสม/ประสิทธิผล/การตอบสนองปัญหาสุขภาพ การลดภาระของผู้ป่วย และประสบการณ์ของผู้ป่วย)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 น)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการให้บริการการแพทย์ทางไกลและแนวทางการป้องกัน ● กลไกและมาตรการกำกับการให้บริการการแพทย์ทางไกล และตัวชี้วัดที่ใช้กำกับดูแล	● ผลการติดตามตัวชี้วัดในการกำกับดูแลการให้บริการการแพทย์ทางไกล

ณ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)

(1) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การกำหนดและใช้เกณฑ์ความเหมาะสมและความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - ทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดเกณฑ์ เช่น
 - สภาพของผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบ Intermittent Professional Care หรือไม่จำเป็นต้องได้รับ Continuous Care
 - เป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่จะเดินทางออกจากบ้านด้วยตนเอง
 - มีการกำหนดแนวทางการประเมินหรือคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่ระบุไว้
 - ทีมผู้ให้บริการนำเกณฑ์และแนวทางประเมินไปปฏิบัติ

(2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวันที่เป็น และความร่วมมือในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
 - ทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแนวทางการประเมินความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม ความพร้อมด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นและความพร้อมด้านอื่นๆ ที่สอดคล้องกับลักษณะความเจ็บป่วยและความต้องการในการดูแลที่บ้าน
 - ทีมผู้ให้บริการนำแนวทางการประเมินความพร้อมไปปฏิบัติ หากพบว่ามีعدمพร้อมหรือมีความเสี่ยงบางประการ ทีมผู้ให้บริการจะปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อแก้ไข ปรับปรุง ป้องกัน หรือระงับตามความเหมาะสม

(3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์วิชาชีพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน อาจมีได้ดังนี้
 - Companion Care หรือ Non-medical Care การมีผู้มาช่วยดูแลความเป็นอยู่และกิจวัตรทั่วไป เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหาร และงานบ้าน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้อย่างอิสระและปลอดภัย
 - Supervised Self-Care การให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีระบบติดตาม สนับสนุน และให้คำปรึกษา เช่น Home Isolation ในสถานการณ์ COVID-19, Home Ventilator Program, Home Nutrition Program เป็นต้น
 - Home Health Care การมีบุคลากรวิชาชีพไปเยี่ยมและให้การดูแลที่บ้านเป็นระยะในช่วงสั้นๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นตัว
 - Long-Term Nursing Care การที่มีพยาบาลให้การดูแลเป็นประจำที่บ้านเป็นระยะเวลาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังบาดเจ็บที่ต้องดูแลนานหรือทุพพลภาพ
- การประเมินความต้องการและวางแผน
 - ทีมผู้ให้บริการประเมินสถานะความเจ็บป่วย ความต้องการด้านสุขภาพ ความพร้อมของครอบครัว เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลที่บ้านและแผนการดูแลที่เหมาะสม

(4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันเวลา

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การกำหนดแนวทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสำหรับบุคลากรวิชาชีพผู้ให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ที่ง่าย สะดวก และทันเวลา เช่น
 - การเข้าถึงระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลได้ตลอดเวลาเสมือนผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล
 - การมีระบบสรุปข้อมูลและแผนการดูแลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - การขอสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของเวชระเบียน
 - รวมถึงควรพิจารณาการสรุปบันทึกความก้าวหน้าในการดูแล และบันทึกการขอและให้คำปรึกษาต่างๆ เข้าในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลด้วย

(5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การกำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลระหว่างการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเข้าสู่ระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
 - ข้อมูลที่ควรบันทึกเข้าระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน การดูแลรักษา ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลที่บ้าน และข้อมูลการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - วิธีการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม
 - ช่วงเวลาในการบันทึกข้อมูล เป็นการบันทึกแบบ Real Time หรือเป็นระยะตามที่กำหนด

(6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษา โดยมีระบบการติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - ช่วงเวลาในการวางแผน อาจจะเป็นการวางแผนในระหว่างที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล หรือเป็นการวางแผนจากการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน
 - ควรเป็นการวางแผนร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ
 - แผนควรครอบคลุมการดูแลที่จำเป็น เช่น การติดตามสัญญาณชีพ การใช้ยา การทำหัตถการ การดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพหรือสมรรถภาพ การรักษาต่อเนื่องอื่นๆ เป็นต้น
- วิธีการทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามแผน
 - การสื่อสารแผน
 - การบันทึกการปฏิบัติตามแผน
 - การติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผน

(7) กรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันการณ์ ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้หลักประกันความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - ทีมผู้ให้บริการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยแต่ละราย
 - ทีมผู้ให้บริการให้คำแนะนำในการสังเกตหรือเฝ้าระวัง รวมทั้งข้อบ่งชี้ที่จะต้องติดต่อกับทีมผู้ให้บริการ และช่องทางในการติดต่อ
 - ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม
 - การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัว จัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง
 - ทางเลือกในการดูแลผ่านวิธีการอื่น
 - การส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

(8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการควรประกอบด้วย
 - แพทย์เจ้าของไข้
 - ผู้รับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือ Case Manager
 - ทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะปฏิบัติจัดการดูแลหรือให้คำปรึกษาตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 น)

- ปัจจุบันมีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านในรูปแบบใดบ้าง มีโอกาสที่จะขยายให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในพื้นที่อย่างไร
- ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านเป็นอย่างไร (ในแง่ความปลอดภัย ความเหมาะสม/ประสิทธิผล/การตอบสนองปัญหาสุขภาพ การลดภาระของผู้ป่วย และประสบการณ์ของผู้ป่วย)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 น)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านและแนวทางการป้องกัน ● กลไกและมาตรการกำกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน และตัวชี้วัดที่ใช้กำกับดูแล	● ผลการติดตามตัวชี้วัดในการกำกับดูแลการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

SPA III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพ และสภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะของตนเอง.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของ ผู้ป่วย และสอดคล้องกับผลการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) และ ขีดความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- โครงสร้างและกลไกในการจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ควรมีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้เกี่ยวข้อง
 - ผู้ประสานงาน/คณะกรรมการรับผิดชอบการให้ความรู้
 - หน่วยสุศึกษาของโรงพยาบาล
 - ทีมดูแลสุขภาพ
- การประเมินเพื่อวางแผนให้ความรู้
 - ประเมินความต้องการ การเรียนรู้ในภาพรวมสำหรับกลุ่มผู้ป่วย และ ออกแบบวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสม
 - ยึดเป้าหมายสำคัญคือการเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อคงสุขภาพและสภาวะที่ดี
 - พิจารณากลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้ข้อมูล เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับฟังหรือแปลความหมายข้อมูล เป็นต้น
 - พิจารณากลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลและเสริมพลัง เพื่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลรักษา เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ การใช้เทคโนโลยีหรือวิธีการรักษาที่ผู้ใช้ต้องมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ผู้ป่วยที่คาดหวังให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น

- ประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยแต่ละรายจำเป็นต้องได้รับ และบันทึกไว้ในเวชระเบียน
 - ใช้ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยจากผลการประเมินผู้ป่วย (III-2) และแผนการดูแลผู้ป่วย (III-3)
 - สิ่ง que ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเรียนรู้ สำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
 - ตัวอย่างความต้องการของผู้ป่วยที่ควรพิจารณาควบคู่ไปกับปัญหาสุขภาพ เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ คำแนะนำการจัดการความเครียด การใช้ยา การปรับสภาพแวดล้อม แนวทางการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร และการจัดการกับยาเสพติด เป็นต้น
- ประเมินความสามารถและความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
 - ความเชื่อ ค่านิยม การรู้หนังสือ
 - อุปสรรคในการเรียนรู้ (เช่น อารมณ์ ร่างกาย การรับรู้ เป็นต้น)
 - อุปสรรคในการดูแลตนเอง (เช่น ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ สิ่งแวดล้อม เป็นต้น)
- ใช้ผลการประเมินในการวางแผนให้ความรู้และกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น
 - การให้ความรู้รายบุคคลหรือรายกลุ่ม
 - การได้รับคำปรึกษาตามโปรแกรมเฉพาะ เช่น การเลิกบุหรี่ การจัดการความเครียด เป็นต้น
 - การใช้สื่อการเรียนรู้เป็นตัวประกอบหรือเป็นตัวหลักสำหรับการเรียนรู้
 - การฝึกทักษะที่ต้องมีการลงมือปฏิบัติ

(2) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว:

- (i) ให้ข้อมูลที่จำเป็น
- (ii) ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและสุขภาพที่ดี
- (iii) กิจกรรมเหมาะสมกับปัญหา ท้นเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่น่าสนใจ
- (iv) มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ อย่างเหมาะสมกับปัญหา ท้นเวลา ชัดเจน เข้าใจง่าย
 - การสร้างการเรียนรู้เป็นรายกลุ่มหรือตามโปรแกรมเฉพาะ
 - เช่น โปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น
 - การสร้างการเรียนรู้เฉพาะราย
 - ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน
 - ตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละขณะ เช่น การใช้ยาอย่างปลอดภัย การใช้อุปกรณ์การแพทย์ ข้อเสนอแนะด้านอาหารและโภชนาการ การบำบัดความปวด การทำกายภาพบำบัด การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น
- ทีมผู้ให้บริการใช้วิธีการให้ข้อมูลและความรู้ที่เหมาะสม
 - กระทำในเวลาที่เหมาะสม
 - มีความชัดเจน เป็นที่น่าสนใจ
 - เป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว
 - เปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร
 - มีกระบวนการช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้อื่นๆ เช่น การใช้เอกสาร การใช้วีดิทัศน์ การสอบถามความรู้ เป็นต้น
- ทีมผู้ให้บริการประเมินการรับรู้
 - การประเมินรายบุคคล เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติ และเต็มเต็ม

- การพัฒนาผู้ให้ความรู้
 - ด้านเนื้อหาความรู้
 - ด้านทักษะการสื่อสารและสร้างกระบวนการเรียนรู้

(3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจในผู้ป่วยแต่ละราย
 - สิ่ง que ผู้ป่วยประสบ
 - ความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย เช่น ต้องการความมั่นใจในความปลอดภัย ความเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ความสูญเสีย ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความหวัง เป็นต้น
 - กลไกการตอบสนองเหตุการณ์ของผู้ป่วยและลำดับขั้นตอนของการปรับตัว
- ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว
 - การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจในการดูแลประจำวัน ด้วยความเป็นกันเองและเป็นมิตร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก
 - การให้การดูแลแบบ Compassionate Care เช่น การใช้ Patient's Board เพื่อบันทึกความต้องการของผู้ป่วยและเป้าหมายการดูแลร่วมกัน เป็นต้น
 - การแนะนำทักษะในการจัดการกับภาวะที่ยุ่งยาก (coping with distress skills)
 - การใช้การบำบัดต่างๆ เช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น
 - สร้างสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายในทุกพื้นที่บริการของโรงพยาบาล
 - การพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือและคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ
 - การพิจารณาให้ความช่วยเหลือด้านสังคมซึ่งมีผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย

(4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งติดตาม**เพิ่มปัจจัยเอื้อและลดปัญหาอุปสรรค**เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) สำหรับผู้ป่วย
 - ทบทวนและคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่การวางแผนดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญ เช่น ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ต้องมีการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยที่อาศัยวิธีการรักษาหลายอย่างประกอบกัน เป็นต้น
 - ร่วมกันกำหนดแนวทาง/แผนการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย โดยพิจารณาความต่อเนื่องกับ Discharge Plan
 - Discharge Plan ซึ่งผู้ให้บริการดำเนินการระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลคือการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ ขณะที่ Self-care Plan คือสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ
 - Self-care Plan ที่ต่อเนื่องกับ Discharge Plan ควรแยกให้ชัดเจนระหว่าง (1) สิ่ง queผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำที่สามารถทำได้ง่ายโดยใช้ Reminder ต่างๆ เช่น การรับประทานยา เป็นต้น (2) สิ่ง queผู้ป่วยต้องมี Commitment ในการปฏิบัติตัว ซึ่งควรมีเป้าหมายที่ค่อยๆ ขยับให้ก้าวหน้าขึ้นเป็นลำดับขั้น เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น (3) สิ่ง que Care Giver ต้องเป็นผู้ให้การดูแล เช่น การดูแลต่อช่วยหายใจหรือสายสวน เป็นต้น
 - มีกระบวนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน
 - สร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว
 - ถ้าเป็นไปได้ ควรระบุเป้าหมาย queผู้ป่วยสามารถติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผนได้ด้วยตนเอง
 - จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการรับรู้ปัญหาและติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

- ร่วมเรียนรู้กับผู้ป่วยในการที่วางแผนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีการกำหนดทั้งเป้าหมายและกลยุทธ์
- ทีมผู้ให้บริการติดตามการนำแผนการดูแลตนเองไปปฏิบัติ
 - ใช้ช่องทางที่เหมาะสมและได้ผล เช่น การโทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น
 - รับรู้ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองและให้ความช่วยเหลือเฉพาะราย
 - นำโอกาสพัฒนาในเชิงระบบงานมาดำเนินการ

(5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตาม Discharge Plan ของผู้ป่วยแต่ละราย
 - ทบทวนกิจกรรมเสริมทักษะที่โรงพยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การทำแผล ฉีดยา พ่นยา ประกอบอาหาร กายภาพบำบัด ดูแลสายสวน ดูดเสมหะ เปลี่ยนถุงอุจจาระ เป็นต้น
 - สังเกตลักษณะการจัดกิจกรรมเสริมทักษะว่าก่อให้เกิดสัมฤทธิ์ผลที่พึงประสงค์ทั้งในด้านเทคนิค ความสัมพันธ์ การเคารพศักดิ์ศรี และเกิดความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติ
 - ติดตามปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวนำไปปฏิบัติในชีวิตจริง

(6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการประเมินการจัดการเรียนรู้และเสริมพลัง
 - ประสานข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น การโทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน การมาตรวจติดตามที่หน่วยผู้ป่วยนอก ข้อมูลจากเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นต้น
 - ประเมินความเพียงพอและเหมาะสมของเนื้อหา

- ประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้ เช่น ความเข้าใจ การปฏิบัติ
ข้อจำกัดในการนำไปปฏิบัติ เป็นต้น
- ประเมินประสิทธิผลของการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาการดูแลตนเอง
- ทีมผู้ให้บริการปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และเสริมพลัง
 - ใช้ผลการประเมินที่ได้รับ ร่วมกับหลักการต่อไปนี้
 - ใช้หลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่
 - ใช้ประสบการณ์และปัญหาของผู้ฟังมาสร้างกระบวนการเรียนรู้
 - เน้นประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำความรู้ไปปฏิบัติ
 - สร้างความมั่นใจว่าเวลาที่ทั้งสองฝ่ายใช้ไปเป็นเวลาที่ก่อให้เกิด
คุณค่าอย่างแท้จริง

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (ภาวสมของ III-5)

- การประเมินปัญหา/ความต้องการ และการวางแผน
 - การประเมินผู้ป่วยครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย,
ขีดความสามารถ ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้
และดูแลตนเอง ครบถ้วนหรือไม่ มีประเด็นใดที่มักจะเป็นจุดอ่อนในการ
ประเมิน
 - (จากการสัมภาษณ์ทวนเวชระเบียน) มีแผนและกิจกรรมการเรียนรู้ที่ชัดเจนใน
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง แผนดังกล่าวสอดคล้องกับผลการประเมินผู้ป่วยอย่างไร
มีบทเรียนในการนำข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อม
ในการเรียนรู้และดูแลตนเองมาใช้ในการวางแผนการเรียนรู้อย่างไร
- การจัดกิจกรรมการเรียนรู้
 - การให้ข้อมูลมีความเหมาะสมกับปัญหา เวลา ชัดเจน เป็นที่เข้าใจง่าย
เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้และนำไปปฏิบัติของผู้ป่วย/ครอบครัว
เพียงใด
 - (ถามผู้ป่วย) ถามผู้ป่วยที่ใกล้จะได้กลับบ้านหรือกำลังจะกลับบ้านว่าการ
นอนโรงพยาบาลครั้งนี้ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเพิ่มเติมในเรื่องอะไรบ้าง
เรียนรู้จากอะไร มีสิ่งใดที่คิดว่าอยากจะเรียนรู้เพิ่มเติมอีก
 - (จากการสัมภาษณ์สัมภาษณ์ผู้ป่วยและติดตามผลหลังจำหน่าย) ผลของ
การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค
วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อม
ที่บ้านเพิ่มขึ้นเพียงใด

- การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ
 - (สุ่มเยี่ยมผู้ป่วย) ถามผู้ป่วยว่ามีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจบ้างหรือไม่ ถ้ามี ได้รับความช่วยเหลืออย่างไร
 - (ทบทวนเวชระเบียน) มีการประเมินปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ และความเครียดจากการเจ็บป่วยได้ดีเพียงใด มีการจัดการกับปัญหาที่พบได้ดีเพียงใด
- การวางแผนการดูแลตนเอง
 - มีผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่มีการจัดทำกลยุทธ์หรือแผนการดูแลตนเองโดยผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างชัดเจน แผนดังกล่าวเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพียงใด แผนระบุแนวทางในการติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ครอบครัว หรือไม่ อย่างไร
 - กระบวนการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนได้ผลดีเพียงใด กลุ่มที่ยากในการกระตุ้นคือกลุ่มใด มีบทเรียนอะไรในการกระตุ้นผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว
 - (ถามผู้ป่วย) ถามผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องด้วยตนเองว่ามีความชัดเจนในสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพียงใด
 - (ถามผู้ป่วย) ถามผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อเมื่อมีปัญหา ถามผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ว่ามีความต้องการช่วยเหลืออะไรเกิดขึ้น ติดต่อขอความช่วยเหลือจากใคร และได้รับการช่วยเหลืออย่างไร
- การจัดกิจกรรมเสริมทักษะ
 - ผู้ป่วยได้รับการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นเพียงพอหรือไม่ มีวิธีการประเมินอย่างไรว่าผู้ป่วยมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้ มีการติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วย/ครอบครัว ปัญหา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร
 - (ถามผู้ป่วย) ระหว่างนอนโรงพยาบาล ได้รับการสอนให้ทำอะไรบ้างเพื่อดูแลตนเอง การเข้าอบรมนั้นทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพียงใด
- การปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้
 - มีการปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวอะไรบ้างในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาอะไรบ้าง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-5)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และ กิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็น ● แนวทางการให้ความช่วยเหลือด้าน อารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา ● แนวทางการจัดทำแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) และการติดตามการ นำไปใช้ ● การปรับปรุงการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และกิจกรรมเสริมทักษะ	● ประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมการ เรียนรู้และกิจกรรมเสริมทักษะให้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว ● ความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว (ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ) ในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (อาจประเมินจากข้อมูลการติดตาม ทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน การติดตามที่ OPD)

SPA III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

ก. การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด (Discharge, Monitor and Follow-up)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีและปฏิบัติตามแนวทางการจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (health status) และความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ
 - นโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจำหน่าย การติดตามและการดูแลตามนัด ที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นประกอบ
 - มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย เช่น ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับการดูแลในระดับที่สูงขึ้นอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยกลับบ้านที่ไม่สามารถเดินทางด้วยพาหนะปกติ เป็นต้น
 - เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ในการจำหน่ายผู้ป่วยที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย
- ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนด

(2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่าย

- (i) แจ้งในเวลาที่เหมาะสม
- (ii) ให้ข้อมูลแก่เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง
- (iii) มีระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้
- (iv) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมาตามนัด ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ
- (v) มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่าย
 - แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสเตรียมตัว และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามกำหนดเวลาที่วางแผนไว้
 - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ
 - ผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากการจำหน่าย
 - การดูแลต่อเนื่องที่จะเกิดขึ้น
 - ความรู้ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย มีการทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ
 - คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจรักษาตามนัด
 - จัดระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้
 - จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษาในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ระบบการนัดติดตาม ภาวะที่ควรได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน และคำแนะนำสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
 - จัดระบบติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด
 - จัดระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม
 - การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
 - การมีทีมเยี่ยมบ้านไปติดตามดูแลให้ความช่วยเหลือที่บ้าน
 - การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

(3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายา น้ำยา หรือ วัสดุการแพทย์ ที่ผู้ป่วย ได้รับเมื่อมีการจำหน่ายเป็นไปตามแผนการรักษาล่าสุดของแพทย์และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบยา น้ำยา หรือวัสดุการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อจำหน่าย
 - ดำเนินการตามกระบวนการ Medication Reconcile โดยทบทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์เทียบกับรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่ออยู่ที่บ้านและเมื่อรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล
 - ปรีกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามข้อตกลงของโรงพยาบาล
 - กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมที่ต้องดูแลโดยแพทย์หลายสาขา ควรส่งเสริมให้แพทย์ท่านหนึ่งเป็นเจ้าของผู้ป่วยหลักที่จะทบทวนให้มีการใช้ยาเท่าที่จำเป็น
 - ยึดแนวทางขององค์การอนามัยโลกในการดูแลผู้ป่วยที่มี Multimorbidities โดยไม่ต้องใช้ยาทุกตัวตามที่ระบุไว้ใน Single Disease-based Clinical Guidelines ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย (WHO 2016. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care)
 - เบิกจ่ายยา น้ำยา หรือวัสดุการแพทย์ตามคำสั่งการรักษาให้มีจำนวนเพียงพอตามแผน
 - ตรวจสอบยา น้ำยา หรือวัสดุการแพทย์ให้ถูกต้องครบถ้วน ก่อนส่งมอบแก่ผู้ป่วย

(4) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล
 - สร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ ในการติดตามดูแลผู้ป่วย และการให้บริการต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพให้แก่สถานพยาบาลที่ให้การดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยที่ต้องรับดูแล
- จัดระบบการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้ผู้ที่จะดูแลต่อเนื่องรับทราบข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย [ดู III-6 ก(6)]
- บูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง
- ทีมผู้ให้บริการทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา
 - รับรู้ความรู้สึก ความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อสถานพยาบาล ใกล้บ้าน ตลอดจนติดตามคุณภาพของการดูแลที่เกิดขึ้น วางแผนร่วมกับสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมั่นใจว่าจะได้รับการที่มีคุณภาพ เช่น การพัฒนาศักยภาพ ทรัพยากร การสื่อสารข้อมูล การให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาล เป็นต้น

(5) บันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล

- (i) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันกาล
- (ii) เวชระเบียนผู้ป่วยในมีสรุปรายงานจำหน่ายที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง
- (iii) มีสรุปแนวทางการดูแลรักษา (profiles of medical care) ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือมีการดูแลที่ซับซ้อน ที่ทีมผู้ให้บริการสามารถใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการบันทึกเวชระเบียนที่เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล
 - บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันกาล
 - สรุปรายงานการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่องไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน
 - สรุปเหตุผลของการรับไว้ดูแล การวินิจฉัยโรค และโรคร่วม
 - ผลการตรวจร่างกายและการตรวจอื่นๆ ที่สำคัญ
 - หัตถการเพื่อการวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษาที่ได้ทำกับผู้ป่วย
 - ยาสำคัญที่ให้แกผู้ป่วย รวมทั้งยาที่ส่งจ่ายเมื่อจำหน่ายทั้งหมด
 - สภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
 - ข้อเสนอแนะในการดูแลต่อเนื่อง

- เวชระเบียนผู้ป่วยนอกมีสรุปแนวทางการรักษา (profiles of medical care หรือ outpatient profile) เพื่อให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้
 - โรงพยาบาลกำหนดประเภทของผู้ป่วยนอกที่ต้องจัดทำสรุปแนวทางการดูแลรักษา (พิจารณาจากการวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนหรือการดูแลที่ซับซ้อน)
 - ทีมแพทย์แต่ละสาขากำหนดข้อมูลที่จำเป็นต้องบันทึกในสรุปแนวทางการรักษา
 - โรงพยาบาลทำให้มั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและทบทวน Outpatient Profile ได้ง่าย
 - มีการประเมินว่า Outpatient Profile สามารถตอบสนองความต้องการของแพทย์และยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยนอกได้เพียงใด

(6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย การติดตาม และดูแลตามนัด ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการสื่อสารข้อมูล เพื่อการดูแลต่อเนื่องให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
 - สื่อสารข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง
 - สื่อสารข้อมูลการติดตามและการดูแลตามนัด
 - คำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย

(7) หลังการจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการรับรู้ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวหลังจำหน่าย เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง เช่น การใช้โทรศัพท์ติดตามการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น
- ทีมผู้ให้บริการทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา
 - กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการกลับมาติดตามรักษาตามนัด ควรเรียนรู้เหตุผลความจำเป็นหรือข้อจำกัด เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานของโรงพยาบาล และแก้ไขปัญหาเฉพาะราย
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือและคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ควรพิจารณาถึงความสามารถ ปัญหาอุปสรรค ความยากลำบากของผู้ป่วยแต่ละรายในการเข้าถึงระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาของโรงพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานของโรงพยาบาล และแก้ไขปัญหาเฉพาะราย

(8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรวางแผนทางปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษา
 - การยืนยันที่อยู่และช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือครอบครัวเพื่อการติดตาม
 - ระบุผู้รับผิดชอบ กำหนดเวลาติดตาม วิธีการติดตาม การบันทึก ข้อบ่งชี้ที่จะต้องมีการรายงานหรือขอคำปรึกษา
- ทีมผู้ให้บริการ
 - ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - รวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับเหตุผลของการไม่สมัครใจรับการรักษาและผลที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์และปรับปรุงบริการ

บ. การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral)

(1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยตามสถานะและความต้องการของผู้ป่วย โดยมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องทำความเข้าใจขอบเขตของการส่งต่อผู้ป่วยในมาตรฐานข้อนี้
 - การส่งต่อผู้ป่วย (patient referral) ครอบคลุมการส่งผู้ป่วยไปรับบริการยังสถานพยาบาลอื่น หรือหน่วยงานอื่นในสถานพยาบาลเดียวกัน [ดู III-4.1 ก(6) ร่วมด้วย สำหรับกรณีส่งต่อภายในสถานพยาบาลเดียวกัน]
 - วัตถุประสงค์ของการส่งต่อ คือการส่งไปรับบริการที่จำเป็น เช่น การตรวจวินิจฉัย การรักษา การรักษาหรือการดูแลต่อเนื่อง เป็นต้น
- องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อการดูแลอย่างปลอดภัย
 - ระบุข้อบ่งชี้ในการส่งต่อบนพื้นฐานสถานะของผู้ป่วยและระดับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
 - ระบุการพิจารณาความสามารถของผู้รับการส่งต่อในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
 - ระบุแนวทางการประสานการดูแลและส่งต่อข้อมูลความต้องการที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อและรับผู้ป่วย [ดู III-6 ข(2)]
 - ระบุวิธีการและจังหวะเวลาในการส่งมอบความรับผิดชอบระหว่างผู้ส่งต่อกับผู้รับ
 - ระบุบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการส่งต่อ
 - ระบุการปฏิบัติในสถานการณ์ที่ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้
- ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

(2) ทีมผู้ให้บริการประสานงานกับหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่จะรับการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย (transfer of care) อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการประสานงานกับหน่วยงาน/สถานพยาบาลเพื่อส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (transfer of care) อย่างเหมาะสมและปลอดภัย
 - ความต้องการของผู้ป่วยและลักษณะการดูแลที่คาดหวังจากสถานพยาบาลที่จะรับดูแลผู้ป่วยต่อ
 - ข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็นเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และสิ่งที่สถานพยาบาลที่จะรับดูแลผู้ป่วยต้องเตรียมพร้อม
 - รายละเอียดการส่งตัวผู้ป่วย เช่น กำหนดเวลา วิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

(3) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางการส่งต่อการดูแล การประสานงาน การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ครบถ้วน และมีแนวทางการติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- แนวทางการส่งต่อการดูแล
 - มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อเนื่องที่องค์กรอื่น โดยคำนึงถึงอันตราย การดูแลระหว่างส่งต่อ การส่งมอบหน้าที่ และการจัดการหากไม่สามารถส่งต่อได้
 - มีการพิจารณาความสามารถของสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วย
- การประสานงาน การสื่อสารข้อมูล
 - จัดให้มีการประสานงานที่ดีระหว่างทีมผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อทันเวลาและเหมาะสม
 - จัดให้มีการสื่อสารข้อมูลที่เพียงพอ [ดู III-6 ข(4)]
 - สรุปข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย (สถานะของผู้ป่วยและการดูแลที่ได้ให้ไป) เป็นลายลักษณ์อักษร ส่งให้แก่หน่วยบริการที่จะดูแลต่อเนื่องไปพร้อมกับผู้ป่วย หรือส่งให้ล่วงหน้า
 - จัดระบบการรักษาความลับของผู้ป่วยในการสื่อสารข้อมูล

(4) ทีมผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้งในเวชระเบียนและเอกสารการส่งต่อ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง
 - มีสรุปข้อมูลการดูแลเมื่อจำหน่าย (discharge summary) เก็บในเวชระเบียนผู้ป่วย
 - มีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยในเวชระเบียน ระบุชื่อสถานพยาบาลและบุคคลที่ตกลงจะรับผู้ป่วย เหตุผลในการส่งต่อ เงื่อนไขพิเศษต่างๆ สภาวะผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในขณะส่งต่อ และข้อมูลอื่นๆ ตามนโยบายขององค์กร
 - มีการบันทึกข้อมูลในเอกสารการส่งต่อเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย
 - การวินิจฉัยโรค
 - สภาวะของผู้ป่วยเมื่อส่งต่อ
 - หัตถการและการบำบัดรักษาที่ได้ให้แก่ผู้ป่วย
 - การดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ
 - มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

(5) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัว ช่างข้อ ความเร่งด่วน กำหนดเวลา หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ และความเสี่ยง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - ช่างข้อ
 - ความเร่งด่วน กำหนดเวลา
 - หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ
 - ความเสี่ยง

(6) ทีมผู้ให้บริการใช้ข้อมูลป้อนกลับ จากผู้ป่วย ครอบครัว หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่รับดูแลต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนการส่งต่อ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการติดตามข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนส่งต่อ
 - แหล่งข้อมูลอาจจะเป็น ผู้ป่วย ครอบครัว หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่รับดูแลต่อ
 - ข้อมูลที่ติดตาม
 - ผลลัพธ์สุดท้ายของการดูแล
 - ความเหมาะสมของการดูแลก่อนส่งต่อ
 - ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Patient Transport)

(1) ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาลเพื่อควบคุมภาวะคุกคามชีวิตให้มั่นใจว่าผู้ป่วย อยู่ในสภาพคงที่ (stabilization) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาลที่จำเป็น ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะคุกคามชีวิตหรือไม่
 - ให้การรักษายาบาลให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพคงที่ (stabilization) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ขอคำแนะนำจากสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยตามความเหมาะสม

(2) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีสมรรถนะ/ขีดความสามารถ มีการเฝ้าติดตาม และสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การจัดระบบเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - มีการประเมินความต้องการด้านการเคลื่อนย้าย เมื่อจะมีการส่งต่อผู้ป่วยหรือส่งกลับบ้าน
 - การกำหนดระยะเวลาที่พร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
 - การเคลื่อนย้ายที่จัดให้หรือจัดหาที่มีความเหมาะสมกับความต้องการและสภาวะของผู้ป่วย
 - มีกระบวนการติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้าย รวมถึงกระบวนการร้องเรียน
- ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสม
 - จัดให้มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย ให้การดูแลและเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย
 - มีการดูแลและเฝ้าติดตามที่เหมาะสม
 - การเฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้
 - ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ ยา สารน้ำ เลือด ออกซิเจน และสารอื่นๆ ผ่านอุปกรณ์ต่างๆ
 - การบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น
 - จัดระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างการเคลื่อนย้าย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดปัญหา
 - มีอุปกรณ์การสื่อสารที่พร้อมใช้
 - มีข้อบ่งชี้ในการสื่อสารและขอความช่วยเหลือ
 - มีความชัดเจนว่าจะสื่อสารและขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใดระหว่างการเคลื่อนย้าย

- (3) องค์กรมีหลักประกันความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล
- (i) บริการขนส่งผู้ป่วยเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
 - (ii) ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สามารถสื่อสารและปรึกษากับสถานพยาบาลที่ส่งต่อหรือที่จะรับผู้ป่วยได้สะดวก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรสร้างหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล
 - บริการขนส่งผู้ป่วยเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - ยานพาหนะ
 - จัดระบบให้ยานพาหนะที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัย มีการเตรียมความพร้อมของยานพาหนะ การบำรุงรักษาและตรวจสภาพอย่างสม่ำเสมอ
 - จัดทำข้อกำหนดว่าด้วยคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายสำหรับยานพาหนะที่ได้มาตามสัญญาจ้าง และตรวจสอบให้เป็นไปตามข้อกำหนด
 - เป็นไปตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่โรงพยาบาลกำหนด
 - อุปกรณ์และเรื่องอื่นๆ
 - จัดเตรียมอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
 - เตรียมอุปกรณ์เพื่อการสื่อสารและปรึกษากับสถานพยาบาลที่ส่งต่อหรือที่จะรับผู้ป่วยได้สะดวก
 - กำหนดคุณสมบัติของพนักงานขับรถและทำให้มั่นใจว่าพนักงานขับรถมีคุณสมบัติตามที่กำหนด
 - จัดระบบติดตามและควบคุมความเร็วของการให้ยานพาหนะ เพื่อความปลอดภัย

(4) องค์กรมีระบบตรวจสอบหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรตรวจสอบหรือทบทวนอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ใช้ Risk Register เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยง วางแนวทางป้องกัน และทบทวนอย่างสม่ำเสมอ
 - จัดให้มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ
 - ทำให้มั่นใจว่ามีการตอบสนองต่ออุบัติการณ์อย่างเหมาะสม
 - ทำ RCA ตามข้อบ่งชี้ และนำผลมาปรับปรุงกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (ภาพรวมของ III-6)

- การติดตามดูแลต่อเนื่อง
 - ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวกลับมารับการดูแลต่อเนื่องตามกำหนดนัดหมายเพียงใด มีการปรับปรุงระบบนัดหมายและการติดตามอย่างไร
 - ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (ซึ่งดำเนินงานโดยโรงพยาบาลเอง) กลุ่มใดบ้างที่สามารถเข้าถึงระบบช่วยเหลือดังกล่าวได้ กลุ่มใดบ้างที่ยากลำบากในการเข้าถึงระบบช่วยเหลือ
 - ถามผู้ป่วยที่เคยนอนโรงพยาบาลและมาติดตามที่ OPD ว่าได้รับคำแนะนำอะไรเมื่อออกจากโรงพยาบาล? การนัดติดตามตรวจมีความชัดเจนเพียงใด ได้รับทราบช่องทางขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลืออะไรบ้าง
- การสร้างความร่วมมือและประสานงาน
 - หน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลต่อเนื่องได้แก่อะไรบ้าง มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใด มีการสร้างความร่วมมือและประสานงานกันอย่างไร
 - การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพดีเพียงใด ทั้งการให้ข้อมูลแก่หน่วยบริการที่รับดูแลต่อเนื่อง และการรับข้อมูลจากหน่วยบริการที่รับดูแลต่อเนื่อง
 - มีการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายอย่างไร

- มีการพัฒนาศักยภาพให้แก่หน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลต่อเนื่องอย่างไร การพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยที่ต้องรับดูแลอย่างไร
- (ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง) ถามพยาบาลหน่วย Home Health Care หรือผู้มีหน้าที่ติดตาม สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายว่ามี การวางแผนและเตรียมตัวอย่างไร มีการประสานกับหน่วยบริการสุขภาพ ในพื้นที่อย่างไร สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยในความรับผิดชอบและโทรศัพท์พุดคุยกับผู้ป่วย/สถานพยาบาลในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย
- การส่งต่อและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - (ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง) ถามพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน การจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่น ว่ามีข้อแนะนำอะไร เพื่อให้การจำหน่ายและการส่งต่อเป็นไปอย่างราบรื่น ทันเวลา ปลอดภัย
 - (ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง) ถามพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน การไปส่งผู้ป่วยกับรถพยาบาล ว่าได้รับการฝึกอบรมอย่างไร มีการเตรียมตัว สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร มีการ Monitor และสื่อสารข้อมูล ระหว่างการเดินทางอย่างไร ยานพาหนะ/อุปกรณ์การแพทย์/เวชภัณฑ์ มีความพร้อมเพียงใด
- การบันทึกและติดตาม
 - (จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียน) ข้อมูลที่บันทึกไว้มีความเพียงพอสำหรับ การดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับมาติดตามรับการรักษาที่โรงพยาบาลเพียงใด
 - (จากการติดตามผลจากผู้ป่วยโดยตรงและหน่วยบริการสุขภาพที่รับ ดูแลต่อเนื่อง) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ตอบสนองต่อปัญหาได้ดี เพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-6)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ● แนวทางการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ● แนวทางการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย การตอบสนอง/ให้ความช่วยเหลือ และการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย	การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ● ประสิทธิภาพในการนัดหมายและติดตาม เช่น อัตราการมาตรวจตามนัดหรือ อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยบางกลุ่ม ● ประสิทธิภาพของระบบให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษา ● ตัววัดที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลต่อเนื่อง เช่น TB Conversion Rate, Viral Load, CD4, การพัฒนาการสมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น ● ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลต่อเนื่องที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น Aspiration Pneumonia, UTI, Pressure Injury เป็นต้น
การส่งต่อผู้ป่วย ● แนวทางการประสานงานและสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งต่อ ● การใช้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนส่งต่อ	การส่งต่อผู้ป่วย ● ความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคและการดูแลก่อนส่งต่อ ● ความเหมาะสม ปลอดภัย และประสิทธิภาพของการดูแลระหว่างส่งต่อผู้ป่วย
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ● แนวทางการเตรียมความพร้อมของยานพาหนะ/อุปกรณ์/เวชภัณฑ์ ● แนวทางการดูแลและเฝ้าติดตามระหว่างการเคลื่อนย้าย	การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ● อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ● ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการเคลื่อนย้าย

“**SPA** เป็นแนวทางสำหรับสถานพยาบาลในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

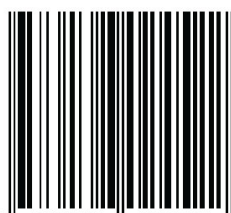
และสามารถทำการประเมินผล เพื่อรับรู้ความสำเร็จ และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง

โดยใช้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับ ซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลการปฏิบัติตามมาตรฐาน

ประกอบด้วย เกณฑ์มาตรฐาน (**Standards**), กิจกรรมที่ควรดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรม (**Practice**),

และ ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง (**Assessment**)”

978-616-8024-52-2



9 786168 024522

ราคา 200 บาท



SPA

(Standards-Practice-Assessment)

Part I

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 1

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



SPA

(Standards-Practice-Assessment)

Part I

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 1

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part I

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ธันวาคม 2564

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part I

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.--นนทบุรี: สถาบัน, 2552.

152 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. 2. โรงพยาบาล--บริการส่งเสริมสุขภาพ--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

ISBN 978-616-8024-50-8

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทร. 0 2903 8257-9

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป ซึ่งมีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐานสามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น ซึ่งเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ ซึ่งเป็นการขยายความ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ.เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
กันยายน 2565

คำนำของผู้เรียบเรียง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation คือเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ทั้งในส่วนกิจกรรมที่ควรดำเนินการ (practice) และประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง (assessment)

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นก่อนๆ และให้แนวทางสำหรับการค้นหาประเด็นที่มีความสำคัญตามบริบทขององค์กร โดยประมวลข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด รวมทั้ง Extended Evaluation Guide (EEG) สำหรับ Advanced HA และคำขยายความของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA/TQA)

การชี้ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายของการนำไปปฏิบัติ อาจจะมากเกินไปสำหรับบางองค์กรที่อยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำขององค์กรที่จะพิจารณาว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ แต่สำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ Advanced HA แล้ว ทั้งหมดที่อยู่ในคู่มือนี้คือสิ่งที่พึงใช้ความพยายามดำเนินการให้มากที่สุด

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ Performance ขององค์กร

นพ.อนวัจน์ สุภชติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

กันยายน 2565

คำนำ III

คำนำของผู้เรียบเรียง..... IV

สารบัญ V

แนวคิด 1

SPA I - 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership) 3

SPA I - 1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม
(Governance and Societal Contributions) 17

SPA I - 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development).....30

SPA I - 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation).....41

SPA I - 3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
(Patient/Customer Needs and Expectations) 46

SPA I - 3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
(Patient/Customer Engagement) 55

SPA I - 3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights) 63

SPA I - 4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร
(Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance)....71

SPA I - 4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้
(Information and Knowledge Management).....79

SPA I - 5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment) 87

SPA I - 5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement).....	103
SPA I - 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes).....	117
SPA I - 6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness).....	132
ภาคผนวก ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ I ในระดับหน่วยงาน.....	142

SPA (Standards–Practice–Assessment)

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักขระที่เพิ่มขึ้นคือ “P” “P” คือ Practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 นี้ มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

ในส่วน **P – Practice** ของ SPA สรพ.ได้จัดทำเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ระบุถึงแนวคิดสำคัญที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือเรียนรู้ที่ควรเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)

- สิ่งที่เราควรเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ โรงพยาบาลพิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วนของ Context และ Study หรือ Learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิดเพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

SPA I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

- (1) ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร:
 - (i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ;
 - (ii) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร และการทำงานเป็นทีม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความมุ่งหมายและการใช้ประโยชน์ของวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม
 - วิสัยทัศน์ คือภาพอนาคตหรือทิศทางที่องค์กรจะมุ่งไป สิ่งที่ตั้งใจจะเป็นสิ่งที่อยากให้ผู้อื่นรับรู้ (Where are we going) มีไว้เพื่อสร้างความฝันและแรงบันดาลใจ
 - พันธกิจ คือการระบุเหตุผลที่มีการจัดตั้งองค์กร (Why does the organization exist)
 - ค่านิยม คือหลักการชี้นำและพฤติกรรมซึ่งเป็นที่คาดหวังว่าองค์กรและคนในองค์กรจะยึดถือในการปฏิบัติ
 - ศึกษาเปรียบเทียบ Core Values & Concepts หรือ Principles ของ HA, MBNQA/TQA และ ISO9000 จากตารางข้างล่าง

HA 2006	MBNQA/TQA 2022	ISO9000: 2015
ทิศทางนำ		
Visionary Leadership	2. Visionary Leadership	2. Leadership
Systems Perspective	1. Systems Perspective	5. System Approach to Management 8. Mutually Beneficial Supplier Relationships

HA 2006	MBNQA/TQA 2022	ISO9000: 2015
Agility	5. Agility & Resilience	
ผู้รับผล		
Patient/Customer Focus	3. Customer-focused Excellence	1. Customer Focus
Focus on Health		
Community Responsibility	9. Societal Contribution	
คนทำงาน		
Value on Staff	4. Valuing People	3. Involvement of People
Individual Commitment		
Teamwork		
Ethic & Professional Standards	10. Ethic & Transparency	
การพัฒนา		
Creativity & Innovation	7. Focus Success & Innovation	
Management by Fact	8. Management by Fact	7. Factual Approach to Decision
Continuous Process Improvement		4. Process Approach, 6. Continual Improvement
Focus on Results	11. Delivering Value and Results	
Evidence-based Approach		
พาเรียนรู้		
Learning	6. Organizational Learning	
Empowerment		

- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ ขององค์กร
 - ทบทวนว่าพันธกิจระบุชัดว่าองค์กรต้องทำอะไรหรือให้คุณค่าอะไรให้กับชุมชนที่ให้บริการ ในลักษณะที่กระชับ
 - ตรวจสอบให้มั่นใจว่าวิสัยทัศน์นั้นจับใจ จำได้ ทำได้ เข้าใจ จุดประกายมีความหมายต่อทุกคน
 - ทบทวนว่าวิสัยทัศน์ขององค์กรเหมาะสมที่จะเป็นตัวกำหนดบริบทสำหรับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- ผู้นำระดับสูงเทียบเคียงและเชื่อมโยงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH พยายามใช้ประโยชน์จากค่านิยมขององค์กร และครอบคลุมค่านิยมของ HA/HPH ที่สำคัญครบถ้วน
 - ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยันทบทวน
 - เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด
 - ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ (ขยายความเป็น 17 ข้อตามภาคผนวก 2 ของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 หน้า 218-236)

- ค่านิยม Systems Perspective เป็นพื้นฐานสำคัญที่สุด ประกอบด้วย
 - Synthesis เห็นการปรากฏอยู่และความเชื่อมโยงของระบบ/หน่วยงาน ต่างๆ ในองค์กร เป็นองค์รวมที่เป็นเนื้อเดียวกัน (unified whole) มีความเคารพในองค์ประกอบย่อยต่างๆ เหล่านั้น รับรู้และตอบสนองความต้องการของกันและกัน ให้ทุกข้อต่อของห่วงโซ่มีความแข็งแรง
 - Alignment ทำความเข้าใจและนำมาปฏิบัติซึ่งถ้อยคำหลักขององค์กร (วิสัยทัศน์ ค่านิยม สมรรถนะหลัก) ในทุกระดับมีความสอดคล้องกันของเป้าหมาย แผน กระบวนการ ตัววัด ปฏิบัติการ
 - Integration องค์ประกอบ/ระบบงาน/หน่วยงานต่างๆ ทำงานอย่างเชื่อมโยงกัน เป็นหนึ่งเดียวกัน เอื้อต่อกันและกันเพื่อผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ทำความเข้าใจกับค่านิยมที่สัมพันธ์กับวัฒนธรรมองค์กรที่มาตรฐานนี้ให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นค่านิยมสำคัญที่จะนำไปสู่วัฒนธรรมองค์กรดังกล่าว

Ref	Culture	HA Core Values	องค์กรในฝัน
I-1.1 ค(3)	Learning Culture	Learning	Learning Organization
I-5.2 ข(1)	Open Communication & Empowerment	Empowerment	Living Organization
I-1.1 ค(3)	Safety Culture	Ethical and Professional Practice	High Reliability Organization
I-1.1 ค(3)	People-Centered / Customer-Focused Culture	Patient and Customer Focus	High Performance Organization
I-1.1 ค(3)	Improvement Culture	Continuous Process Improvement	
I-5.2 ข(1)	High Performance Culture	Focus on Results	

- ผู้นำระดับสูงมอบให้มีการจัดทำตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งสิ่งที่พึงปฏิบัติ (do) และสิ่งที่ไม่พึงปฏิบัติ (don't) เพื่อสื่อสารในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ทบทวนหน้าที่และเป้าหมายของหน่วยงานว่ามีส่วนสนับสนุนให้พันธกิจขององค์กรบรรลุผลอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ถ่ายทอดวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนำไปปฏิบัติ โดยเชื่อมโยงกับบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน เริ่มจากสิ่งที่สมาชิกปฏิบัติอยู่แล้ว และชวนกันยกระดับการปฏิบัติให้มากขึ้น

- ผู้นำพิจารณาว่าจะถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปยัง ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ด้วยวิธีการใด และมีจุดเน้นอย่างไรเพื่อประโยชน์ร่วมกัน
- ผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กรและการทำงานเป็นทีม
 - ร่วมกันพิจารณาว่าจะนำค่านิยมขององค์กรและค่านิยมของ HA/HPH ไปปฏิบัติให้เห็นเป็นตัวอย่างได้อย่างไร และนำไปปฏิบัติเป็นแบบอย่างในผู้นำทุกระดับ
 - ทำให้เห็นว่าผู้นำร่วมมือกันทำงานเป็นทีมในลักษณะ Collective Leadership
- ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรที่จะนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติเพื่อผลการดำเนินงานที่ดีขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การเทียบเคียงค่านิยมขององค์กรกับค่านิยมของ HA/HPH ● ตัวอย่างรูปธรรมของการปฏิบัติตามค่านิยมที่ใช้สื่อสารในองค์กร	● ผลการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความมุ่งมั่นของบุคลากรในการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมมาสู่การปฏิบัติ ● ตัวอย่างผลการดำเนินงานที่เป็นผลมาจากวิสัยทัศน์ ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติ

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม: (i) กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม (ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร; (ii) ส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรม ชี้้นำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำที่เกี่ยวข้อง
 - **คุณธรรม (moral)** เป็นคุณลักษณะที่อยู่ภายในตัวคน เป็นความดีงามในจิตใจที่ทำให้เคยชินต่อการประพฤติดี เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีจริยธรรมเป็นจุดเริ่มของการพัฒนาเพื่อให้มีจริยธรรม
 - **จริยธรรม (ethics)** เป็นคุณลักษณะของความดีงามที่ปรากฏออกมาภายนอก ว่าเป็นการตัดสินใจและปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม
 - **หลักจริยธรรม (ethical principles)** คือหลักการหรือค่านิยมพื้นฐานที่แสดงถึงคุณลักษณะของการตัดสินใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม

- ทำให้บรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร
- **แนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจรรยาบรรณ (code of conduct)** คือกรอบแนวทางการประพฤติปฏิบัติที่อิงตามหลักจริยธรรมขององค์กร ระบุข้อปฏิบัติที่พึงกระทำและข้อห้ามต่าง ๆ
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมที่จะใช้ชี้นำการตัดสินใจและการปฏิบัติของทุกคนในองค์กร โดยพิจารณาจาก
 - **หลักจริยธรรมสากล** ได้แก่
 - ความเที่ยงธรรม (justice) เช่น การปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การกระจายทรัพยากร การไม่เลือกปฏิบัติ เป็นต้น
 - เคารพความอิสระและเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การขอคำยินยอม การปรับการรักษาให้เหมาะสมกับความพึงใจของแต่ละคน
 - การทำความดีแก่อีก (beneficence) เช่น การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ รับผิดชอบ รับผิดชอบต่อมาตรฐานและความรู้ที่ทันสมัย ประเมินผลงานที่กระทำลงไป เป็นต้น
 - ความซื่อสัตย์ (fidelity) เช่น ความจริงใจ การสร้างความสัมพันธ์ การรักษาความลับ การสร้างความไว้วางใจ และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ การหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นต้น
 - ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (non-maleficence) ทั้งจากการกระทำและการไม่กระทำ
 - **มาตรฐานทางจริยธรรมข้าราชการพลเรือน**
 - การยึดมั่นและยืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง (beneficence)
 - ความซื่อสัตย์สุจริตและความรับผิดชอบ (fidelity)
 - การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความโปร่งใสและสามารถตรวจสอบได้
 - การปฏิบัติหน้าที่โดยไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (justice)
 - การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน
 - ผู้นำระดับสูงสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม ตามหลักจริยธรรมที่องค์กรกำหนด และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด (รวมถึงผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ) รับรู้
 - ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้เห็นถึงความมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม
 - ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมในองค์กรเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม

- มีกระบวนการที่สมดุลในเรื่องการให้ความรู้และแรงบันดาลใจ, รางวัลและแรงจูงใจ, กฎระเบียบข้อบังคับ, สร้างบรรทัดฐานของสังคม, กำหนดเป็นนโยบาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● เอกสารแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์หรือประมวลจริยธรรม ● ตัวอย่างการใช้หลักจริยธรรมเพื่อชี้้นำการตัดสินใจ	● ผลการประเมินการรับรู้หลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์/ประมวลจริยธรรมของบุคลากร

(3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องศึกษากฎหมายและการปฏิบัติตามกฎหมายในความรับผิดชอบของตน
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับด้านความปลอดภัย
 - กฎหมายควบคุมอาคาร
 - กฎหมายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - กฎหมายการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการควบคุมมลพิษ
 - กฎหมายเกี่ยวกับยา ชีววัตถุ และเครื่องมือแพทย์
 - กฎหมายวัตถุอันตราย
 - กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม
 - กฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง
 - กฎหมายเกี่ยวกับการเงิน การคลัง การงบประมาณ การพัสดุ
 - กฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ
 - กฎหมายเกี่ยวกับสถานพยาบาล
 - กฎหมายเกี่ยวกับการจ้างแรงงาน การจ้างงานผู้พิการ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
 - กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ
- วิเคราะห์ช่องว่างที่ยังปฏิบัติตามกฎหมายได้ไม่ครบถ้วน วางแผนและดำเนินการปรับปรุง

- วิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย และจัดให้มีระบบที่จะเฝ้าติดตามอย่างใกล้ชิด
- ผู้นำระดับสูงปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างของความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามกฎหมาย
- ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงที่แสดงตัวอย่างความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามกฎหมาย	• การรับรู้จุดเน้นเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายจากผู้นำ

ข. การสื่อสาร (Communication)

(1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร และผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ: (i) สื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย; (ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น; (iii) สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ เพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดีและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจวิธีการสื่อสารที่ได้ผล
 - ผู้รับสารที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้แก่ บุคลากรทั้งองค์กร ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - ช่องทางการสื่อสาร ซึ่งควรเน้นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ การสื่อสารสองทาง และการสื่อสารผ่านเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ
 - ประเด็นในการสื่อสาร ซึ่งควรให้ความสำคัญกับสิ่งที่องค์กรมุ่งเน้น (เข็มมุ่ง) การตัดสินใจที่สำคัญ ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง
- ผู้นำระดับสูงกำหนด/ทบทวนวิธีการสื่อสารกับบุคลากรในองค์กร (อาจจัดทำเป็นตารางแสดงถึงวิธีการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร/กลุ่มเป้าหมาย ความถี่) รวมทั้งการสื่อสารไปสู่เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจการสร้าง ความผูกพันกับบุคลากรและการจูงใจ เพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี

- ทำความเข้าใจระดับขั้นของความผูกพัน (ไม่ผูกพัน ทำเพราะความกลัว ทำเพราะหวั่นไหว ทำตามหน้าที่อย่างเต็มที่ รับมอบหมายงานที่ทำทาส สร้างสรรค์งานด้วยตนเองโดยไม่ถามว่าองค์กรให้อะไร)
- ทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันและแรงจูงใจของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นสมาชิกที่มีคุณค่าของทีม การอยู่ในทีมที่ประสบความสำเร็จ การได้ทำงานที่มีความหมาย และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความไว้วางใจกัน
- ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างความผูกพันด้วยการโค้ช การนำด้วยวิสัยทัศน์/ความใฝ่ฝัน การเสริมพลัง การสร้างความไว้วางใจ
- ทำความเข้าใจบทบาทของผู้นำในการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี ทั้งการสร้างแรงบันดาลใจ การจูงใจเพื่อพัฒนาตนเอง การยกย่องชมเชย การให้รางวัลหรือค่าตอบแทนเป็นตัวเงิน
- ถ่ายทอดความรับผิดชอบในการสื่อสารไปยังผู้นำทุกระดับ
- ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องการเสริมพลัง [I-5.2ข(1)]
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจความมุ่งหมายของการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) ในเชิงการบริหารจัดการ ว่ามุ่งให้อำนาจและความรับผิดชอบแก่บุคลากรเพื่อตัดสินใจ ณ จุดที่ใกล้ชิดผู้ป่วย/ผู้รับบริการมากที่สุด เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตั้งแต่เริ่มแรก รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการและผลลัพธ์ของการทำงานในความรับผิดชอบของตน
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตการให้อำนาจตัดสินใจ (empowerment) แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตัวอย่างการตัดสินใจที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้น รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินความเข้าใจ (ผลของการสื่อสาร) ความมั่นใจ (ผลของการให้อำนาจตัดสินใจ) ความอยากทำ (ผลของการให้รางวัลและยกย่องชมเชย) ต่อทิศทางและจุดเน้นขององค์กร การมุ่งเน้นผลการดำเนินการที่ดี และนำผลการประเมินมาปรับปรุงการสื่อสาร การสร้างความผูกพัน การให้อำนาจตัดสินใจ และการจูงใจ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ภาพรวมของวิธีการสื่อสารโดยสรุป	● ผลการประเมินประสิทธิผลของการสื่อสาร การสร้างความผูกพัน การให้อำนาจตัดสินใจ และการจูงใจ รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ค. ความสำเร็จขององค์กร (Organization's Success)

- (1) ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:
- (i) ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และเป็นองค์กรที่คล่องตัว;
 - (ii) **ปลูกฝังการเรียนรู้ขององค์กรและบุคลากรแต่ละคน** รวมทั้งส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม;
 - (iii) **มีวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและบุคลากร;**
 - (iv) **มีการพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - ความสำเร็จในปัจจุบัน หมายถึง การตอบสนองความต้องการของกิจการในปัจจุบัน การจัดการความเสี่ยง ความคล่องตัว และการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์
 - ความสำเร็จในอนาคต หมายถึง ความสามารถที่พร้อมรับมือสภาพแวดล้อมและปฏิบัติการในอนาคต
 - การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ ผู้นำควรคำนึงถึงระดับความเสี่ยงที่ยอมรับได้ วัฒนธรรมองค์กร ระบบงาน ขีดความสามารถและอัตรากำลังสมรรถนะหลักขององค์กร ทรัพยากร การสร้างนวัตกรรม ตลอดจนปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร เช่น การกำหนดความคาดหวังที่ชัดเจน การติดตามความก้าวหน้า การให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่เป็นความท้าทายมากๆ เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้เป็นองค์กรที่คล่องตัว เช่น การปรับเปลี่ยนข้อบังคับหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อจำเป็น การให้อำนาจแก่ผู้บริหารระดับต้นในการตัดสินใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การทำให้ระบบงานต่างๆ มีความยืดหยุ่นมากขึ้น เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร เช่น การจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่าย รวมทั้งการเรียนรู้ผ่านระบบ Internet, การส่งเสริมให้มีทักษะในการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาความรู้ในงานประจำ, การส่งเสริมให้มีการรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (community of practice), การนำผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้เรียนรู้เพื่อการตัดสินใจในระดับองค์กร

- **ผู้นำระดับสูงทบทวนและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างนวัตกรรม** เช่น การมีระบบข้อเสนอแนะ การฝึกอบรมความคิดสร้างสรรค์ การส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมเชิงระบบ การส่งเสริมให้แสวงหาและนำแนวคิดใหม่ๆ มาทดลองใช้โดยไม่ต้องกลัวความล้มเหลว การจัดสรรเวลาให้ฟรีจากงานประจำ การจัดตั้งทีมเฉพาะ การสร้างเวทีให้เกิดระบบนิเวศของการสร้างนวัตกรรม การเก็บเกี่ยวความคิดใหม่ๆ จากหมู่ชน (crowdsourcing) เป็นต้น
- **ผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** เช่น การรับรู้ข้อคิดเห็นของผู้ป่วยโดยผู้นำ การสร้างความสัมพันธ์กับตัวแทนชุมชน การเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้โดยมีอำนาจใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม การบรรจุเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นวาระประจำวาระแรกๆ ในการประชุมของผู้นำ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยกัน เป็นต้น
- **ผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับบุคลากร** เช่น การรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรโดยผู้นำเอง การสื่อสารให้บุคลากรรับรู้ความท้าทายและทิศทางที่ชัดเจนขององค์กร การสนับสนุนให้บุคลากรได้ทำงานที่ถนัด ทำหาย และสอดคล้องกับค่านิยมของตนเอง การสร้างบรรยากาศของการรับฟัง เคารพ ไว้วางใจ ร่วมมือ กล้าเสี่ยง การขอบคุณและยกย่องชมเชยในโอกาสที่เหมาะสม การมีสัมพันธภาพ ความร่วมมือและการประสานงานที่ดี การเข้าร่วมแก้ปัญหาระหว่างหน่วยงานที่มีความอ่อนไหว เป็นต้น
- **ผู้นำพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร** ด้วยการกำหนดตำแหน่งบริหารที่ต้องจัดทำ Succession Plan กำหนด Competency ในด้านการนำและการบริหาร ค้นหาผู้ที่อยู่ในข่าย (candidate) จัดการพัฒนาและฝึกอบรม ติดตามผลการปฏิบัติงาน
- ประเมินสภาพแวดล้อมด้านต่างๆ ทั้งในด้านการรับรู้ของบุคลากร และผลงานที่เกิดขึ้น และนำไปใช้วางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● วิธีการใหม่ๆ หรือนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการสร้างสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ ● การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround	● ผลการประเมินในสภาพแวดล้อมและบรรยากาศต่างๆ ข้างต้น และแผนพัฒนาที่เกิดขึ้น

- (2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (focus on action):
- (i) กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร;
 - (ii) กำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการขององค์กร และจุดมุ่งเน้นที่การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ปวย/ผู้รับผลงาน.
 - (iii) แสดงให้เห็นถึงภาระความรับผิดชอบของผู้นำ (personnel accountability) ต่อการดำเนินการขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดการปฏิบัติที่เป็นจุดเน้นโดย
 - เลือกวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ประเด็นความปลอดภัยที่สำคัญ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ หรือโอกาสสร้างนวัตกรรม มากำหนดเป็นจุดเน้นสำหรับการปฏิบัติ (หรือที่เรียกว่าเข็มมุ่ง)
 - ทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามช่วงเวลาที่เหมาะสม วิเคราะห์ความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กร นำประเด็นที่ไม่บรรลุเป้าหมายมากำหนดเป็นจุดเน้นในการพัฒนาที่สำคัญ (priority for improvement)
 - ส่งเสริมให้ทุกหน่วยงาน ทุกระดับ ประเมินตนเองเพื่อระบุโอกาสพัฒนาตามลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ
 - กำหนดความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว โดยพิจารณาคุณค่าต่อผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ อย่างสมดุล
- ผู้นำระดับสูงแสดงภาระรับผิดชอบโดย
 - สื่อสารการปฏิบัติที่เป็นจุดเน้นไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ให้การสนับสนุนการนำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ
 - ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามจุดเน้น ให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปฏิบัติที่เป็นจุดมุ่งเน้นทั้งในส่วน ของกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพ และ ระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว ● บทเรียนหรือนวัตกรรมที่ผู้นำใช้ กระตุ้นให้นำจุดเน้นไปสู่การปฏิบัติ	● ผลการติดตามความก้าวหน้าของ การปฏิบัติตามจุดมุ่งเน้น

- (3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
 - (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
 - (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การกำหนดทิศทาง

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดหรือทบทวนทิศทางนโยบายในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล
 - นโยบาย (policy) เป็นทิศทางทั่วไปขององค์กรเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งประกาศโดยผู้บริหาร
 - เป้าประสงค์ (goals) คือข้อความที่กล่าวอย่างกว้างๆ ถึงผลลัพธ์ (ในที่นี้คือผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย)
 - ลำดับความสำคัญ (priorities) หรือเข็มมุ่ง (hoshin) คือจุดเน้นที่องค์กรต้องการพัฒนาในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งควรมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม
 - ความคาดหวัง (expectation) ควรมีทั้งเป้า (targets) ของประเด็นที่เป็นลำดับความสำคัญ และความคาดหวังต่อพฤติกรรมของบุคลากรในด้านคุณภาพและความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัย

- ผู้นำระดับสูงกำหนดเรื่องความปลอดภัยเป็นวัตถุประสงค์สำคัญในแผนกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความปลอดภัยหรือความด้อยคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ และกำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 - การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาสู่การป้องกัน (ทำ RCA ด้วยวิธีการที่เหมาะสม และปรับปรุงระบบที่มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น โดยใช้แนวคิด human factors engineering)
 - การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ
 - การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
 - การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันทั่วทั้ง

- การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์หรือหน่วยงานที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำ Patient & Personnel Safety Goals: SIMPLE มาศึกษา ปฏิบัติ และติดตาม ตามความเหมาะสม (ปฏิบัติให้มากที่สุด เลือกติดตามเท่าที่จำเป็น อาจจะใช้แนวคิดร่วมด้วยช่วยกัน One Staff One Issue แจกประเด็นความปลอดภัยให้บุคลากรที่อาสาสมัครไปติดตามการปฏิบัติในแต่ละประเด็น แล้วนำมารายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ)
- ผู้นำทุกระดับสร้างความมั่นใจในระบบรายงานอุบัติการณ์ว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้รายงาน ทั้งด้วยการกำหนดนโยบาย การทำความเข้าใจ และการปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มี Patient Safety Leadership Walkround เพื่อสื่อสารทิศทางและค่านิยมในเรื่องความปลอดภัย รับทราบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากเจ้าหน้าที่
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้ใช้การพูดคุยกันบ่อยๆ อย่างสั้นๆ ในทุกโอกาส เพื่อเพิ่มความตระหนักในเรื่องความเสี่ยง เช่น Morning Brief, Safety Brief, การทบทวนข้างเตียง, การส่งต่อระหว่างเวร
- ประเมินปัจจัยและตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร เช่น ใช้ Patient Safety Culture Survey ของ AHRQ และนำผลที่ได้มาพิจารณาปรับปรุง

วัฒนธรรมของการเห็นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

- ผู้นำเน้นให้บุคลากรทำความเข้าใจกับรูปธรรมของการปฏิบัติตาม Core Values ในเรื่อง Patient and Customer Focus หรือ People-centred, Continuous Improvement และ Learning ที่ได้จัดทำไว้ตามมาตรฐาน I-1.1ก (1)
- ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ และติดตามพฤติกรรมของบุคลากรที่สะท้อนวัฒนธรรมทั้งสามประการ

การทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมที่สอดคล้องกับบทบาทของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้โอกาสในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา

- การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
- การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งเทคโนโลยีและทรัพยากรสำหรับการติดตามวัดผล (tracking) และเปรียบเทียบผล
- การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

การกำกับติดตาม

- ผู้นำจัดให้มีระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพตามแผน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ
- ผู้นำระดับต้นดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างเต็มความสามารถ และกลั่นกรองขอการสนับสนุนขึ้นมาเป็นลำดับชั้นหากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง
- ผู้นำระดับสูงรับทราบความก้าวหน้าและผลการพัฒนา พิจารณาความพอเพียงของสิ่งที่ดำเนินการอยู่ และตอบสนองอย่างเหมาะสม (เช่น เพิ่มเป้าหมาย ปรับแผน สนับสนุนทรัพยากร) เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การกำหนดทิศทาง: สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ● วัฒนธรรมความปลอดภัย: การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround และการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย ● การสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ รวมทั้งวิธีการติดตามพฤติกรรมของบุคลากร ● การตอบสนองของผู้นำที่เป็นผลจากการกำกับติดตาม	● ผลสำเร็จของการปฏิบัติตามนโยบายและลำดับความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ● ผลลัพธ์ที่แสดงแนวโน้มของระดับวัฒนธรรมด้านต่างๆ ที่มีการสำรวจ

SPA I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational Governance)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:
- (i) ทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - (ii) การบริหารงาน (operational management) ของผู้นำระดับสูง;
 - (iii) การบริหารทางการเงิน (financial management) และงบประมาณ;
 - (iv) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใสในการดำเนินการ;
 - (v) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิภาพ;
 - (vi) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจระบบการกำกับดูแลกิจการ (governance system) ในบริบทขององค์กร (หมายถึงระบบที่อยู่เหนือคณะผู้บริหาร) เช่น
 - คณะกรรมการโรงพยาบาลที่มีอำนาจกำกับดูแลผู้บริหารโรงพยาบาล (ในภาคเอกชนหรือองค์กรมหาชน)
 - ส่วนราชการต้นสังกัดของโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการนิเทศงาน และการติดตามประเมินผลงานของโรงพยาบาลและผู้บริหาร รวมไปถึงการกำกับดูแลโดยระบบประกันสุขภาพหรือองค์กรวิชาชีพ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนคุณค่าเพิ่มที่ได้จากการติดตามประเมินผลและข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมถึงระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก), ติดตามการนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ
- ผู้นำระดับสูงทบทวนพันธสัญญา (performance agreement) และระบบรายงานระหว่างผู้กำกับดูแลกิจการ กับผู้บริหาร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้ผลการดำเนินงานสำคัญขององค์กรโดยผู้กำกับดูแลกิจการ และให้ข้อคิดเห็นป้อนกลับต่อผู้บริหาร
- ผู้นำระดับสูงแสดงความรับผิดชอบต่อผู้กำกับดูแลกิจการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้
 - การขอความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการในเรื่องทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร

- การบริหารงาน (operational management) ให้เป็นไปตามนโยบาย เป้าหมาย แผน และงบประมาณที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการ รวมทั้งการรายงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคแก่ผู้กำกับดูแลกิจการอย่างสม่ำเสมอ
- การบริหารทางการเงิน (financial management) และงบประมาณ ให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ มีการวางแผน ตรวจสอบ ควบคุมการเงินและสินทรัพย์ขององค์กรอย่างรัดกุม มีการใช้งบประมาณถูกต้องตามที่ได้รับอนุมัติและมีประสิทธิภาพ
- รายงานผลการดำเนินการขององค์กรให้แก่ผู้กำกับดูแลกิจการเป็นระยะ
- วิเคราะห์ความเสี่ยงต่อข้อครหาในเรื่องความไม่โปร่งใสในการตัดสินใจของผู้บริหาร และดำเนินการเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบกระบวนการตัดสินใจและความโปร่งใสในการดำเนินงานของผู้บริหารระดับสูง
- วางระบบการตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล
- สร้างหลักประกันว่ามีการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มอบหมายให้มีการสำรวจและรับเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานของผู้บริหาร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● คุณค่าที่ได้รับและการปรับปรุงระบบงานที่เป็นผลจากข้อเสนอแนะของระบบการกำกับดูแลกิจการ (รวมทั้งระบบตรวจสอบทั้งภายในและภายนอก)	● ผลลัพธ์ของระบบกำกับดูแลด้านการเงินและการตรวจสอบ

(2) องค์การประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพ การดำเนินการของ:

- (i) ผู้นำระดับสูง;
- (ii) ระบบการนำ;
- (iii) ระบบกำกับดูแลองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำระดับสูง
 - การประเมินผลการดำเนินการของผู้นำอาจใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ (peer reviews) การประเมินอย่างเป็นทางการตามข้อตกลงการปฏิบัติงาน การรับฟังเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งด้วยวิธีที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หรือการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก
 - ผู้นำระดับสูง กำหนดสมรรถนะในด้านการบริหารจัดการ (managerial competency) นำมาใช้ในการประเมินและพัฒนาผู้นำระดับต่าง ๆ
- ผู้นำระดับสูง ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำขององค์กร ในประเด็นต่อไปนี้ โดยการใช้การทบทวนภายในกลุ่มผู้นำ และการรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับเป้าหมายและหน้าที่
 - การคำนึงถึงสมรรถนะและความต้องการของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - การกำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการในระดับที่ท้าทายและการเน้นย้ำค่านิยม
 - กลไกการตัดสินใจของผู้นำ การสื่อสารและนำผลการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ
 - การเลือกสรรและพัฒนาผู้นำ/ผู้บริหาร
 - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำในสายงานต่าง ๆ
 - การสร้างความผูกพันและการทำงานเป็นทีมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร
 - การกระตุ้นและสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม ความเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม
 - การมีกลไกสำหรับผู้นำในการประเมินตนเอง รับข้อมูลป้อนกลับ และนำไปสู่การปรับปรุง
- การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร
 - การประเมินผลระบบกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของกรรมการ ร่วมกับการรับฟังเสียงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการใช้คณะกรรมการประเมินผลซึ่งเป็นบุคคลภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบการนำที่เป็นผลมาจากการทบทวน ● Managerial Competency ที่เป็นปัญหาร่วมของผู้นำระดับต่าง ๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● ผลการประเมินระบบการนำ

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิกที่มีประสิทธิผล:

- กำหนดให้มีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล การจัดการสารสนเทศ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร;
- คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำสำคัญในมาตรฐานข้อนี้
 - **การกำกับดูแลทางคลินิก** หมายถึง กรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนจรรยาบรรณคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ
 - **คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก** หมายถึง คณะกรรมการที่มีหน้าที่กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุม ซึ่งองค์กรควรใช้โครงสร้างของคณะกรรมการชุดนี้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรและสามารถทำหน้าที่ในการให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างอิสระ อาทิ

- คณะกรรมการที่กำกับดูแลธุรกิจขององค์กรอยู่แล้วของโรงพยาบาลเอกชน
 - คณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายจากต้นสังกัดให้ดูแลระบบคุณภาพและความปลอดภัยของโรงพยาบาลในสังกัด
 - คณะกรรมการที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกเป็นองค์ประกอบสำคัญ
 - คณะกรรมการอื่นๆ ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยมีผู้บริหารสูงสุดทางด้านการแพทย์เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย
- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจองค์ประกอบสำคัญที่จะต้องมีการรายงานในระบบกำกับดูแลทางคลินิก ทบทวนการดำเนินงานในเรื่องนั้น และผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ
 - **การทบทวนการดูแลผู้ป่วย/การตรวจสอบทางคลินิก** คือการเรียนรู้จากการทบทวนหรือการตรวจสอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะเป็นการทบทวนเปรียบเทียบกับ Explicit Criteria หรือแนวปฏิบัติทางคลินิก การทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีความรัดกุมขึ้น และอาจรวมถึงการนำแนวคิด Safety II มาใช้ในการทบทวน คือการทบทวนในกรณีที่ผลลัพธ์ดีภายใต้สถานการณ์ที่หลากหลาย ข้อมูลที่รายงานควรมีทั้ง (1) ความครอบคลุม/ความถี่ของการทบทวน (2) ตัวอย่างบทเรียนที่ได้จากการทบทวน การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น และการติดตามผลของการปรับปรุง (ถ้ามี)
 - **ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย** มีองค์ประกอบสำคัญคือ (1) การออกแบบกระบวนการดูแลบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ (2) การติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษา (3) การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย
 - **ประสบการณ์ของผู้ป่วย** เป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้และใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของผู้ป่วยด้วยวิธีที่หลากหลาย ซึ่งควรมีการรายงานการปรับปรุงระบบงานต่างๆ ที่เป็นผลจากการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย
 - **การบริหารความเสี่ยง** (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน II-1.2) ควรมีการรายงานแนวโน้มของประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง และปัจจัยองค์กรที่คณะกรรมการกำกับดูแลควรรับรู้
 - **การวิจัยและพัฒนา** อาจมีลักษณะเป็น R2R หรือ Health Service Research หรือ Implementation หรือ Clinical Research ซึ่งควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้หรือพิสูจน์ยืนยันประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยที่มิให้บริการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคลากรขององค์กร

- **การเปิดเผยข้อมูล (openness)** หมายถึงการเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ประเด็นสำคัญที่สุดคือการให้ข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้บริหารต้องตระหนักในความสำคัญของการออกแบบระบบที่รัดกุมด้วยแนวคิด Human Factors ร่วมกับการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานควบคู่ไปด้วย
- **การจัดการสารสนเทศ** (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-4.1 และ I-4.2) รายงานควรครอบคลุมการใช้ประโยชน์จากการวัด วิเคราะห์ สารสนเทศ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการผู้ป่วย
- **การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ (Continuing Education-CE)** ควรได้รับการส่งเสริมทั้งวิชาชีพที่มีกฎหมายรองรับ และวิชาชีพที่ไม่มีกฎหมายระบุไว้ ทั้งกิจกรรมที่ไปศึกษาและฝึกอบรมภายนอก กิจกรรมที่เรียนรู้ด้วยตนเองหรือเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์กร โดยมีระบบการจัดเก็บคะแนนสะสมที่ใช้ในการติดตามได้
- **การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร** (ดูการปฏิบัติตามมาตรฐาน I-6.1จ การจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก) สถานพยาบาลที่เป็นสถาบันการศึกษาหรือสถาบันสมทบซึ่งเป็นที่ฝึกอบรมอยู่ในข่ายที่จะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้ กล่าวคือการรายงานโดยสรุปถึงความพร้อมของการผลิต/ร่วมผลิต และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม
- **การรายงานผลการดำเนินการ**
 - ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการจัดทำสรุปรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบ เสนอให้คณะผู้บริหารรับทราบอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกงวดสามเดือน เป็นต้น โดยรายงานนี้ระบุถึงความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและความพยายามในการแก้ไข รวมทั้งการสนับสนุนที่ต้องการได้รับ
 - คณะผู้บริหารพิจารณารายงานความก้าวหน้าและตอบสนองด้วยการให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม
 - ผู้บริหารสูงสุดนำเสนอรายงานความก้าวหน้าและการตอบสนองที่ได้ทำลงไปให้แก่คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก

- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก ให้ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดำเนินการอย่างเหมาะสมและเพียงพอให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย
- คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิกและผู้บริหารระดับสูง สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ข้อเสนอแนะและการตอบสนองที่ได้รับจากคณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก	● การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

(1) องค์การส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบ. ประกอบด้วย: (i) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย; (ii) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง; (iii) การคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อการดำเนินการหรือการปฏิบัติการณ์ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ รวมถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการทบทวนการปฏิบัติตามกฎหมายต่อไปนี้
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับด้านความปลอดภัย
 - กฎหมายควบคุมอาคาร
 - กฎหมายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - กฎหมายการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการควบคุมมลพิษ
 - กฎหมายเกี่ยวกับยา ชีววัตถุ และเครื่องมือแพทย์
 - กฎหมายวัตถุอันตราย
 - กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
 - กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับอื่นๆ ที่องค์กรจะต้องปฏิบัติตาม
 - กฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง

- กฎหมายเกี่ยวกับการเงิน การคลัง การงบประมาณ การพัสดุ
 - กฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ
 - กฎหมายเกี่ยวกับสถานพยาบาล
 - กฎหมายเกี่ยวกับการจ้างแรงงาน การจ้างงานผู้พิการ
 - กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค
 - กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์และคาดการณ์ในประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การดำเนินการที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ์ สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น
 - โอกาสในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เช่น นโยบายในเรื่อง Recycle การลดปริมาณขยะ การประหยัดพลังงาน นโยบาย Green Environment เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการปรับปรุงหรือกำหนดมาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อการวิเคราะห์ดังกล่าว กำหนดเป้าหมาย และวิธีการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (อาจจะใช้วิธีการประเมินเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพหรือร่วมกัน)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการวิเคราะห์ช่องว่างที่ปฏิบัติตามกฎหมายได้ไม่ครบถ้วน ความเสี่ยงที่จะไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย การดำเนินการปรับปรุง ● ผลการวิเคราะห์และคาดการณ์ในเรื่องผลกระทบด้านลบและความกังวลของสาธารณะ มาตรการตอบสนอง ● การดำเนินการในเรื่องการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	● การประเมินผลการบรรลุเป้าหมายในเรื่อง ● การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ ● ความเสี่ยง ผลกระทบด้านลบ และความกังวลของสาธารณะ ● การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ● รายงานผลการประเมินหรือตรวจสอบจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

(2) องค์การส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:

- (i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม 15 ในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;
- (ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - หลักจริยธรรมตาม SPA I-1.1ก(2)
 - พฤติกรรมที่มีจริยธรรม ครอบคลุมจริยธรรมทางการแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น ความตรงไปตรงมากับลูกค้าหรือผู้ส่งมอบ การประเมินผลงานระหว่างหัวหน้ากับผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการวิเคราะห์โอกาสและลักษณะการเกิดปัญหาจริยธรรมในขั้นตอนต่างๆ ของการปฏิบัติงาน ทั้งในด้านคลินิกและด้านอื่นๆ โดยอย่างน้อยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ และระบุเฉพาะประเด็นที่มีโอกาสเป็นปัญหาขององค์กร
 - การคิดค่าบริการ
 - การประชาสัมพันธ์
 - จริยธรรมและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - การตัดสินใจยุติการรักษา
 - การรับไว้/การส่งต่อ
 - การวิจัย
 - การรักษาผู้มีบุตรยาก
 - การปลูกถ่ายอวัยวะ
 - การกระทำโดยมีผลประโยชน์ทับซ้อน
 - การป้องกันและการใช้สารสนเทศที่มีความอ่อนไหว
 - การใช้เงินกองทุนอย่างเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้กำหนดมาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตามหลักจริยธรรม จัดให้มีระบบติดตามกำกับ และการดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการสำรวจหรือประเมินผลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงรุกได้ และนำมาดำเนินการตามความเหมาะสม เช่น
 - การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการละเมิดหลักจริยธรรม ผลประโยชน์ทับซ้อน การใช้สารสนเทศที่มีประเด็นความอ่อนไหว
 - ความคิดเห็นของบุคลากรในเรื่องจริยธรรมขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
ประเด็นจริยธรรมที่องค์กรให้ความสำคัญ มาตรการป้องกันการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม	- ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สุ่มเสี่ยงต่อการละเมิดหลักจริยธรรม ผลประโยชน์ทับซ้อน การใช้สารสนเทศที่มีประเด็นความอ่อนไหว - ผลการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรต่อจริยธรรมขององค์กร

(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำความเข้าใจกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) ต่อไปนี้
 - ความมุ่งหมายของมาตรฐานข้อนี้ เป็นไปเพื่อปกป้องคนทำงาน มิใช่การตัดสินผิดถูก
 - ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก
 - ขั้นตอนของการพิจารณาเมื่อเกิด Ethical Dilemma
 - Recognise** รับรู้ว่าเกิดประเด็นจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ เนื่องจากมีความขัดแย้งกันในค่านิยม หลักการ หลักจริยธรรม
 - Break** วิเคราะห์เพื่อจำแนกประเด็นหรือหลักการที่ขัดแย้งกันออกมาให้ชัดเจน
 - Seek** หาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งคำแนะนำขององค์กร วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และมุมมองของผู้ป่วย
 - Decision** ตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและหลักการที่รับฟังได้ (ถ้าทำได้) และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

- **Critical Analysis** มีกลไกในองค์กรเข้ามาช่วยวิเคราะห์เชิงลึกรอบด้าน กรณีที่ผู้เกี่ยวข้องไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
 - **Court** อาจจะต้องขอความเห็นจากศาล กรณีที่ไม่สามารถหาข้อยุติได้
- ทบทวนประสบการณ์ขององค์กร
 - ตัวอย่าง Ethical Dilemma ที่เคยเกิดขึ้นในองค์กร จำแนกตามวิชาชีพต่างๆ รวมทั้ง Ethical Dilemma ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้บริหาร
 - การตัดสินใจที่เกิดขึ้น
 - กลไกที่ให้ความช่วยเหลือ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการนำประเด็นที่ยากลำบากในการตัดสินใจเนื่องจากความไม่ลงตัวระหว่างมุมมองต่างๆ (เช่น การตัดสินใจการยุติการรักษา การเลือกช่วยชีวิตคนหนึ่งแต่ต้องสละโอกาสช่วยชีวิตอีกคนหนึ่ง เป็นต้น) มาเรียนรู้ร่วมกัน รวบรวมกรณีศึกษาไว้เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่อาจต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว
- ผู้นำระดับสูงกำหนดให้มีกลไกช่วยเหลือ และลักษณะของการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - กลไกช่วยเหลือควรมีลักษณะเป็นที่ปรึกษาหรือคณะที่ปรึกษา อาจจะมีชุดเดียวหรือหลายชุดแยกตามลักษณะปัญหาก็ได้
 - ลักษณะของสถานการณ์และการตัดสินใจที่อาจพบ
 - กรณีฉุกเฉินที่ต้องตัดสินใจโดยเร่งด่วน อาจมีเวลาหรือไม่มีเวลาปรึกษาผู้อื่น
 - กรณีที่ใช้เวลาให้สถานการณ์คลี่คลาย
 - กรณีที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าธรรมดาเพื่อหาทางก้าวข้ามทางเลือกที่มีอยู่
 - กรณีที่ควรปรึกษาคณะที่ปรึกษาในองค์กร
 - กรณีที่ควรปรึกษาองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานภายนอก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปโอกาสที่จะพบ Ethical Dilemma และกลไกช่วยเหลือในกรณีเกิด Ethical Dilemma ● สรุปเหตุการณ์ Ethical Dilemma ที่เคยเกิดขึ้นใน 2-3 ปีที่ผ่านมา การใช้กลไกช่วยเหลือ และบทเรียนที่เกิดขึ้น	● ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้องในเรื่อง Ethical Dilemma ● ประสิทธิภาพของกลไกสนับสนุนการตัดสินใจเมื่อเกิด Ethical Dilemma

ค. การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution)

(1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงให้ความสนใจในประเด็นต่อไปนี้
 - การทำประโยชน์ให้สังคม (societal contribution) หมายถึง การที่องค์กรเป็นการสร้างประโยชน์และความผาสุกให้แก่สังคมอย่างสมดุล เป็นการสนับสนุนเป้าหมายที่สำคัญของสังคมภายใต้ทรัพยากรที่องค์กรมีอยู่
 - การทำประโยชน์ให้สังคมมิใช่เป็นเพียงการประชาสัมพันธ์หรือสร้างภาพลักษณ์ให้องค์กร และมีความหมายมากกว่าการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ แต่เป็นการทำให้เหนือกว่าความรับผิดชอบขององค์กร เป็นการสร้างความแตกต่างในตลาด และอาจเป็นตัวขับเคลื่อนความผูกพันของผู้รับผลงานและบุคลากร
 - สิ่งที่องค์กรสามารถทำให้แก่สังคมได้อาจจะเป็น
 - การรักษาสิ่งแวดล้อมหรืออนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
 - การเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนโดยรอบ และการเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน
 - การสนับสนุนหรือปรับปรุงบริการสาธารณะ เช่น การศึกษา บริการสุขภาพ เป็นต้น
 - การเป็นแบบอย่างที่ดีในประเด็นที่มีความสำคัญทางสังคม
 - การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจให้แก่ชุมชน
 - การแบ่งปันสารสนเทศ
 - กิจการที่เป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลเรื่องการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน และการเสริมพลังชุมชน ถือว่าเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐาน II-9
 - การทำประโยชน์ให้สังคมอาจทำได้โดย
 - ผนวกเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์
 - ผนวกเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวัน
 - จัดเป็นกิจกรรมพิเศษ
- ผู้นำระดับสูงร่วมวางแผนกับผู้เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อใช้ศักยภาพและทรัพยากรขององค์กรในการทำประโยชน์ให้สังคม รวมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปกิจกรรมการทำประโยชน์ให้สังคม	• ผลกระทบที่สังคมได้รับจากกิจกรรมการทำประโยชน์ให้สังคมขององค์กร (อาจเป็นตัวเงินหรืออื่นๆ)

(2) องค์กรกำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกำหนดชุมชนที่สำคัญที่จะให้การสนับสนุนโดยใช้ศักยภาพขององค์กร
 - การสนับสนุนชุมชนในหัวข้อนี้หมายถึงการสนับสนุนที่อยู่นอกเหนือหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กร
 - ชุมชนในที่นี้อาจเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ที่มีความสำคัญต่อองค์กร หรือสังคมโดยรวม
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งอาจเป็นการปรับปรุงหรืออนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสมรรถนะของชุมชน การจัดบริการ การเตรียมความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การณรงค์และให้ความรู้แก่สังคมในวงกว้าง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การสนับสนุนเศรษฐกิจของชุมชน
- ผู้นำระดับสูงร่วมวางแผนกับผู้เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อใช้ศักยภาพและทรัพยากรขององค์กรในการทำประโยชน์ให้สังคม รวมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปกิจกรรมการสนับสนุนชุมชน	• ผลงาน ผลกระทบที่เกิดจากกิจกรรมการสนับสนุนชุมชน

SPA I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

- (1) องค์กรมีกระบวนการในการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม:
 - (i) มีกระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลา ที่เหมาะสม;
 - (ii) มีการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากรและข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม ในการวางแผนระบบบริการ;
 - (ii) มีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว;

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - ความหมายของ “กลยุทธ์” (strategy) ในเชิงกว้าง อาจเป็นผลมาจากหรือนำไปสู่สิ่งต่อไปนี้: การจัดบริการใหม่ รายได้ที่เพิ่มขึ้น การลงทุน การสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร ความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับบุคลากรหรืออาสาสมัคร การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ การเป็นผู้นำในการวิจัย การเป็นผู้ให้บริการเชิงบูรณาการ การตอบสนองความต้องการของชุมชนหรือความต้องการด้านสาธารณสุข
 - การจัดทำกลยุทธ์ (strategy development) หมายถึงแนวทางที่องค์กรใช้เตรียมการสำหรับอนาคต ซึ่งอาจจะใช้วิธีการต่างๆ ในการคาดการณ์พยากรณ์ ทางเลือก ฉากทัศน์ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร
 - การเปลี่ยนแปลงขององค์กรมีสามลักษณะ
 - การเปลี่ยนแปลงเชิงการพัฒนา (developmental change) เป็นการปรับปรุงในสิ่งที่ทำอยู่ ไม่ได้สร้างสิ่งใหม่ เช่น ปรับปรุงทักษะ กระบวนการ วิธีการ มาตรฐานงาน สภาวะแวดล้อม เป็นต้น

- **การเปลี่ยนแปลงเพื่อเปลี่ยนผ่าน (transitional change)**
เป็นการทดแทนสิ่งเดิมด้วยบางอย่างที่เป็นสิ่งใหม่โดยสิ้นเชิง ต้องมีการออกแบบ New State และนำไปปฏิบัติ ต้องยอมละทิ้งวิธีปฏิบัติงานเดิมๆ อาจจะต้องใช้การจัดการและเครื่องมือบริหารการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ เช่น การปรับโครงสร้างองค์กร การควบรวมกิจการ การสร้างผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ที่มาแทนของเก่า การนำ IT มาใช้ เป็นต้น โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมหรือพฤติกรรมของผู้คน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำหนดเป้าหมายในรายละเอียดได้ตั้งแต่แรก ผู้คนเปลี่ยนเพียงทักษะ ไม่ต้องถึงขั้นเปลี่ยน Mindset พฤติกรรม และวัฒนธรรม
- **การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม (transformational change)**
เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่รู้ว่า Future State จะเป็นอย่างไร ต้องมีการลองผิดลองถูกและเก็บข้อมูลไปข้างหน้า จึงเป็นการยากที่จะบริหารการเปลี่ยนแปลงด้วยการวางแผนที่ตายตัว ต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง วัฒนธรรม ระบบงาน ตลาด จะต้องมีการเปลี่ยนแปลง Mindset และพฤติกรรมของผู้คน
 - **ความคล่องตัวขององค์กร (organizational agility)** หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์อย่างรวดเร็ว ขณะที่**ความยืดหยุ่นในการปฏิบัติการ (operational flexibility)** หมายถึงความสามารถในการปรับการปฏิบัติการเมื่อมีโอกาสหรือมีความจำเป็น รวมถึงการปรับที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์
- ผู้นำระดับสูงทบทวนกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ในประเด็นต่อไปนี้
 - ขั้นตอนและกำหนดเวลาการจัดทำแผน
 - กรอบเวลาของแผน
 - ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผน
 - ข้อมูลและแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการจัดทำแผน
 - กลยุทธ์ที่ได้ มีผลต่อการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากรอย่างไร
- ผู้นำระดับสูงรับรู้หรือเสาะหาข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากร และข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนระบบบริการ

(ข้อกำหนดข้อนี้เน้นการแสดงให้เห็นที่มาของการกำหนดบริการที่สำคัญขององค์กร ซึ่งอาจ
จะไปตอบรวมในข้อ I-2.1ก(2)(i) ก็ได้)

- ผู้นำระดับสูงพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กร
 - ตัวอย่างความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง เช่น จากการเน้นปริมาณ (volume) มาสู่การเน้นคุณค่า (value), จากรูปแบบการดูแลในสถานพยาบาล มาสู่การดูแลต่อเนื่องถึงบ้านและชุมชน, จากการดูแลเป็น Episode มาสู่ Population-based Care, การใช้ประโยชน์จาก Digital Technology, การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เป็นต้น
 - ตัวอย่างความคล่องตัวขององค์กร เช่น การรับมือกับสถานะเศรษฐกิจที่ผันผวนหรือโรคระบาด เทคโนโลยีที่ฉีกแนว เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์และพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กรตามขั้นตอนที่กำหนดไว้
 - การเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉมจะต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่เริ่มแรก เช่น การร่วมพิจารณาความจำเป็น ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ภาพอนาคตที่ต้องการเห็น ซึ่งอาจต้องใช้ Large Group Meeting Technology ที่ให้ผลได้ในเวลาสั้นๆ, ส่งเสริมการพัฒนา Mindset พฤติกรรม และทักษะการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคลากรทุกคน, ขอให้บุคลากรให้ความเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงและให้อำนาจในการออกแบบการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานของตนเอง เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ที่เกิดขึ้น ● การพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงและความคล่องตัวขององค์กร	● ประสิทธิภาพในการจัดทำและทบทวนกลยุทธ์ ● เสี่ยงสะท้อนของผู้เกี่ยวข้องและผู้ได้รับผลกระทบ

- (2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:
- (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ;
 - (ii) สมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์;
 - (iv) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
 - (v) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;
 - (vi) ความสามารถในการนำไปปฏิบัติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้เพื่อใช้ในการจัดทำกลยุทธ์
 - ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ
 - สมรรถนะหลักขององค์กร หรือขีดความสามารถที่เป็นแกนหลักที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และสร้างความได้เปรียบให้แก่องค์กร
 - ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์
 - ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ หมายถึง แรงกดดันต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต (แรงกดดันภายนอก เช่น ความต้องการของผู้รับผลงานหรือตลาด การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี ความเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น, แรงกดดันภายใน เช่น ขีดความสามารถขององค์กรหรือบุคลากร เป็นต้น)
 - ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ความได้เปรียบที่เป็นตัวตัดสินว่าองค์กรจะประสบความสำเร็จในอนาคต ซึ่งมักจะมาจากสมรรถนะหลักขององค์กร การใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์กับองค์กรภายนอก
 - โอกาสเชิงกลยุทธ์ หมายถึง ภาพอนาคตใหม่ๆ หรือที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการดำเนินธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด

- โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม
 - การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ประชากร
 - นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการ
 - อาจพิจารณาตาม PESTEL model (Politics, Economics, Social, Technological, Environmental, Legal)
- ปัจจัยอื่นๆ ที่จะมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร
 - มุมมอง / ความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชน
 - วัฒนธรรม นโยบาย แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย
 - สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน
 - วงรอบชีวิต (life cycle) ของบริการสุขภาพ
 - ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากความหลากหลาย
 - โอกาสที่จะปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการสุขภาพที่มีความสำคัญสูงกว่า
 - ความเสี่ยงทางการเงิน สังคม จริยธรรม กฎระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี และความเสี่ยงอื่นๆ
 - ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน
 - ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีรับรู้ เพื่อให้ได้รับรู้จุดบอดที่เป็นไปได้ในการวางแผน (potential blind spot) สิ่งที่ไม่เคยรู้มาก่อน จุดที่เรามองไม่เห็นด้วยตัวเอง ซึ่งอาจจะเป็นทั้งศักยภาพ จุดอ่อน หรือโอกาสและสิ่งคุกคาม (SWOT) ก็ได้ โดยอาศัยวิธีการต่อไปนี้
 - การรับฟังจากภายใน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทุกคนมีโอกาสเสนอความคิดเห็น ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสร้างความสัมพันธ์และรับฟังความต้องการของผู้รับผลงานด้วยวิธีการต่างๆ
 - การรับฟังหรือแสวงหาจากภายนอก ตรวจสอบสิ่งแวดล้อมภายนอก มองไปนอกองค์กร มองไปที่กิจการอื่น มองไปที่พื้นที่อื่น แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศกับองค์กรอื่น นำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาพิจารณาอย่างสม่ำเสมอ และมีการตัดสินใจที่เหมาะสม

- ทำทหายสมาชิกในที่มให้มองผ่านสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนและลองใช้จินตนาการพิจารณาว่าจุดแข็งขององค์กรจะเป็นจุดอ่อนได้อย่างไร และจุดอ่อนขององค์กรจะเป็นจุดแข็งได้อย่างไร
- ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างที่เราไม่คาดฝันมาก่อนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และใช้คำถามต่อไปนี้
 - วันนี้เราเรียนรู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว
 - คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้ก่อน
 - มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดซ้ำได้อีก
 - วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร
 - ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้
 - แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อ 5 ปีที่แล้วมีความเหมาะสมเพียงใด
- มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต (แม้เราจะคิดว่ามีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมากก็ตาม) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ
 - ข้อมูลการมารับบริการ
 - ข้อมูลระดับวิทยาของปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนความสามารถในการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ หรือความเสี่ยงที่จะไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกลยุทธ์
 - ความสามารถในการระดมทรัพยากรและความรู้ที่จำเป็น
 - ความคล่องตัวขององค์กรในการปฏิบัติตามแผนฉุกเฉิน
 - ความสามารถในการเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ในกรณีที่สถานการณ์บังคับและความสามารถในการปฏิบัติตามแผนที่มีการปรับเปลี่ยน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญ ● ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ● บทสรุปของการวิเคราะห์ข้อมูลคืออะไร นำผลการวิเคราะห์มาใชวางแผนอย่างไร ● สรุป Potential Blind Spot หรือสิ่งที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน	● มีการวิเคราะห์ข้อมูลรอบด้านเพียงใด เพียงพอสำหรับจัดทำกลยุทธ์หรือไม่

(3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนทำความเข้าใจความหมายต่อไปนี้
 - โอกาสเชิงกลยุทธ์ (strategic opportunities) เป็นการคาดการณ์สำหรับสิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงในด้าน ผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ รูปแบบการทำธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด การคาดการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นจากการคิดนอกกรอบ (outside-the-box thinking) การระดมสมอง การใช้ประโยชน์จากการค้นพบโดยบังเอิญ (serendipity) กระบวนการนวัตกรรมและการวิจัย การคาดการณ์จากสถานการณ์ปัจจุบันแบบไม่เป็นเส้นตรง (nonlinear extrapolation) และการใช้วิธีการอื่นๆ เพื่อจินตนาการถึงอนาคตที่แตกต่างออกไป การจะเกิดความคิดเหล่านี้ได้ต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมที่อิสระ ไม่ถูกชี้นำหรือครอบงำ
 - การพิจารณาว่าจะเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์ใดมาดำเนินการ จะต้องพิจารณาอย่างรอบด้านโดยคำนึงถึง ความเสี่ยงสัมพัทธ์ การเงิน และอื่นๆ แล้วจึงตัดสินใจเลือก อาจเรียกว่าเป็นการตัดสินใจเสี่ยงอย่างชาญฉลาด (intelligent risk taking)
 - นวัตกรรม (innovation) คือการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายเพื่อปรับปรุงผลิตภัณฑ์/บริการ กระบวนการ ประสิทธิภาพขององค์กร นำไปสู่การสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - เกิดจากการรับความคิด กระบวนการ เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ หรือโมเดลธุรกิจ ใหม่ ๆ หรือนำมาใช้ด้วยวิธีการใหม่
 - ผลลัพธ์ทำให้เกิดการปรับปรุงแบบก้าวกระโดด (discontinuous or breakthrough) ในผลลัพธ์ ผลผลิต/บริการ หรือกระบวนการ
 - นวัตกรรมเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน กระบวนการค้นหาโอกาสเชิงกลยุทธ์ และความเต็มใจที่จะนำ Intelligent Risks มาดำเนินการ
 - นวัตกรรมระดับองค์กรที่ประสบความสำเร็จเกิดจาก Multistep Process ของการพัฒนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจ การนำไปปฏิบัติ การประเมินผล และการเรียนรู้
 - นวัตกรรมอาจจะเกี่ยวกับเทคโนโลยี กระบวนการสำคัญขององค์กร โครงสร้างองค์กร โมเดลธุรกิจ เพื่อทำงานให้บรรลุผลดียิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงดำเนินการต่อไปนี้ในช่วงของการวางแผนและการทบทวนกลยุทธ์
 - ร่วมกันกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กร

- พิจารณาความเสี่ยงและปัจจัยอื่นๆ อย่างรอบด้านและเลือกโอกาสเชิงกลยุทธ์มาดำเนินการ
- ส่งเสริมให้ใช้นวัตกรรมเพื่อดำเนินการตามโอกาสเชิงกลยุทธ์ดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● โอกาสเชิงกลยุทธ์ที่ตัดสินใจเลือกมาดำเนินการและเหตุผลที่เลือก	● นวัตกรรมที่ตอบสนองต่อโอกาสเชิงกลยุทธ์

(4) องค์กรตัดสินใจเรื่อง**ระบบงาน**ขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ **และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.**

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจความหมายของคำว่าระบบงาน (work systems) ในภาพใหญ่ตามที่ MNBQA ให้ความหมายไว้
 - ระบบงานหมายถึงวิธีการที่ทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ ประกอบด้วยกระบวนการทำงานภายในและทรัพยากรภายนอกที่องค์กรนำมาพัฒนาและสร้างผลิตภัณฑ์/บริการ ส่งมอบให้แก่ลูกค้า และประสบความสำเร็จในตลาด
 - ระบบงานเกี่ยวข้องกับบุคลากร พันธมิตรและผู้ส่งมอบหลัก ผู้รับช่วง คู่ความร่วมมือ และองค์ประกอบอื่นๆ ในห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการผลิตและส่งมอบผลิตภัณฑ์และดำเนินธุรกิจ
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงานเป็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ เกี่ยวข้องกับการปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และตัดสินใจว่าอะไรที่ควรซื้อหรือผลิตจากนอกองค์กรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและองค์กรยังมีที่อย่างยั่งยืนในตลาด
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาตัวอย่างการกำหนดระบบงานโดยรวมของโรงพยาบาล
 - Sharp HealthCare (MBNQA winner 2007) กำหนดระบบงานของ Enterprise ว่าประกอบด้วย Emergency Care, Home Care, Hospice Care, Inpatient Care, Long-term-care, Mental Health Care, Outpatient Care, Primary / Specialty, Rehabilitation, Urgent Care

- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - งานที่ต้องทำให้สำเร็จตามพันธกิจและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร
 - พิจารณาว่าอะไรเป็นงานที่ต้องคงไว้ทำเองเพื่อปกป้องและใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาห่วงโซ่อุปทานที่จำเป็นเพื่อการให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทและผลงานของผู้ส่งมอบ พันธมิตร คู่ความร่วมมือผู้รับช่วง
 - พิจารณารูปแบบความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกใหม่ๆ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพหรือขยายบริการอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนา Software การให้เอกชนลงทุนเทคโนโลยีราคาแพงในสถานที่ของโรงพยาบาล การร่วมมือกับคลินิกเอกชนในการจัดบริการผู้ป่วยนอก การร่วมมือกับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องสรุปการตัดสินใจเรื่องระบบงาน
 - ระบบงานขององค์กรประกอบด้วยอะไรบ้าง
 - กระบวนการทำงานใดที่องค์กรจะดำเนินการเอง
 - กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ
 - กระบวนการทำงานใดจะทำโดยสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก
- ผู้นำระดับสูงและทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา “สมรรถนะหลักขององค์กร” (organization core competency) ในอนาคต
 - ทำความเข้าใจความหมายของสมรรถนะหลักขององค์กรว่าเป็นความสามารถขององค์กรที่เป็นหลักในการทำให้บรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป็นสิ่งที่องค์กรเชี่ยวชาญ เป็นสมรรถนะโดยรวมขององค์กร (ไม่ใช่สมรรถนะของบุคลากรแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม) เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ขององค์กรมีส่วนร่วม มีความสำคัญเชิงกลยุทธ์ ทำให้มีข้อได้เปรียบในการแข่งขัน อาจเกิดจากสิ่งต่อไปนี้
 - ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี
 - การให้บริการที่เป็นเอกลักษณ์
 - ตลาดเฉพาะกลุ่มที่น่าสนใจ (niche market)
 - ความเฉียบคมทางธุรกิจ (business acumen)
 - ศึกษาตัวอย่างการกำหนดความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร
 - การร่วมมือกับชุมชนและองค์กรในท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและสมาชิกในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์
 - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการเข้าไปในชุมชน

- การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศในด้านอุบัติเหตุและโรคหัวใจ
- ทบทวนพันธกิจและสิ่งแวดล้อมขององค์กรแล้วร่วมกันกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคต จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาให้เกิดความเชี่ยวชาญในสมรรถนะหลักดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ระบบงานโดยรวมของโรงพยาบาล และผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของแต่ละระบบงาน ● ความร่วมมือกับภายนอกที่ดำเนินการไปแล้ว และที่กำหนดเป็นแผนพัฒนา ● สมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคต และแนวทางการพัฒนา	● ประโยชน์ของการร่วมมือหรือมอบหมายให้องค์กรภายนอกดำเนินการในบางกระบวนการ

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

(1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เป้าประสงค์ (goals) ที่วัดได้และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ. (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์. (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในความหมายของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ว่าเป็นความมุ่งหมายที่ชัดเจนขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรจะต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาว เป็นการกำหนดทิศทางระยะยาวขององค์กร และใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะมุ่งเน้นทั้งภายนอกและภายในองค์กร เกี่ยวข้องกับโอกาสและความท้าทายที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ตลาด บริการ หรือเทคโนโลยี
- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่กำหนดขึ้นนั้น
 - เป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาวหรือไม่

- สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดสรรหรือปรับเปลี่ยนการจัดสรรทรัพยากรขององค์กรได้หรือไม่
- มีการกำหนดเป้าประสงค์ที่วัดได้และกรอบเวลาที่จะบรรลุชัดเจนหรือไม่
- มีการตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญขององค์กรอย่างครบถ้วนหรือไม่
- มีการใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์ ขององค์กรเพียงใด
- ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการหรือไม่
- มีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่
- มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยาหรือไม่
- มุ่งไปที่ประเด็นสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรหรือไม่ เช่น การเข้าถึงและตำแหน่งที่ตั้ง การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย (customization) ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้รับบริการอื่นๆ การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการดูแล คุณภาพและความปลอดภัย การสร้างเสริมสุขภาพ การตอบสนองอย่างรวดเร็ว การให้บริการในลักษณะบูรณาการ การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

- ตารางสรุปแสดงวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กรอบเวลาและเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในแต่ละช่วงเวลา (รวมทั้งตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตาม) และความสัมพันธ์กับความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (strategic challenges-SC), สมรรถนะหลักขององค์กร (core competencies-CC), ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ (strategic advantages-SA) และโอกาสเชิงกลยุทธ์ (strategic opportunities-SOp)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	เป้าประสงค์ระยะสั้น ระยะยาว	แผนปฏิบัติการระยะสั้น ระยะยาว	KPI	baseline	เป้าหมาย					ความสัมพันธ์			
				64	65	66	67	68		SC	CC	SA	SOp

SPA I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action Plan Development and Deployment)

- (1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดย:
 - (i) มีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด;
 - (ii) จัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;
 - (iii) มีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ.
- (2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:
 - (i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;
 - (ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบแผนกลยุทธ์แต่ละแผน มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ นำแผนกลยุทธ์ไปจัดทำแผนปฏิบัติการอย่างสอดคล้องกันหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด และนำแผนไปปฏิบัติ
- ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ วิเคราะห์ทิศทางในแผนกลยุทธ์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ร่วมกับบริบทหรือความต้องการของหน่วยงาน/ระบบงาน
 - จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับกลยุทธ์ขององค์กร ครอบคลุมทั้งแผนระยะสั้นที่เสร็จสิ้นภายใน 1 ปี และแผนระยะยาวที่ใช้เวลามากกว่า 1 ปี ระบุวัตถุประสงค์และเป้าประสงค์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ กิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงเพื่อบรรลุเป้าหมาย ทรัพยากรที่ต้องใช้ และกำหนดเวลาแล้วเสร็จที่ชัดเจน สามารถใช้ติดตามความก้าวหน้าและการบรรลุผลลัพธ์ได้
 - จัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับงานประจำ มีการระบุวัตถุประสงค์ของการให้บริการ (จำนวนและประเภทของกิจกรรมบริการ) และอาจเชื่อมโยงกับแผนอื่นๆ เช่น แผนบุคลากร แผนการบริหารความเสี่ยง แผนการสื่อสาร และแผนการเงิน

- มีกระบวนการในการอนุมัติแผนที่ชัดเจน
- องค์การถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:
 - ผู้รับผิดชอบหน่วยงาน/ระบบงานต่างๆ ทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงาน สร้างความตระหนักในบทบาทของแต่ละคน ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร และเป้าประสงค์ที่หน่วยงานต้องรับผิดชอบ
 - มีการถ่ายทอดแผนปฏิบัติการให้แก่ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์โดยกลไกที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีกลไกในการสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ในรูปแบบต่างๆ เช่น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตรวจเยี่ยมหน่วยงาน การรายงานความก้าวหน้า เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการพัฒนา
 - วิเคราะห์ความยั่งยืนที่คาดหวัง เช่น วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมการเรียนรู้
 - วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตัวอย่างแผนปฏิบัติการในประเด็นที่ท้าทาย ● ความยั่งยืนของการพัฒนาที่คาดหวัง และการดำเนินการเพื่อสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนดังกล่าว	● คุณภาพของแผนปฏิบัติการที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ● การรับรู้แผนปฏิบัติการของบุคลากร

(3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (financial viability).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงวิเคราะห์ความต้องการทรัพยากรเพื่อนำแผนไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ
 - ทรัพยากรครอบคลุมด้านการเงิน บุคลากร พื้นที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น
 - ประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและบริหารจัดการเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงินไว้ได้
 - จัดลำดับความสำคัญของความต้องการทรัพยากรของแต่ละแผนงาน
- ผู้นำระดับสูงจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ ให้แก่แผนงาน ระบบงาน และหน่วยงานต่างๆ อย่างสมดุลและเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรด้านการเงินและทรัพยากรด้านอื่นๆ รวมทั้งแผนงานที่อาจจะได้รับผลกระทบ และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว	● ความเพียงพอของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนบุคลากรสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ขีดความสามารถ (ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ) และอัตรากำลัง (จำนวนบุคลากร) ที่ต้องการเพื่อให้ปฏิบัติตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการได้สำเร็จ โอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง

- ผลกระทบของกลยุทธ์ที่มีโอกาสเกิดต่อบุคลากรขององค์กร
- การบริหารจัดการบุคลากรให้สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ และระบบบริการสำคัญ อาทิ
 - การเพิ่มอำนาจตัดสินใจ
 - การส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานระหว่างหน่วยงานวิชาชีพ และกับผู้บริหาร
 - การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร
 - การปรับระบบบริหารค่าตอบแทนและการยกย่องชมเชย
 - การศึกษาและฝึกอบรม เช่น การพัฒนาผู้นำในอนาคต การฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา
- จัดทำแผนบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ อย่างเหมาะสมกับพันธกิจ / โครงสร้างองค์กร / ทรัพยากร สอดคล้องกับความต้องการด้านบุคลากรในปัจจุบันและในอนาคต

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปแผนบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ	● ความเหมาะสมของแผนบุคลากร ● ความสำเร็จในการปฏิบัติตามแผนบุคลากร

(5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นสำคัญในแผนปฏิบัติการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกำหนดตัววัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน (ถ้าเป็นไปได้ ควรใช้กรอบมาตรฐาน ตอนที่ IV เป็นตัวช่วยในการจัดกลุ่มของตัวชี้วัดร่วมด้วย)
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกับทบทวนตัววัดที่ใช้อยู่และที่กำหนดขึ้นใหม่ ใช้แนวคิด Dashboard ที่เลือกสรรตัววัดระดับสูงที่ครอบคลุมทุกแง่มุมจำนวนน้อยตัว และ Cascade ไปสู่ระดับต่างๆ ในองค์กร
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง ใช้แนวคิด Theory of Change ในการทบทวนและกำหนดตัววัด เพื่อให้ได้ตัววัดที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมตามแผนกับเป้าประสงค์ของแผน ซึ่งสะท้อนสมมติฐานของการวางแผนการเปลี่ยนแปลง

- ผู้นำระดับสูงติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - ความก้าวหน้าและระดับผลการดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนหรือการขาดการณ์
 - สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปตัวชี้วัดสำคัญทั้งหมดที่ผู้บริหารระดับสูงใช้ติดตามความก้าวหน้า โดยแสดงความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์หรือเป้าหมายของแผนปฏิบัติการ	● ความครอบคลุมประเด็นสำคัญและ Alignment ของตัววัด

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการติดตามสถานการณ์เพื่อรับรู้ความจำเป็นในการปรับปรุงแผนปฏิบัติการ
 - การติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติตามแผน
 - การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอก
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการตามความจำเป็น
- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องถ่ายทอดแผนปฏิบัติการที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็วหรือในกรอบเวลาที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมาและที่มาของการปรับเปลี่ยนดังกล่าว	● ความเหมาะสมของการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

SPA I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient/Customer Listening)

- (1) องค์กรรับฟัง สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์:
 - (i) นำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้/วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;
 - (ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
 - (iii) ค้นหาข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันทั่วทั้งที่สามารถนำไปใช้ได้
 - (iv) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ
 - (v) ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people centred or patient/customer focused culture)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - เสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (voice of patient / customer) คือกระบวนการที่ไ้รับฟังสารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งควรเป็นกระบวนการเชิงรุก (proactive) และควรมีการสร้างนวัตกรรมในการรับฟังอย่างต่อเนื่องเพื่อรับรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งที่ระบุชัดเจนและมีได้ระบุชัดเจน เพื่อนำไปใช้สร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - ในการรับฟังเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อาจรวบรวมข้อมูลประเภทต่างๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการและมีความผูกพันกับองค์กร เช่น ข้อมูลจากการสำรวจ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพ ข้อมูลการตลาดและการขาย ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน

- การรับฟังในช่วงเวลาต่างๆ ของวงรอบชีวิตของการเป็นผู้รับผลงาน อาจใช้วิธีการที่แตกต่างกันและมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน ตัวอย่างการแบ่งวงรอบชีวิตของการเป็นผู้รับผลงาน เช่น ก่อนเข้ารับบริการ การรับบริการครั้งแรก การดูแลต่อเนื่อง และสิ้นสุดการรับบริการ เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ส่วนการตลาด และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดวิธีการรับฟังที่เหมาะสม
 - กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (patient/other customer group) อาจจะแบ่งเป็น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยในชุมชน ผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค
 - ส่วนการตลาด (market segments) อาจจะแบ่งตามภูมิลำเนา ระบบประกันสุขภาพ กลุ่มวัย อาชีพ/สถานประกอบการ เพื่อประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์การตลาด (ถ้าจำเป็น)
 - ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น เครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายผู้ป่วย/ผู้บริโภครายจ่ายในระบบประกันสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง กำหนดวิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ ซึ่งควรใช้วิธีการที่หลากหลายและเป็นวิธีการเชิงรุก โดยรับฟังทั้ง (1) การรับฟังโดยทั่วไป (2) การรับฟังระหว่างเข้ารับบริการ (3) การรับฟังทันทีหลังการเข้ารับบริการ (4) กลุ่มที่อาจจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในอนาคต
 - ข้อมูลทางระบาดวิทยาและข้อมูลการใช้บริการ เพื่อรับทราบปัญหาความต้องการสุขภาพที่สำคัญ
 - ข้อมูลจากการสำรวจ การตลาดและการขยาย การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม
 - ข้อมูลจากการสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ เช่น การตามเป็นเงาผู้ป่วย (patient shadowing) การทำแผนที่เดินทางผู้ป่วย (patient journey map)
 - ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียนต่างๆ ทั้งภายในองค์กร ส่วนราชการ และระบบประกันสุขภาพ
 - ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ (ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์เป็นวิธีการที่รับฟังที่กำลังขยายตัว และควรครอบคลุมคำวิพากษ์วิจารณ์ผ่านสื่อที่องค์กรดูแลและที่องค์กรควบคุมไม่ได้)

- การรับ Immediate Actionable Feedback
 - ควรมีระบบที่ Proactive ในการติดตามข้อมูลป้อนกลับ โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มที่มีศักยภาพในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง
 - ระยะเวลาในการติดตาม ควรดำเนินการทันทีเมื่อสิ้นสุดการเข้ารับบริการ
 - วิธีการในการติดตามอาจจะเป็นการใช้โทรศัพท์ การใช้เครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่ การรับฟังจากชุมชน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทบทวนข้อมูลที่ได้รับว่าเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน ออกแบบบริการ และปรับปรุงกระบวนการทำงานได้เพียงใด ปรับปรุงวิธีการรับรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลดังกล่าว และนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์
 - ข้อมูลเพื่อการวางแผน ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและชุมชนที่มีผลต่อการกำหนดทิศทางและการวางแผนกลยุทธ์ ทำให้ได้บริการใหม่ กลุ่มผู้รับบริการใหม่ วิธีการทำงานใหม่ ความร่วมมือใหม่ รวมถึงการสร้างศรัทธา ความเชื่อมั่น และภูมิคุ้มกันต่อสถานพยาบาล
 - ข้อมูลเพื่อการออกแบบบริการ ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังที่นำมาใช้กำหนดคุณลักษณะของบริการ (service offering) และข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) รวมถึงความต้องการที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งประชาชนอาจจะไม่ทราบหรือไม่รับรู้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น เมื่อพบว่าเกษตรกรมีปัญหาล้างมือมาก ข้อมูลที่จะนำมาใช้ออกแบบบริการคือข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่าเกษตรกรทำงานกันอย่างไรจึงปวดล้าง ทำอย่างไรจึงจะไม่ปวด แล้วนำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรจะต้องเกิดขึ้นมาออกแบบบริการ เป็นต้น
 - ข้อมูลเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน ได้แก่ ความต้องการและความคาดหวังที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการ เสี่ยงสะท้อนจากการเข้ารับบริการ
 - ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ เช่น ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากร การจัดอัตราค่าจ้าง การเตรียมรับมือกับความหลากหลายของสถานการณ์ การแก้ปัญหาในงานประจำ เป็นต้น

- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people centred or patient/customer focused culture)
 - การมุ่งคนหรือผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลางเบื้องต้น
 - การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน
 - การทำตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ลดของเสีย/ความผิดพลาด/ข้อร้องเรียน
 - การเข้าใจความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สร้างความสัมพันธ์ และสร้างประสบการณ์ที่ดีในทุกจุดสัมผัส (touch point) ของการได้รับบริการ
 - ไวต่อการรับรู้ความต้องการของผู้รับผลงานที่เกิดขึ้นใหม่ คาดการณ์ความปรารถนาของผู้รับผลงานในอนาคต
 - Patient- and Family-centred Care ในความหมายที่กว้าง คือการดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของ Mutually Beneficial Partnerships ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ป่วย และครอบครัว เน้นความร่วมมือกับผู้คนในทุกกลุ่มอายุทุกระดับบริการ และทุก Setting ของบริการสุขภาพ มีเป้าหมายหลักเพื่อสุขภาพและสุขภาวะของบุคคลและครอบครัว และมีแนวคิดดังนี้ (1) Dignity and Respect รับฟังและให้เกียรติต่อมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว นำความรู้ ความเชื่อ วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวมาพิจารณาวางแผนและจัดบริการ (2) Information Sharing สื่อสารและแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนปราศจากอคติกับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งนำมาสู่ (3) Participation การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลและตัดสินใจ (4) Collaboration ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ ในเรื่องการจัดบริการ การออกแบบสถานที่ การให้ความรู้ และการวิจัย
 - People-centred Care การดูแลที่มุ่งเน้นและจัดระบบโดยใช้ความต้องการด้านสุขภาพและความคาดหวังของผู้คนและชุมชนเป็นตัวตั้งแทนการใช้โรคเป็นตัวตั้ง เป็นการขยายขอบเขตจากผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไปสู่บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม กล่าวคือให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้คนในชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพเดียวกันรวมถึงบทบาทสำคัญของผู้คนเหล่านั้น ที่มีต่อนโยบายสุขภาพและบริการสุขภาพ โดยทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญและมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน (ผู้ป่วย แพทย์ ครอบครัว นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ)

- การใช้คำว่า People-centred แทน Patient-centred คือการที่ไม่มองผู้ป่วยอย่างลดทอนเหลือเพียงการเจ็บป่วย แต่มองว่าเป็นบุคคลที่มีความสามารถ มีความต้องการ และมี Preferences ซึ่งสามารถเป็น Full Partner ในการดูแล ไม่ใช่เพียงผู้ถูกกระทำ
- People-centred Healthcare หรือ Person-centred Healthcare (McCormack & McCance, 2017) คือการปรับเปลี่ยนจากการดูแลจาก Traditional Biomedical Model ไปสู่ให้ความสำคัญกับ Patient Choice and Autonomy ซึ่งวัฒนธรรมนี้มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่
 - พื้นฐานอยู่ที่บุคลากร: มีความสามารถทางวิชาชีพ มี Interpersonal Skills มีความมุ่งมั่นกับงาน รู้จักตนเอง แสดงออกถึงค่านิยมและความเชื่อของตนเองอย่างชัดเจน
 - สิ่งแวดล้อมในการดูแล: Skill Mix ของผู้ให้บริการ ระบบที่เอื้อต่อการร่วมตัดสินใจ การแบ่งปันอำนาจ ความสัมพันธ์ของบุคลากร ระบบขององค์กรที่เกื้อหนุน การสร้างนวัตกรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ
 - กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง: การทำงานกับความเชื่อและค่านิยมของผู้ป่วย การเชื่อมต่อกับผู้ป่วยอย่างจริงใจ ความเอื้ออาทร การตัดสินใจร่วมกัน การดูแลแบบองค์รวม
 - ผลลัพธ์ที่คาดหวัง: Good Care Experience ทั้งในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมในการดูแล ความรู้สึกของการมีสุขภาวะที่ดี และ Existence of a Healthful Culture
- People-centred Organizational Cultures ในมุมมองของการบริหารองค์กร จะเน้นที่คนทำงาน โดยอยู่บนพื้นฐานความคิดว่า (1) ทุกคนมีความสำคัญ (2) เชื่อมั่นว่าผู้คนช่วยกันหล่อหลอมวัฒนธรรมองค์กร (3) คนที่มีความสุขทำงานร่วมกันจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า (4) เพื่อประโยชน์ของทุกคน (Black & La Venture, 2015)
- ผู้นำทุกระดับนำข้อมูลเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับบริการที่ตนรับผิดชอบ มาวิเคราะห์และดำเนินการปรับปรุงระบบงานที่สะท้อนการสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง
 - วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการของผู้รับผลงานในปัจจุบันและการคาดการณ์ในอนาคต ความผิดพลาดและข้อร้องเรียนต่างๆ

ข. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

(1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเป้าหมายและแนวทางการจำแนกผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
 - เป้าหมายของการจำแนกกลุ่มคือ
 - กำหนดวิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม
 - รับรู้ความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกันในผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม เพื่อสามารถตอบสนองได้อย่างเหมาะสม
 - กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ (เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่ซับซ้อน หรือเป็นกลุ่มที่มีความหมายต่อความอยู่รอดของโรงพยาบาล)
 - การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการจำแนกส่วนการตลาด อาจมีแนวทางพิจารณาที่แตกต่างกัน
 - การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ควรจำแนกตามลักษณะความต้องการและความคาดหวังที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านหรือชุมชน เป็นต้น
 - การจำแนกส่วนการตลาด เป็นการจำแนกผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันด้วยเป้าหมายเพื่อที่จะค้นหาส่วนที่ให้ผลตอบแทนต่อการทำธุรกิจสูงสุด (high yield segments) ซึ่งจะมีความสำคัญสำหรับภาคเอกชน หรือในภาครัฐที่ต้องพึ่งตนเองด้านการเงินมากขึ้น การจำแนกส่วนอาจจำแนกได้ตามภูมิศาสตร์ ตามช่องทางการให้บริการ ตามเทคโนโลยีที่ใช้ ตามระบบประกันสุขภาพ ตามหน้าที่ในการให้บริการ (เพื่อบริการสังคม กับสร้างรายได้ให้โรงพยาบาล) เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจำแนกกลุ่มหรือส่วนผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีความหมายกับโรงพยาบาลโดยไม่ลืมที่จะพิจารณาผู้รับผลงานอื่นๆ ที่มีใช้ผู้รับบริการด้วย เช่น ผู้จ่ายเงิน นักศึกษา ชุมชน เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานพิจารณากลุ่มที่จะมุ่งเน้นหรือต้องใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งทำความเข้าใจเหตุผลที่ต้องมุ่งเน้นร่วมกัน อาทิ

- เป็นนโยบายของประเทศ
- เพื่อความสำเร็จหรือความมั่นคงทางการเงินขององค์กร
- เป็นปัญหาหรือความต้องการเฉพาะในพื้นที่
- เป็นกลุ่มที่มีความท้าทายหรือยังมีโอกาสปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการจำแนกผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นกลุ่มต่างๆ ที่มีความหมายต่อโรงพยาบาล ● กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่โรงพยาบาลจะมุ่งเน้นหรือใส่ใจเป็นพิเศษ พร้อมทั้งเหตุผลประกอบ	● การเปลี่ยนแปลงวิธีการพึงเสียงของผู้รับบริการที่เป็นผลจากการจำแนกกลุ่ม ● การเปลี่ยนแปลงการจัดบริการให้แก่กลุ่มผู้รับบริการที่องค์กรมุ่งเน้น

(2) องค์กรกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ/ความต้องการ ความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. การกำหนดลักษณะสำคัญครอบคลุม:

- (i) บริการสุขภาพในภาพรวม;
- (ii) บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ;
- (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
- (iv) บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - บริการสุขภาพที่องค์กรจัดบริการ (health service offerings)
 - Service offering ครอบคลุมทั้งตัว Service และคุณลักษณะสำคัญของ Service ตลอดวงจรรอบชีวิตและห่วงโซ่การบริโภค
 - การกำหนดคุณลักษณะสำคัญของ Service ควรมุ่งเน้น ลักษณะที่มีผลต่อความชื่นชอบ (Preference) ของผู้ป่วย เช่น Reliability, Value, Delivery, Timeliness, Customization, Ease of Use, Customer Support, Relationship, Privacy เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้อง (ทีมที่ดูแลผู้ป่วยในส่วนต่างๆ) รับผิดชอบ
 - การแบ่งหน้าที่เพื่อกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพตามระดับและ Setting

- บริการสุขภาพในภาพรวม ได้แก่ บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ ได้แก่ บริการสุขภาพสาขาเฉพาะทางต่าง ๆ และบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่าง ๆ ซึ่งหน่วยงานย่อยในแต่ละสาขาก็อาจกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพสำหรับหน่วยงานนั้น ๆ
 - บริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง บริการสุขภาพที่คำนึงถึงเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ หรือ เช่น OPD ศัลยกรรมกระดูกอาจกำหนดละเอียดลงไปถึง (1) ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทางกระดูกและกล้ามเนื้อ (2) ผู้ป่วยที่มีการเสื่อมสภาพของกระดูกและข้อ เป็นต้น
 - บริการสุขภาพเชิงรุกตาม Setting ต่าง ๆ (สถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ) เช่น บริการเยี่ยม/ดูแลที่บ้าน บริการเชิงรุกในชุมชน/สถานประกอบการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น
- การทบทวน Service Offering
- ทบทวน Service Offering ที่ให้บริการอยู่ในปัจจุบัน เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้มาจากการรับฟังใน I-3.1ก และพิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงคุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพ ที่มีอยู่อย่างไร
 - พิจารณาว่าควรมีการเพิ่มเติมบริการสุขภาพอะไร และมีคุณลักษณะสำคัญอะไร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปบริการสุขภาพในภาพรวมและคุณลักษณะสำคัญของบริการดังกล่าว โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลเสี่ยงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ○ สิ่งจัดให้บริการในปัจจุบัน ○ สิ่งที่มีการเพิ่มเติมหรือปรับปรุงในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา ○ แผนที่จะมีการปรับปรุงในอนาคต	● ร้อยละของสาขาบริการและหน่วยบริการที่มีการจัดทำลักษณะสำคัญของบริการที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการ และนำไปใช้ประโยชน์ในการสื่อสารกับทีมงาน

SPA I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

(1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล (respect personal preferences) เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - โอกาสในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีระดับใดบ้าง เช่น
 - ระดับบุคคลระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกระดับกับผู้รับบริการ ตั้งแต่จุดแรกที่ผู้รับบริการ และตลอดทุกช่วงเวลาของการให้บริการ
 - ระดับองค์กรกับตัวแทนของผู้รับบริการ
 - ระดับองค์กรกับผู้รับผลงานอื่นๆ เช่น ผู้จ่ายเงิน เป็นต้น
 - ความผูกพันของลูกค้า หมายถึงการสื่อสารและเชื่อมต่อระหว่างลูกค้าและองค์กร โดยให้ลูกค้ามีส่วนร่วมในกระบวนการและมีโอกาสควบคุมกระบวนการ ทำให้เพิ่ม Brand Awareness & Loyalty และบอกต่อการเชื่อมต่อนี้อาจจะเป็น Reaction, Interaction, Effect หรือ Overall Customer Experience
 - ระดับขั้นของความผูกพันของผู้ป่วย (Patient Engagement)
 - พึงพอใจกับบริการที่ได้รับ
 - มีโอกาสซักถามและได้รับข้อมูล
 - มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแลตนเอง
 - มี Ownership ในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - มีส่วนในการสร้างสุขภาวะให้แก่เพื่อนผู้ป่วยและสังคม เช่น กลุ่ม Self-help Group เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์และหา Good Practice ในการสร้างความสัมพันธ์และสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละระดับ (อาจจะใช้เทคนิค appreciative inquiry หรือ dialogue) คัดเลือกวิธีการที่สมควรได้รับการขยายผล และมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบดำเนินการขยายผล

- ตัวอย่างวิธีการในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นเหมือนญาติมิตรอย่างง่าย ๆ คือการใช้ Momma Test ให้เจ้าหน้าที่ตั้งคำถามว่าถ้าผู้ป่วยรายนี้เป็นแม่ของตัวเอง จะพอใจกับการดูแลที่เป็นอยู่หรือไม่ ถ้าไม่พอใจจะทำอย่างไร
- การนำ Patient Preference มาพิจารณาในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น การเรียกขานชื่อ ตัวเลือกในการดูแลและวิธีการรักษา เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมื้ออาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยือน เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการทำการศึกษา วิเคราะห์ เพื่อหาโอกาสพัฒนาในการสร้างความสัมพันธ์ ดังต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องการสร้างความสัมพันธ์ และช่องทางการติดต่อ
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - ผู้รับบริการมีความรู้สึกอย่างไรต่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการ ณ จุดต่างๆ แสดงออกต่อตน
 - ระดับความร่วมมือในการบำบัดรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว (ทั้งการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การตัดสินใจ และการปฏิบัติตามแผน) เป็นอย่างไร ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ยังเป็นปัญหาอยู่ มีโอกาสพัฒนาขึ้นได้อย่างไร
 - ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง โรงพยาบาลสามารถปรับปรุงปัจจัยดังกล่าวอย่างไรได้บ้าง
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นต้น)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Good Practice ในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระดับต่างๆ และมี การนำไปใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาล	● ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ

- (2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้สามารถสืบค้นข้อมูล/สารสนเทศ และรับการช่วยเหลือ: (ดู II-1.1 ก.(9) ร่วมด้วย)
- (i) ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;
 - (ii) สนับสนุนผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางต่าง ๆ ที่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานติดต่อกับโรงพยาบาล อาทิ
 - ช่องทางการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการของโรงพยาบาลควรมีหลายภาษาที่ตอบสนองความต้องการ ความหลากหลายของกลุ่มประชากร และชุมชน โดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเข้าถึงและค้นหาข้อมูลดังกล่าว รวมถึงควรมีการสื่อสารและเผยแพร่ต่อสาธารณะที่ชัดเจน เช่น การเผยแพร่ผ่าน Website เป็นต้น
 - ช่องทางการขอรับบริการจากโรงพยาบาล
 - ช่องทางการขอรับการช่วยเหลือเพิ่มเติม ทั้งในส่วนของการสนับสนุนการดูแลตนเองที่บ้านและด้านอื่นๆ
 - ช่องทางการเสนอข้อร้องเรียน
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาช่องทางต่าง ๆ ให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ อาทิ
 - การค้นหาข้อมูลทาง Internet ซึ่งมีข้อมูลต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ
 - การขอรับบริการด้วยระบบนัด การเพิ่มช่องทางให้บริการต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการร่วมกับชุมชน อาทิ
 - ช่องทางในการเสนอข้อร้องเรียนที่สะดวกและมีประสิทธิภาพ เช่น การมองหาผู้รับบริการที่มีโอกาสเกิดปัญหาหรือความไม่พึงพอใจในเชิงรุก, การมี Patient Representative, การใช้ Voice Record และการมีระบบตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ (ดูข้อต่อไป)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับช่องทางการติดต่อต่างๆ ข้างต้น สื่อสารและติดตามให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลของช่องทางการติดต่อต่างๆ และพัฒนาให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนการเกื้อหนุนและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- ทบทวนความต้องการด้านการเกื้อหนุนและให้ความช่วยเหลือที่เคยได้รับการร้องขอ เช่น การติดต่อกับญาติ การขอความช่วยเหลือในประเด็นด้านกฎหมาย เป็นต้น
- ทบทวนความพร้อมของทีมงานในการเกื้อหนุนและให้ความช่วยเหลือ
- จัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่สมควรเผยแพร่ต่อสาธารณะ ตลอดจนช่องทางต่าง ๆ ที่จะใช้เผยแพร่ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ
 - ข้อมูลบริการและวิธีการเข้าถึงบริการ
 - ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชน
 - ข้อมูลเกี่ยวกับผลการดูแลผู้ป่วย คุณภาพบริการ และผลการดำเนินการขององค์กร ที่สามารถเผยแพร่ได้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ช่องทางการติดต่อสำหรับผู้รับบริการที่โรงพยาบาลมีให้ และประสิทธิผลของช่องทางดังกล่าว ● ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการที่โรงพยาบาลเผยแพร่ต่อสาธารณะ	● ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ต่อการสืบค้นข้อมูลและการได้รับความช่วยเหลือ

(3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันทั่วทั้งที่และมีประสิทธิผล: (i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและมีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ (ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานภายในระยะเวลาที่กำหนด (iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเป้าหมายของระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ (customer complaint management system) ว่าเพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์เชิงลบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการให้เป็นประสบการณ์เชิงบวกและป้องกันการเกิดซ้ำ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการจัดการกับคำร้องเรียนของผู้รับบริการ
 - การฝึกอบรมและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรทุกระดับ
 - การจัดตั้งและฝึกอบรมทีมงานลูกค้าสัมพันธ์หรือทีมงานประสานความเข้าใจตามความเหมาะสม
 - การตอบสนองเบื้องต้น ณ จุดรับบริการ เมื่อมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจ
 - การสืบค้น แก้ปัญหา และแจ้งให้ผู้ร้องเรียนทราบ
 - การดำเนินการในกรณีที่เกิดความสูญเสียรุนแรง
 - การประเมินผลการตอบสนองแต่ละราย (ความรวดเร็วในการตอบสนอง ระดับการแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้รับบริการและมุมมองของเจ้าหน้าที่)
 - การจัดระบบรวบรวมข้อมูล
- มีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวางระบบในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ลักษณะคำร้องเรียน ความถี่ แนวโน้ม และอาจรวมไปถึงการวิเคราะห์ root cause เป็นต้น) นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์คำร้องเรียนที่มีลักษณะต่อไปนี้เป็นพิเศษ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างจริงจัง
 - คำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล (แม้จะมีเพียงน้อยราย)
 - คำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้มลดลง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการประเมินการตอบสนองคำร้องเรียน ● ผลการวิเคราะห์ลักษณะของคำร้องเรียน และแนวโน้ม ● การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากคำร้องเรียน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	● การแก้ไขข้อร้องเรียนภายในระยะเวลาที่กำหนด ● ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง ● อัตราการนำข้อร้องเรียนไปปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Determination of Patient/Customer Satisfaction and Engagement)

- (1) องค์การประเมินความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ.
- (2) องค์การประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่าง ๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - การประเมินความพึงพอใจและความผูกพัน ควรมุ่งไปสู่การหาโอกาสพัฒนา มากกว่าความพอใจที่ได้คะแนนสูง
 - ควรมีการประเมินความพึงพอใจในประเด็นที่มีคุณค่าต่อผู้ป่วยและมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย
 - ควรมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อให้ได้สารสนเทศที่นำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น
 - การเปรียบเทียบความพึงพอใจในแง่มุมต่าง ๆ
 - การเปรียบเทียบระหว่างความพึงพอใจต่อหน่วยงานหรือวิชาชีพต่าง ๆ
 - การวิเคราะห์แนวโน้มของความพึงพอใจในประเด็นที่สำคัญ
 - การประเมินความไม่พึงพอใจ ควรใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากการใช้คะแนนต่ำสุดของความพึงพอใจ อาทิ
 - คำถามปลายเปิดที่เป็นข้อเสนอแนะ
 - ข้อมูลจากระบบรับคำร้องเรียน
 - ข้อมูลจากการสังเกตหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ
 - การประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น
 - คำถามพื้นฐานคือการกลับมาใช้บริการซ้ำ การแนะนำผู้อื่นมาใช้บริการ
 - ความผูกพันที่แสดงออกจากการมาใช้บริการต่อเนื่อง: ผู้มีปัญหาที่ไม่มาติดต่อ ระยะเวลารอที่นานเกินเหตุ ผู้ที่ละเลิกความพยายามในการติดต่อ การขาด Follow-up
 - ความผูกพันที่แสดงออกผ่านการดูแลตนเอง: การปฏิบัติตามคำแนะนำ ความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การวัดระดับของ Patient Activation (ความพร้อมที่จะดูแลตนเอง) อาทิ

- การยอมรับความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- การให้ความสำคัญกับการมีบทบาทที่เข้มข้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- ความรู้เกี่ยวกับฤทธิ์ของยาแต่ละตัวที่แพทย์สั่ง
- ความรู้ว่าเมื่อไรที่ดูแลปัญหาได้ด้วยตนเอง เมื่อไรต้องไปพบแพทย์
- ความมั่นใจที่จะสื่อสารสิ่งที่ตนเองหวั่งกังวล
- ความมั่นใจในการใช้ยาด้วยตนเอง
- การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น การกิน การออกกำลังกาย ทั้งในยามปกติและยามที่มีความกดดันหรือความเครียดเป็นต้น
- ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
- ความมั่นใจในการหาคำตอบสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้รับบริการ โดยพิจารณาวิธีการวัดผลให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม
 - การประเมินความพึงพอใจ อาจจะใช้การสำรวจ การรับเสียงสะท้อนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การรับข้อร้องเรียน
 - การเก็บข้อมูลอาจจะใช้ Internet การติดต่อกับบุคคลโดยตรง การใช้หน่วยงานที่สาม หรือโดยไปรษณีย์
 - เนื่องจากคะแนนความพึงพอใจจะมีปัญหาในเรื่องของความน่าเชื่อถือ การให้ความสำคัญกับการติดตามอัตราความพึงพอใจในระดับที่มากที่สุด หรือ Top Box อาจจะเป็นประโยชน์มากกว่าการติดตามค่าเฉลี่ย และควรให้ความสำคัญกับหัวข้อประเมินที่ได้รับคำตอบความไม่พึงพอใจมากกว่าหัวข้ออื่นๆ ว่ามีสาเหตุจากอะไร
 - ควรกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างที่ทำให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ใช้จำนวนที่เหมาะสมที่จะไม่เป็นภาระ ดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล แต่สามารถให้ข้อมูลเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยได้
- ผู้นำระดับสูงสร้างความมั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องนำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาไปดำเนินการปรับปรุง

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาวิธีการประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ความผูกพัน และการรับข้อมูลป้อนกลับจากผู้รับบริการ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นต้น)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ความแตกต่างของวิธีการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจในผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม ● การพัฒนาที่เป็นผลมาจากการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ● การพัฒนาวิธีการประเมินความพึงพอใจและติดตามข้อมูลป้อนกลับ	● ผลการประเมินความพึงพอใจ/ไม่พึงพอใจ/ความผูกพัน ของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม

SPA I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบในการให้การคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย
 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษามีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
 4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพ ของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน
 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
 6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่ได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
 8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือขอข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้
- ทีมที่เกี่ยวข้องวางระบบเพื่อค้นหาโอกาสคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเชิงรุก หรือมีระบบคัดกรองเพื่อให้สัญญาณเตือนสำหรับผู้ป่วยที่เข้าข่าย เช่น ผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิต เป็นต้น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาหรือความไม่พร้อมในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วย (อาจจะใช้ FMEA วิเคราะห์) และปรับปรุงกระบวนการ เช่น การขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ปรากฏในเวชระเบียน เป็นต้น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ควรใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย และวางแผนทางปฏิบัติ อาทิ
 - โอกาสที่จะมีการเลือกปฏิบัติ หรือมีความแตกต่างในการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น (medical necessity) ในผู้ป่วยที่อยู่ใต้ระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน
 - โอกาสที่ผู้รับบริการจะไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลในลักษณะที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสม
 - โอกาสที่ผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตจะไม่ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาที่

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การวางระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามประเด็นโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ ที่วิเคราะห์มาได้ หรือที่พบปัญหาจากการตามรอย	● ผลการประเมินการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมสร้างความตระหนักและฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่ราบรียบบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สร้างเจตคติที่ดีต่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย เช่น การทำเรื่องนี้ได้ดีคือการสร้างภูมิคุ้มกันให้องค์กรและเจ้าหน้าที่ เป็นต้น
- การจัดระบบพร้อมตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ
 - วิเคราะห์และออกแบบระบบงานเพื่อตอบสนองสิทธิผู้ป่วย
 - ตามรอยเพื่อรับรู้ความพร้อมและการปฏิบัติในการคุ้มครองผู้ป่วย
 - ปรับปรุงให้ระบบมีความพร้อม

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำสื่อเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยในลักษณะที่เข้าใจง่าย โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยใน ควรเป็นเอกสารประจำห้องหรือประจำเตียง
- หน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ตามประกาศของแพทยสภา ที่ 50/2563
 - ข้อ 1 การเอาใจใส่และดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการรักษาพยาบาล ทั้งนี้หากผู้ป่วยเห็นว่าไม่อาจทำตามคำแนะนำดังกล่าวได้ ผู้ป่วยควรแจ้งให้ทราบโดยทันที เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุดร่วมกัน
 - ข้อ 2 ผู้ป่วยพึงเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพ “ที่เป็นจริงและอยู่ในความรับรู้” ของผู้ป่วย แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทั้งนี้เพื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะได้รับทราบข้อมูลด้านสุขภาพทั้งหมด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการให้การรักษาพยาบาลและป้องกันมิให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง
 - ข้อ 3 ผู้ป่วยพึงปฏิบัติตามระเบียบที่สถานพยาบาลกำหนดไว้
 - ข้อ 4 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่าการใช้สิทธิการรักษาพยาบาล รวมทั้งสิทธิผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้อื่น
 - ข้อ 5 ผู้ป่วยพึงหลีกเลี่ยงการกระทำการใดๆ อันเป็นการรบกวนการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและบุคลากรสาธารณสุข หากมีกรณี que ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยต่อการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว ท่านสามารถให้

- คำแนะนำหรือใช้สิทธิร้องเรียนได้ตามระเบียบปฏิบัติของสถานพยาบาลนั้นๆ
- ข้อ 6 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า ห้องฉุกเฉินเป็นสถานที่ซึ่งจัดเตรียมไว้เป็นการเฉพาะเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ตกอยู่ใน “ภาวะเร่งด่วนและเป็นภัยอันตรายอันใกล้ต่อชีวิต” เป็นสำคัญ บุคลากรสาธารณสุขจะให้การรักษาดำเนินการตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์เป็นสำคัญ ดังนั้นพึงหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นการกระทำการใดๆ อันเป็นการรบกวนการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของบุคลากรในห้องฉุกเฉิน
- ข้อ 7 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า “ทรัพยากรในระบบสาธารณสุขมีราคาแพงและมีจำนวนจำกัด” ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมร่วมกับสถานพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีมาตรการในการจัดสรรการใช้ทรัพยากรอันมีค่าอย่างระมัดระวังการกระทำการใดๆ ของผู้ป่วยโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์อาจส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรอันมีค่า และส่งผลเสียร้ายแรงต่อการรักษาพยาบาลของตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งต่อผู้ป่วยท่านอื่น
- ข้อ 8 ผู้ป่วยพึงเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยท่านอื่น ในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ห้ามกระทำการถ่ายรูป บันทึกเสียงหรือภาพเคลื่อนไหว รวมทั้งกระทำการอื่นใดที่คล้ายคลึงกันนี้ โดยมีได้รับความยินยอมก่อน
- ข้อ 9 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า “เอกสารลงนามในการให้ความยินยอมเพื่อรับการรักษายาบาล” เป็นเอกสารสำคัญที่ให้รายละเอียด ตลอดจนข้อจำกัดและความเสี่ยงของการรักษาพยาบาล ดังนั้นก่อนทำการลงนามในเอกสารดังกล่าว ผู้ป่วยต้องอ่านและทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ก่อน ทั้งนี้หากมีข้อสงสัยหรือมีความไม่เข้าใจใดๆ ควรสอบถามผู้เกี่ยวข้องก่อนการลงนามทุกครั้ง
- ข้อ 10 ผู้ป่วยพึงตระหนักว่า การละเลยหรือไม่ปฏิบัติตามรายละเอียดข้างต้น อาจส่งผลเสียต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเอง และในบางกรณี หากเกิดความเสียหายต่อสถานพยาบาลหรือผู้ป่วยท่านอื่น ท่านอาจได้รับโทษตามที่กฎหมายบัญญัติ

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกเข้าไปตามจุดบริการต่างๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย
- ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

(4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายจากการให้บริการ
 - การทำร้ายด้านร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น
 - การทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่คุกคาม เป็นप्रवर्ष ไม่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปิดโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น การข่มขู่ การกักขัง เป็นต้น
 - การทำร้ายด้านสังคม เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เป็นต้น
- วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สำรวจว่าโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ใดบ้าง เช่น การซักประวัติที่ OPD, การ Expose ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยรวม, ค่านิยมและความเชื่อตามประเพณี เป็นต้น
- วางแนวทางปฏิบัติเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในโอกาสดังกล่าว

(6) องค์การสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกัน จะได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน [ครอบคลุมใน 3.3 ก (1) เรื่องการไม่เลือกปฏิบัติแล้ว]

(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์
 - ความครอบคลุมของ “การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์” หมายความว่า การศึกษาวิจัย และการทดลองเภสัชผลิตภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ การศึกษาธรรมชาติของโรค การวินิจฉัย การรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่กระทำต่อมนุษย์ รวมทั้งการศึกษาวิจัยจากเวชระเบียนและสิ่งส่งตรวจต่างๆ จากร่างกายของมนุษย์ด้วย
 - การได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น
 - การปฏิบัติต่อผู้ถูกทดลองเช่นเดียวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 - การรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง
 - การได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมที่เกี่ยวข้องแล้วเท่านั้น
 - การปฏิบัติตามแนวทางจริยธรรมของการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ และจรรยาบรรณของนักวิจัย
- ผู้นำองค์กรวางระบบการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก ควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาความรู้เพื่อการดูแลผู้ป่วย อาทิ
 - การจัดตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรม หรือการมีระบบอำนวยความสะดวกในการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมภายนอก
 - การสื่อสาร การขอความยินยอม และการมีระบบรับคำร้องเรียนจากผู้เข้าร่วมงานวิจัย
 - การมีระบบคุณภาพ ความปลอดภัย และบริหารความเสี่ยงที่เหมาะสมกับโครงการวิจัย
 - การมีระบบติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Good Practice ในกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (การสร้างความตระหนัก การสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบ การคำนึงถึงสิทธิในทุกกิจกรรม การปกป้องจากการถูกทำร้าย การเคารพความเป็นส่วนตัว การไม่เลือกปฏิบัติ การคุ้มครองสิทธิในผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย)	● การประเมินผลลัพธ์จากมุมมองของผู้ป่วยในแง่มุมต่างๆ เช่น การรับรู้สิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย การดูแลที่ได้รับการปกป้องและเคารพความเป็นส่วนตัว ฯลฯ

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (Care for Patients with Specific Needs)

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายวางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้จากไปอย่างสงบ
 - การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว
 - การช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

- (2) ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเด็ก สร้างความมั่นใจว่าเด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น
 - การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
 - การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
 - หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต
 - เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
 - เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรื้อรัง เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
 - พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล

- ทีมดูแลผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - การวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และการออกแบบระบบเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว
 - การประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

(3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกยึด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้การแยกหรือผูกยึด วางระบบการดูแลโดยพิจารณาประเด็นสำคัญต่อไปนี้
 - กำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้การแยกหรือผูกยึด (ซึ่งถือว่าการจำกัดสิทธิผู้ป่วยอย่างหนึ่ง) โดยให้มีเหตุผลทางคลินิกที่สมควร หรือมีแนวทางในการใช้ทางเลือกทดแทน
 - กำหนดกระบวนการในการได้รับอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
 - ติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น ประเมินความจำเป็นที่ยังต้องมีการแยกหรือผูกยึดผู้ป่วยและยุติการใช้โดยเร็วที่สุด

(4) ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้บริหารระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่อาจได้รับผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ เช่น การแยกกักตัวตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ การบังคับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด การดูแลเด็กตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยศึกษาข้อกำหนดของกฎหมายที่ต้องปฏิบัติตาม วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รับไว้ดูแล กำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้มั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Good Practice ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกหรือผูกยึด)	● ประสพการณ์ของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง

SPA I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis, and Improvement of Organizational Performance)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

- (1) องค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อติดตามการปฏิบัติงานและผลการดำเนินการขององค์กร ในลักษณะที่เชื่อมโยงและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน:
- (i) ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน;
 - (ii) ติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
 - (iii) ติดตามผลการดำเนินการโดยรวม ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการ ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลการดำเนินการของระบบบริการ ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร ผลลัพธ์ด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์. (ดูตอนที่ IV ร่วมด้วย)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่อง Performance Measurement System ที่จะช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จ
 - ผลการดำเนินการ (performance) หมายถึงผลสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมาย เป็น Output & Outcome ของกระบวนการ ผลิตภัณฑ์/บริการ ซึ่งอาจพิจารณาตามมาตรฐานตอนที่ IV คือ (1) ผลด้านการดูแลสุขภาพ (2) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (รวมทั้งผลการดำเนินการของระบบบริการ) (3) ผลด้านบุคลากร (4) ผลด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร (5) ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ (รวมทั้งระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย) (6) ผลด้านการเงิน ตลาด และกลยุทธ์

- IEEA เน้นผลการดำเนินการที่สำคัญแยกออกมาอีก 2 เรื่อง
 - ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประสิทธิผลของกระบวนการสำคัญ) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากกระบวนการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents/adverse events)
 - ผลการดำเนินการของระบบบริการ (ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน) ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จาก การร้องเรียน (complaint) คำชมเชยและข้อเสนอนแนะ (compliment and concerns) ตัววัดผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient/service user's satisfaction) รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพของบริการ (utilization and efficiency of services)
- การวัดผลการดำเนินการ (performance measurement) มักจะวัดเทียบกับค่าคาดการณ์ มาตรฐาน ผลลัพธ์ที่ผ่านมา เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ขององค์กรอื่น
- องค์กรวัดผลการดำเนินการเพื่อ
 - นำมาใช้ในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจริง
 - เพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรในระดับต่าง ๆ ให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับทิศทางขององค์กร
 - ควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามที่ออกแบบไว้
 - รับทราบการบรรลุเป้าหมาย ปรับแผนหากไม่บรรลุเป้าหมาย กำหนดเป้าหมายในรอบต่อไปให้ท้าทายยิ่งขึ้น
- องค์กรกำหนดตัววัด จากแนวคิด (concept) ที่อยู่ในเป้าหมาย
 - เป้าหมายมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับองค์กร (วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์), ระดับระบบงาน (เป้าหมายของระบบงาน), ระดับการดูแลผู้ป่วย (เป้าหมายการดูแลผู้ป่วย หรือ patient treatment goal), ระดับหน่วยงาน (เป้าหมายของหน่วยงาน), ระดับกระบวนการ (ลักษณะคุณภาพของกระบวนการ หรือ process requirement), ระดับโครงการพัฒนา (เป้าหมายของการพัฒนา)
 - แนวคิดในเป้าหมาย คือ Keyword ที่เป็นคำคุณศัพท์ ลักษณะคุณภาพ หรือมิติคุณภาพ

- จากแนวคิดสู่ตัววัด ควรพิจารณาตัวเลือกต่างๆ ตั้งแต่ต้นน้ำ (ทรัพยากรและการเตรียมความพร้อมของทรัพยากร) กลางน้ำ (กระบวนการทำงาน) ปลายน้ำ (ผลลัพธ์ ผลผลิต ผลกระทบ) ซึ่งอาจจะเป็นตัวเลขวจากการนับ การวัด หรือนำมาคำนวณเป็นสัดส่วน
 - ตัววัดตัวเดียวกันอาจมีวิธีการนำเสนอข้อมูลได้หลายแบบ เช่น จำนวนหรืออัตราหรือช่วงห่างของการเกิดเหตุการณ์ ระยะเวลาหรืออัตราที่ผ่านเกณฑ์ เป็นต้น
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีการใช้ตัววัดเพื่อการติดตามต่อไปนี้
 - เพื่อติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน
 - ใช้ตัววัดเชิงกระบวนการ (in-process measure) ของแต่ละแผนงาน/ระบบ/หน่วยงาน/การดูแลผู้ป่วย
 - เพื่อติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ใช้ตัววัดของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - เปรียบเทียบการบรรลุเป้าหมายตามแผน โดยทีมนำและผู้รับผิดชอบ
 - เพื่อติดตามผลการดำเนินการขององค์กร
 - ผลการดำเนินการโดยรวมขององค์กร
 - ผลการดำเนินการของแต่ละแผนงาน/ระบบ/หน่วยงาน/การดูแลผู้ป่วย
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีตัววัดที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (alignment) เพื่อให้ตัววัดเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดทิศทางขององค์กรสู่ทุกส่วนขององค์กร และผลการวัดเป็นการแสดงความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้รับการถ่ายทอดมา
 - แนวทางในการสร้างความสอดคล้อง
 - Alignment ด้วยวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และเข็มมุ่ง รวมทั้งนโยบายของหน่วยเหนือ โดยการถ่ายทอดวัตถุประสงค์และเข็มมุ่งลงไปตามระดับต่างๆ ขององค์กร
 - Alignment ด้วยมาตรฐาน HA ตอนที่ IV (systems → operation → clinical outcome & stakeholder focus results → financial)
 - วิธีการกำหนดตัววัดที่สอดคล้องกัน (การรวมตัววัดจากหน่วยย่อย)
 - ใช้ตัววัดเดียวกัน (1) ใช้ตัววัดระดับองค์กรเป็นผลรวมของตัววัดจากหน่วยย่อย เช่น ความพึงพอใจ เป็นต้น (2) เลือกตัววัดสำคัญบางตัวจากบางหน่วยมาเป็นตัววัดขององค์กร เช่น clinical outcome indicator เป็นต้น
 - ใช้ตัววัดที่ต่างกัน เช่น ปรับหน่วยวัดเพื่อรวมตัววัดที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น การรวมอุบัติการณ์ตามระดับความรุนแรง หรือ

- ใช้ Composite Indicator เพื่อให้มีการรวมตัววัดหลายตัวเข้าด้วยกัน และอาจมีการถ่วงน้ำหนักร่วมด้วย

- ## ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

(2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง.

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ (comparative data and information) ต่อไปนี้
 - การใช้ประโยชน์
 - เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงผลงานขององค์กร
 - ทำให้เกิดความเข้าใจกระบวนการและผลงานขององค์กรได้ดีขึ้น
 - ช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษและการสร้างพันธมิตร

- แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจจะเป็น
 - ระดับผลงานที่ดีที่สุด
 - ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ
 - ผลงานของกลุ่ม
 - ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันคัดเลือกแหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญต่อความสำเร็จขององค์กร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในส่วนของตนเปรียบเทียบกับตัวเปรียบเทียบ และนำเสนอผู้นำเพื่อให้มีการตัดสินใจอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบ รวมทั้งแหล่งข้อมูลที่ใช้ ผลการเปรียบเทียบและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น	● ผลของการใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่มีต่อการกำหนดเป้าประสงค์ที่ทำนาย และส่งเสริมการปรับปรุงแบบก้าวกระโดด

(3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่าง **ทันทั่วถึง** เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
 - ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง
 - การบรรลุผลสัมฤทธิ์ของวิธีการที่ใช้อยู่
 - การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น (เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ เป็นต้น)
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดำเนินการพัฒนาตามโอกาสที่วิเคราะห์ได้
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องติดตามการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด ผลกระทบต่อความต้องการข้อมูลผลการดำเนินการ และดำเนินการปรับเปลี่ยนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการใช้
- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องสรุปการปรับปรุงระบบการวัดผลการดำเนินการซึ่งแสดงให้เห็นความคล่องตัวหรือการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (เช่น การปรับปรุงระบบการวัดผลในสถานการณ์โควิด-19 เป็นต้น)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงระบบการวัดการดำเนินงานขององค์กร	● ความรวดเร็วในการปรับระบบวัดผลการดำเนินการเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง

ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ (Performance Analysis and Review)

(1) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร: (i) ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ; (ii) ความสำเร็จขององค์กร; (iii) ขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงานที่จะดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ (เช่น ทุก 3 เดือน)
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายและความสำคัญของการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวนประเมินผลงาน
 - การวิเคราะห์ (analysis) หมายถึงการตรวจสอบข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่ดี การวิเคราะห์องค์กรในภาพรวมจะช่วยชี้้นำการตัดสินใจและการบริหารจัดการเพื่อบรรลุผลลัพธ์สำคัญและวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
 - การวิเคราะห์ที่ดีจะช่วยสนับสนุนการประเมินผลงานขององค์กร ทราบต้นเหตุของปัญหาและช่วยจัดลำดับความสำคัญในการใช้ทรัพยากร โดยการวิเคราะห์อาจทำได้ดังนี้
 - การประเมินแนวโน้มของตัววัดผลการดำเนินการที่สำคัญ เช่น ผลผลิตภาพ รอบเวลา อุบัติการณ์ ผลด้านการเงิน รวมถึงแนวโน้มทางเศรษฐกิจและตลาดที่มีผลกระทบต่อองค์กรในระยะยาว เป็นต้น
 - การคาดการณ์ทั้งในระดับองค์กร ระดับธุรกิจโดยรวม การคาดการณ์เทคโนโลยี
 - การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย เช่น ตามลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและหน่วยงานที่ดูแล ตามปัจจัยที่ทำให้ผลลัพธ์ต่างกัน รวมถึงการตัดกลุ่มที่ไม่ตรงประเด็นออกจากการวิเคราะห์ เป็นต้น

- การเปรียบเทียบกับค่าเทียบเคียง ซึ่งอาจเป็นค่าเฉลี่ยของกลุ่มค่าเป้าหมายของประเทศ ค่า Top ของประเทศหรือสากล คู่เทียบในกิจการอื่น เช่น การเปรียบเทียบต้นทุน คุณภาพ ผลิตภาพ เป็นต้น
- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างกระบวนการต่างๆ ระหว่างกระบวนการกับผลลัพธ์ เช่น การพัฒนาคุณภาพกับความพึงพอใจของผู้รับผลงาน การเรียนรู้ของบุคคลและองค์กรกับมูลค่าเพิ่มต่อบุคลากร การจัดการความรู้และการสร้างนวัตกรรม ผลด้านการปฏิบัติการกับผลด้านการเงิน เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวงรอบเวลาของการทบทวนประเมินผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหมาย
- ผู้นำระดับสูงพิจารณาข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์แล้วเพื่อประเมินสิ่งต่อไปนี้
 - ความสำเร็จขององค์กรตามพันธกิจและเป้าประสงค์
 - ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - ความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป
- ผู้นำระดับสูงทบทวนการวิเคราะห์ข้อมูลว่าได้ข้อมูลที่มีความหมายตามความต้องการหรือไม่ มีโอกาสปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบปีที่ผ่านมา ● โอกาสและการปรับปรุงการวิเคราะห์ข้อมูล	● ศักยภาพ คุณภาพ ความตรงประเด็น/การใช้ประโยชน์ได้ ของการวิเคราะห์ข้อมูล

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

(1) องค์กรนำผลการทบทวนผลการดำเนินการมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร. (ดู II-1.1ก.(6) ร่วมด้วย)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำผลการทบทวนผลการดำเนินการมากำหนดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม (ซึ่งอาจจะเรียกว่าเข็มมุ่ง หรือจุดมุ่งเน้นในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ก็ได้)
 - ใช้ผลการดำเนินการที่ติดตามในข้อ I-4.1ก(1) การใช้ข้อมูลเปรียบเทียบในข้อ I-4.1ก(2) และผลการวิเคราะห์ข้อมูลในข้อ I-4.1ข
 - กำหนดประเด็นสำคัญที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือต้องการเร่งรัด เพื่อให้ทั้งองค์กรร่วมกันพัฒนาหรือสร้างนวัตกรรม และกำหนดลำดับความสำคัญอย่างชัดเจน
- การถ่ายทอดและติดตาม
 - ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมที่กำหนดขึ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ ผ่านแผนพัฒนาคุณภาพของระดับและส่วนงานต่าง ๆ [II-1.2ก(7)]
 - ผู้นำระดับสูงติดตามกระตุ้นการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการปรับปรุงในรอบต่อไปของการทบทวนประเมินผลงาน
 - ผู้นำระดับสูงทบทวนการกำหนดลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรม เพื่อให้มั่นใจว่าได้กำหนดจุดมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญจริง ๆ และไม่ละเลยในบางประเด็นที่อาจถูกมองข้ามไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ลำดับความสำคัญเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรมในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา	● ความสามารถในการนำโอกาสพัฒนาและสร้างนวัตกรรมไปสู่การปฏิบัติ

SPA I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล (data) สารสนเทศ (information) สินทรัพย์ความรู้ (knowledge asset) ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้:
- (i) ความถูกต้อง (accuracy) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (validity);
 - (ii) ความคงสภาพ (integrity) เชื่อถือได้ (reliability);
 - (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศและผู้ใช้สารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของ คุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศต่อไปนี้
 - Accuracy (ถูกต้อง)
 - มีทั้งความถูกต้องของรูปแบบ (form) และความคงเส้นคงวา (content)
 - รูปแบบ เช่น รูปแบบของการเขียนวันที่ ที่ต้องเข้าใจว่าหมายถึงอะไร
 - ความคงเส้นคงวา หมายถึงการบันทึกสิ่งเดียวกันให้เหมือนกัน
 - มุ่งเน้นที่ความถูกต้องเพียงพอสำหรับจุดประสงค์ในการใช้งาน โดยควรบันทึกข้อมูลเพียงครั้งเดียว ณ จุดที่เกิดกิจกรรม
 - Validity (ใช้การได้ตามวัตถุประสงค์)
 - หมายถึง การวัดในสิ่งที่ตั้งใจวัด (เป็น possible accurate value มีได้หมายความว่าข้อมูลที่ valid จะเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง) ใช้เพื่อจัดข้อมูลที่ Invalid หรือไม่สามารใช้การได้
 - มุ่งเน้นที่การบันทึกและใช้ตามข้อกำหนดและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง
 - Integrity (คงสภาพ)
 - หมายถึงการรักษาความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้หรือประมวลผล
 - Physical Integrity ป้องกันปัญหาด้าน Electromechanical
 - Logical Integrity ป้องกันปัญหาจาก Software Bugs, การออกแบบ และ Human Error

- Reliability (เชื่อถือได้)
 - หมายถึงกระบวนการเก็บข้อมูลมีความคงเส้นคงวา
 - สะท้อนการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ที่แท้จริงได้ Variation มีได้เกิดจากการเก็บข้อมูล
 - มีการระบุแหล่งที่มาของข้อมูล หรือมีการตรวจสอบจาก 3rd Party
- Current/Timeliness (เป็นปัจจุบัน)
 - หมายถึงข้อมูลเป็นปัจจุบัน เกิดจากการเก็บข้อมูลทันทีที่เกิดเหตุการณ์หรือทำกิจกรรม
 - พร้อมใช้ในเวลาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ใช้
- Completeness (สมบูรณ์)
 - มีข้อกำหนดของความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ชัดเจน
 - กระบวนการเก็บข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลตามข้อกำหนด
 - มีการตรวจสอบประจำปี
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์จุดที่จะมีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละมิติของคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ และประเมินคุณภาพในมิติดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ พิจารณาการจัดการต่อไปนี้อย่างมั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ
 - การกำกับดูแลและการนำ (governance and leadership)
 - มีการกำหนดผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพข้อมูลอย่างชัดเจน
 - องค์กรมีวัตถุประสงค์เรื่องคุณภาพข้อมูลที่ชัดเจน
 - องค์กรมีการติดตามและทบทวนคุณภาพข้อมูลอย่างได้ผล
 - นโยบาย (policies)
 - มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติพร้อมใช้ และได้รับการนำไปปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร
 - ระบบและกระบวนการ (systems and processes)
 - มีระบบที่เหมาะสมสำหรับเก็บ รวบรวม บันทึก วิเคราะห์ และรายงานข้อมูลที่ใช้เพื่อการติดตามคุณภาพข้อมูล
 - มีการควบคุมเพื่อให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศให้ความมั่นใจในคุณภาพของข้อมูล
 - บุคลากรและทักษะ (people and skills)
 - มีการสื่อสารอย่างชัดเจนถึงหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

- องค์การทำให้มั่นใจว่าบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพของข้อมูลมีทักษะที่จำเป็น
 - ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ พิจารณาเลือกใช้เครื่องมือต่อไปนี้เพื่อปรับปรุงและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ
 - Data Quality Tools (เครื่องมือเพื่อการปรับปรุงคุณภาพข้อมูล)
 - Data Profiling, Data Standardization, Geocoding, Matching or Linking, Monitoring, Batch & Real Time, ISO 8000
 - Data Quality Assurance
 - Data Profiling เพื่อค้นหาความไม่คงเส้นคงวาหรือความผิดปกติของข้อมูล
 - Data Cleansing เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูล เช่น ขจัด Outlier, เพิ่มเติมข้อมูลที่ขาดหาย
 - Data Quality Control
 - จำกัดการบันทึกข้อมูล
 - ประมวลผลสถิติ: Severity of Inconsistency, Incompleteness, Accuracy, Precision, Missing/Unknown
 - ป้องกันการนำข้อมูลที่ไม่สมควรใช้ไปใช้
 - Data Quality Check
 - ตรวจสอบ Completeness & Precision ที่จุดบันทึกข้อมูล
 - ตรวจสอบ Validity กับ Reference Data สำหรับค่าที่มีการกำหนดไว้
 - ตรวจสอบ Accuracy สำหรับข้อมูลทั้งหมดจาก 3rd Party
 - ตรวจสอบ Consistency/Reliability สำหรับข้อมูลประเภทเดียวกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ	● ความรวดเร็วในการสอบทาน - ความถูกต้องของข้อมูล ● ความเชื่อถือได้และความปลอดภัยของข้อมูล

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากรผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสำรวจความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศของ บุคลากร/ผู้บริหาร/ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/หน่วยงานภายนอก และดำเนินการสำรวจซ้ำเป็นระยะ
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลทบทวนความพร้อมใช้งานของข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่ เปรียบเทียบกับความต้องการใช้ วางแผนพัฒนาในส่วนที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้ โดยพิจารณาให้สมดุลในความต้องการใช้งานต่อไปนี้
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การบริหารจัดการ
 - การตรวจสอบทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพ
 - การศึกษาและการวิจัย
- ผู้บริหารระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อกำหนดของมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการระบบสารสนเทศขององค์กร เช่น ข้อกำหนดของ COBIT® (Control Objectives for Information and related Technology) ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการได้แก่ ความต้องการขององค์กร, ทรัพยากรด้าน IT, กระบวนการด้าน IT, และสารสนเทศขององค์กร เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องวางแผนและระบบการจัดการสารสนเทศให้เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบการจัดการสารสนเทศของโรงพยาบาล และดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ความต้องการของผู้ใช้และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในด้านต่างๆ	● ผลการประเมินประสิทธิภาพ (ความพร้อมใช้ เชื่อถือได้ ใช้งานง่าย) ของระบบสารสนเทศ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

(1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร ประกอบด้วย:

- (i) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร;
- (ii) ผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
- (iii) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนกลยุทธ์;
- (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของ Healthcare Intervention & Technology มาประยุกต์ใช้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันศึกษาแนวคิด กลยุทธ์ และเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความรู้
 - การจัดการความรู้ขององค์กรต้องมุ่งเน้นที่ความรู้ที่บุคลากรต้องใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการ/ผลิตภัณฑ์/บริการ และใช้นวัตกรรมเพื่อเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการและองค์กร
 - ควรมีกสไกการแบ่งปันความรู้ของบุคลากรและองค์กร เพื่อให้มั่นใจว่าจะรักษาการทำงานที่ให้ผลการดำเนินการที่ดีอย่างต่อเนื่อง
 - องค์กรควรกำหนดว่าความรู้ใดสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงาน (critical knowledge) และทำให้มีกระบวนการแบ่งปันสารสนเทศนี้เป็นระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งสารสนเทศที่เป็นความรู้ส่วนบุคคลที่ฝังลึกอยู่ในตัวบุคลากร (implicit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จ รวมทั้งแหล่งที่มาของความรู้ดังกล่าว (ครอบคลุมทั้ง explicit knowledge และ tacit knowledge)
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการความรู้ และสร้างระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ในด้านต่อไปนี้
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากร เช่น การจัดตั้ง Community of Practice ในหัวข้อที่บุคลากรสนใจร่วมกัน, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลยุทธ์การนำ Scientific Evidence ไปสู่การปฏิบัติ, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ปัญหาที่หน้างานซึ่งไม่มีในตำราหรือคู่มือ, การเก็บเกี่ยวความรู้จากผู้อาวุโสหรือผู้ที่จะออกจากที่ทำงาน, การพัฒนาจิตตปัญญาของบุคลากรผ่านสุนทรียสนทนา เป็นต้น
 - การเรียนรู้จากผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และองค์กรภายนอก เช่น การเชิญผู้ป่วยมาร่วมให้ข้อคิดเห็นและนำเสนอความต้องการเพื่อปรับปรุงบริการเฉพาะเรื่อง,

การทำ Benchmark กับองค์กรภายนอกที่ทำได้ดี, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลภายนอกในเวทีต่างๆ เป็นต้น

- การผสมผสานและหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ที่จะสร้างความได้เปรียบให้องค์กร อาจเป็นการประมวลผลความคิดเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการจัดการชุดข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) และประเภทของสารสนเทศที่หลากหลาย (เช่น ตัวเลข วิดีทัศน์ ข้อความ เป็นต้น) รวมถึงการใช้ Data Science & Data Analytics ที่ซับซ้อน
 - การรวบรวมและนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์ อาจจะเป็นความรู้จากการติดตามประเมินผลงานภายในองค์กร หรือความรู้จากภายนอก
 - การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการดูแลรักษา มาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้ Gap Analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, การใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการประเมินประสิทธิภาพของการจัดการความรู้ และนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบการจัดการความรู้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การจัดการเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่	● ระดับการจัดกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และผลการประเมิน ประสิทธิภาพของการจัดการความรู้

(2) องค์กรแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) ขององค์กร. ดังนี้:

(i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี;

(ii) ระบุวิธีหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;

(iii) นำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำในระดับต่างๆ และทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการต่อไปนี้
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดีและแนวทางการปฏิบัติที่ดี (good practice หรือ best practice)

- การกำหนดหลักเกณฑ์ว่าอะไรคือผลงานที่ดี (เช่น ตัววัดผลของหน่วยงาน เป็นต้น) และแนวทางการปฏิบัติที่ดี
 - การจัดทำบัญชีรายการกิจกรรมพัฒนาในลักษณะต่างๆ ซึ่งอาจประมวลผลย้อนหลังไป 3-5 ปี
 - การระบุหน่วยงานที่มีผลงานดี (จากตัววัดผลของหน่วยงาน เปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่น)
 - การระบุแนวทางปฏิบัติที่ดี (จากผลงานตัววัดของหน่วยงาน หรือจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ)
 - การจัดทำสรุปย่อแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติที่ดี ผ่านเวทีและช่องทางการสื่อสารต่างๆ
 - การขยายผลการปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร โดยผู้นำมีบทบาทอย่าง

Proactive

- คัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่ต้องการส่งเสริมให้มีการขยายผล
- มอบหมายตัวแทนของผู้นำเป็นผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อน
- เริ่มขยายผลจำนวนน้อย (เช่น สามหน่วยงาน เป็นต้น) ไปยังหน่วยงานที่สนใจ และประมวลบทเรียนว่าจะต้องมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างไร
- พิจารณาขยายผลสู่ส่วนอื่นๆ จนครอบคลุมทั้งองค์กร (ตามความเหมาะสม)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● วิธีการและตัวอย่างการขยายผลการนำแนวทางปฏิบัติที่ดีไปใช้ในส่วนอื่นๆ ขององค์กร	● ประสิทธิภาพในการคัดสรรและขยายผลแนวทางปฏิบัติที่ดี

(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับทำความเข้าใจแนวคิดการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร ซึ่งหมายความว่า การเรียนรู้ควรเป็น
 - ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร
 - สิ่งที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรง

- การเน้นการสร้างองค์ความรู้และแบ่งปันความรู้ทั่วทั้งองค์กร
- สิ่งที่เกิดจากการมองเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและมีความหมาย รวมทั้งการสร้างนวัตกรรม
- ผู้นำทุกระดับขับเคลื่อนการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าในวิถีการปฏิบัติงานประจำวัน
 - บูรณาการการจัดการความรู้กับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น การใช้ Peer Assist และ AAR ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, การเรียนรู้จากการประเมินผล โครงการ, ใช้เป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานเป็นตัวกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้
 - ส่งเสริมการสังเกต การตั้งคำถาม การหาข้อมูลมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำความรู้ใหม่ไปสู่การปฏิบัติ และปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานตามความเหมาะสม
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการเรียนรู้ระดับองค์กร (organizational learning)
 - การเรียนรู้ระดับองค์กร อาจเกิดจากวิธีการต่างๆ ต่อไปนี้
 - การใช้ข้อมูลและความคิดจากบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 - การปรับปรุงแนวทางที่มีอยู่แล้วอย่างต่อเนื่อง
 - การแบ่งปันวิธีการปฏิบัติที่ดี
 - การเทียบเคียง
 - การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ / การสร้างนวัตกรรม
 - การวิจัยและพัฒนา
 - การเรียนรู้ระดับองค์กร ส่งผลดังนี้
 - การเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน ผ่านบริการ/ผลิตภัณฑ์ใหม่ หรือ ที่ปรับปรุง
 - การสร้างโอกาสใหม่ๆ หรือรูปแบบใหม่ๆ ทางธุรกิจ รวมทั้งกระบวนการใหม่ๆ
 - การลดความผิดพลาด ของเสีย ความสูญเสีย และต้นทุนที่เกี่ยวข้อง
 - การเพิ่มผลิตภาพและประสิทธิผลในการใช้ทรัพยากรทั้งหมดขององค์กร
 - ความคล่องตัวในการจัดการการเปลี่ยนแปลงและภาวะชะงักงัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● วิธีการปลูกฝังการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานประจำวัน ● วิธีการสร้างการเรียนรู้ระดับองค์กร	● ผลกระทบของการเรียนรู้ระดับองค์กร

SPA I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและ**ความเพียงพอของบุคลากร**เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อ **สวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร**.

ก. ขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร (Workforce Capability and Capacity)

(1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร:

- (i) กำหนดระดับอัตรากำลังและทักษะที่ต้องการเพื่อการจัดบริการและการปฏิบัติงานตามพันธกิจ โดยพิจารณาข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ;
- (ii) แผนบุคลากรตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในมาตรฐานและสมมติฐานต่างๆ
 - **บุคลากร** หมายถึง บุคคลทุกคนปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จภายใต้การดูแลและควบคุมขององค์กร ได้แก่ บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร รวมทั้งผู้นำและผู้บริหารทุกระดับ
 - **ขีดความสามารถของบุคลากร (workforce capability)** หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่จะทำงานให้สำเร็จโดยอาศัย สมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ ความสามารถ) โดยรวมของบุคลากร ซึ่งอาจจำแนกเป็น
 - สมรรถนะทั่วไป หรือ Core Competency เช่น การสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การสร้างนวัตกรรม การพัฒนากระบวนการทำงาน การตอบสนองการเปลี่ยนแปลง
 - สมรรถนะเฉพาะงาน หรือ Technical Competency หรือ Functional Competency
 - สมรรถนะด้านการจัดการ หรือ Managerial Competency
 - **ความเพียงพอของบุคลากร (workforce capacity)** หมายถึง การมีบุคลากรที่จำเป็นเพียงพอเพื่อบรรลุผลสำเร็จขององค์กร สามารถส่งมอบคุณค่าให้ผู้ป่วย/

- ผู้รับผลงานได้ตามแผน และตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปได้
 - สมมติฐานหรือแนวทางที่ควรหลีกเลี่ยง
 - การเพิ่มจำนวนคนที่มีทักษะไม่เหมาะสม เพื่อชดเชยการขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะ
 - การจ้างคนจำนวนน้อยแต่ทักษะสูงกว่า สำหรับกระบวนการที่ต้องการคนจำนวนมากที่มีทักษะน้อยหรือทักษะที่แตกต่างกัน
 - หลักที่ควรใช้พิจารณา
 - การมีจำนวนคนที่เหมาะสมและทักษะที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จ
 - การมองไปข้างหน้าเพื่อคาดการณ์ความจำเป็นด้านขีดความสามารถและอัตรากำลังในอนาคต จะทำให้องค์กรมีเวลาเพียงพอสำหรับการฝึกอบรม การว่าจ้าง การปรับเปลี่ยนตำแหน่งของบุคลากร และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงระบบงาน
 - ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคล โดยเชื่อมกับ I-2.2ก(4)
 - แผนบริหารทรัพยากรบุคคลประกอบด้วย การกำหนดขีดความสามารถ (ความรู้ ทักษะ ความสามารถ) และระดับบุคลากรที่ต้องการในแต่ละส่วนงาน โดยพิจารณา
 - ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - ความต้องการบุคลากรตามพันธกิจ ลักษณะผู้ป่วย ภาระงาน และปัญหาการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน
 - ความต้องการบุคลากรในอนาคต รวมทั้งความต้องการตามแผนกลยุทธ์ และการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี
 - กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง (ตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย) และนำไปใช้ในการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ
 - วางแผนดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีขีดความสามารถและจำนวนตามความต้องการ
 - ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำกำหนดคำบรรยายลักษณะงานหรือไปกำหนดหน้าที่งาน (job description) ของบุคลากร (ทั้งบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร) ระบุหน้าที่รับผิดชอบ ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงานที่คาดหวัง และสมรรถนะที่ต้องมี

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการประเมินขีดความสามารถและระดับบุคลากร และการตอบสนองที่เกิดขึ้น	● ความเหมาะสมของแผนบุคลากร (สอดคล้องกับกลยุทธ์ ความจำเป็นในปัจจุบันและอนาคต ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพ)

- (2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่:
- (i) การรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์;

(ii) การจัดให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารบุคลากรทำความเข้าใจเป้าหมายหรือ Requirement ของกระบวนการบริหารบุคลากร (การสรรหา ตรวจสอบ/ประเมินคุณสมบัติ ว่าจ้าง บรรจุ เก็บบันทึกประวัติ และรักษาบุคลากร)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐาน
 - การประเมินคุณสมบัติ (evaluation of credentials)
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติ ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคน
 - มีการสอบถามสารสนเทศดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิดด้วยวิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับ
 - มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรอื่นๆ ซึ่งติดตามแพทย์อิสระ มาให้บริการแก่ผู้ป่วยและมีได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้ที่มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดขององค์กร
 - มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
 - มีการจัดทำและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน ตามรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบัน
 - มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี

- การปฐมนิเทศและดูแลบุคลากรใหม่
 - มีความร่วมมือในการกำหนดเนื้อหาสำคัญสำหรับการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ ทั้งในภาพรวมและเนื้อหาเฉพาะของหน่วยงาน
 - บุคลากรใหม่ได้รับการปฐมนิเทศตามเนื้อหาที่กำหนด เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง และสิ่งที่ควรรู้
 - บุคลากรใหม่ด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้ทักษะ และประสบการณ์ ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน เหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่มีความเสี่ยงสูงหรือการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีระบบพี่เลี้ยง/กำกับดูแล/ให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
 - บุคลากรใหม่นอกสายงานด้านคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศ เรียนรู้และฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจว่ามีความรู้และทักษะเหมาะสมกับหน้าที่รับผิดชอบ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่ากระบวนการที่ใช้อยู่นั้นบรรลุผลตามเป้าหมายหรือข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการเพียงใด
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงกระบวนการบริหารบุคลากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● จุดเน้นของการปฐมนิเทศและดูแลบุคลากรใหม่และวิธีการได้มาซึ่งจุดเน้นดังกล่าว	● ประสิทธิภาพของการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่

(3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกันทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง เช่น ปริมาณผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้น แบบแผนการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลง เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ทิศทางนโยบายขององค์กรเกี่ยวกับการขยายหรือลดบริการ เป็นต้น
 - โอกาสที่จะประสบปัญหา เช่น การลดลงของบุคลากร ผลกระทบจากบุคลากรที่ไม่เพียงพอ (ทั้งด้านขีดความสามารถและอัตรากำลัง) ผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการรับมือกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงและการป้องกันปัญหาข้างต้น (ทั้งระยะสั้นและระยะยาว) เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรและหน่วยงานจะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
 - การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความก้าวหน้าในสายงาน
 - การป้องกันการลดจำนวนบุคลากร
 - การลดผลกระทบในกรณีจำเป็นต้องลดจำนวนบุคลากร
 - การเตรียมการและบริหารในช่วงที่มีการเพิ่มจำนวนบุคลากร
 - การเตรียมบุคลากรสำหรับการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างองค์กรและระบบงาน เช่น การฝึกอบรม การศึกษา เพื่อให้มีทักษะและความสามารถใหม่ๆ การโอนย้ายหรือว่าจ้างบุคลากรในตำแหน่งหน้าที่ใหม่ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาและการตอบสนอง	● ความพร้อมและความสามารถในการรับมือการเปลี่ยนแปลง

(4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้ง ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:

(i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและและผู้ปฏิบัติงานอื่น;
 (ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;
 (iii) กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;
 (iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม;
 (v) ทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาเป้าหมายของการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร ซึ่งประกอบด้วย การบรรลุผลสำเร็จขององค์กร การใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร และการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย (และอาจรวมการตอบสนองต่อความท้าทาย, การใช้ Core Values, การตอบสนองความเปลี่ยนแปลง)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนว่าการจัดระบบและการบริหารใดบ้างที่หนุนเสริมให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น (เช่น โครงสร้าง ทิศทาง แรงจูงใจ การสื่อสาร

การกำหนดเป้าหมาย การรายงานและติดตามผล การเรียนรู้ เป็นต้น) อะไรเป็นจุดแข็ง อะไรเป็นโอกาสพัฒนา

- เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- เพื่อใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร (ขีดความสามารถสำคัญที่ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ) ควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - จะจัดระบบการทำงานอย่างไรเพื่อให้เกิดสมรรถนะหลักดังกล่าว
 - จะใช้ประโยชน์จากองค์ประกอบต่างๆ ของสมรรถนะหลักที่มีอยู่ (เช่น เทคโนโลยี การจัดการ สินทรัพย์ทางปัญญา พันธมิตร เป็นต้น) มาเอื้อต่อการทำงานได้อย่างไร
- เพื่อสนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย ควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - การทำงานร่วมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน
 - การประสานงานภายในและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ใช้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการทำงาน โดยมีการบันทึกที่เอื้อต่อการสื่อสารระหว่างสมาชิก
 - การประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบการรายงาน การขอคำปรึกษา
 - การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันภายในทีม และระหว่างสาขา/วิชาชีพ
 - การทบทวนและเรียนรู้ร่วมกัน
 - การส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วย การสนับสนุนให้หน่วยงานสนับสนุนรับรู้คุณค่างานของตนที่มีต่อผู้ป่วย
 - การจัดระบบที่คล่องตัวในการทำงาน เช่น การใช้ Cell Concept หรือ One Stop Service, การพัฒนากระบวนการทำงานให้ Lean และไร้รอยต่อ, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นต้น
 - การมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันมองภาพรวมของการให้บริการ การติดตามผลการดูแลผู้ป่วยและขับเคลื่อนการพัฒนา
- การปฏิบัติตามข้อกำหนดและการจัดทำข้อกำหนด
 - การกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละวิชาชีพและผู้ปฏิบัติงานอื่น
 - การมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย
 - การทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี

- การจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ มาตรการที่ใช้ร่วมกัน
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการพัฒนาการบริหารและจัดระบบบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Good Practice ในการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร	● การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามในการจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากร กับผลสำเร็จขององค์กรและการดูแลผู้ป่วย

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร
(Workforce Work Support and Security)

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดและสำรวจว่าสิ่งจำเป็นในการทำงานสำหรับบุคลากรมีอะไรบ้าง
 - ความสะดวกในการเข้าถึงสถานที่ทำงานที่จะช่วยเพิ่มผลิตภาพในการทำงานสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดและบุคลากรทั่วไป ทั้งในด้านกายภาพ เทคโนโลยี และทัศนคติ
 - เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงาน	● ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการเข้าถึงสถานที่และสิ่งจำเป็นในการทำงาน

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาความต้องการด้านสวัสดิภาพ (security) ในสถานที่ทำงานสำหรับบุคลากร
 - สวัสดิภาพ หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัย ปราศจากภัยอันตราย การบาดเจ็บ การเสียชีวิต การถูกทำร้าย การสูญเสียทรัพย์สินของมีค่าหรือเสียเวลาไป รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ มีการเตรียมการป้องกันภัยในสถานที่ทำงานล่วงหน้า
 - การทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพควรครอบคลุมถึง
 - สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ระบบการเตือนภัย
 - การเตรียมป้องกันภัยล่วงหน้าอย่างเหมาะสม และการรับมือเมื่อเกิดภัยอันตราย
 - การปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด
- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องประเมินและปรับปรุงความปลอดภัยของสถานที่ทำงานอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงด้านสวัสดิภาพในที่ทำงาน	● จำนวนและแนวโน้มของอุบัติการณ์เกี่ยวกับสวัสดิภาพของบุคลากร

(3) องค์กรกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยคำนึงถึงสุขภาพ ความเครียด และประสิทธิภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องพิจารณาชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม เพื่อให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยพิจารณาข้อมูลต่างๆ อย่างสมดุล
 - ภาระงานและจำนวนบุคลากรที่มีอยู่

- มาตรฐานจำนวนชั่วโมงทำงานที่ควรจะเป็น
- ทางเลือกในการจัดระบบการทำงาน เช่น การชอยช่วงเวลาดำเนินงานให้สั้นลง การจัดระบบที่ยืดหยุ่นเกี่ยวกับช่วงเวลาทำงาน การหมุนเวียนบุคลากรจากหน่วยงานอื่นมาช่วยงาน การจัดหาบุคลากรเสริมจากภายนอก เป็นต้น
- ผู้เกี่ยวข้องสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาระงาน ชั่วโมงทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรเป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการจัดระบบการทำงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงเกี่ยวกับชั่วโมงการทำงาน	● ความพึงพอใจและผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากร เนื่องจากการจัดชั่วโมงการทำงาน

ก. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (Workforce Health and Safety)

(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร โดยมีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ค ร่วมด้วย): (i) มีการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน โดยเฉพาะ วัณโรค โรคติดต่อทางเดินหายใจ หรือ โรคอุบัติใหม่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ เอชไอวี; (ii) มีการป้องกันอันตรายจากเข็มและของมีคม รวมทั้งการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ; (iii) มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ยาผสมสลบ และยาเคมีบำบัด; (iv) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี; (v) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์; (vi) มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ; (vii) มีการให้วัคซีน ยา หรือหัตถการที่เหมาะสมแก่บุคลากรเพื่อการป้องกันโรค.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาและทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของบุคลากรสุขภาพ
 - การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ
 - จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข CDC
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องศึกษาเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร (personel safety-SIMPLE)
 - S: Security and Privacy of Information and Social Media
 - I: Infection & Exposure
 - M: Mental Health (mindfulness, second victim, burnout) & Mediation
 - P: Process of Work (physical, chemical, radiation, biochemical hazard)
 - L: Lane (ambulance) and Legal Issues
 - E: Environment and Working Conditions (& violence)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับลักษณะงานของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน วางแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันอันตราย การปฏิบัติเมื่อ Expose ต่อความเสี่ยง รวมทั้งการให้ความรู้ การจัดระบบรายงานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สามารถประเมินการปฏิบัติตามแนวทางและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยครอบคลุม
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย เช่น Sprains, Strains, Contusion, Cuts, Punctures เป็นต้น
 - ความเสี่ยงจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ หรือความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
 - ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีอันตรายสูง เช่น การติดเชื้อ สารเคมี (ยาเคมีบำบัด ยาดมสลบ สารเคมีในห้องปฏิบัติการ) ปัจจัยทางกายภาพ (รังสีความร้อน ไฟฟ้า เลเซอร์) และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
 - ความเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความเครียดจากการทำงาน ความรุนแรง ความก้าวร้าว การคุกคาม
 - อันตรายที่สามารถป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีน ยา หัตถการ และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน
 - จัดให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคสำหรับบุคลากรในสายงาน/หน่วยงานต่างๆ หรือทดสอบการมีภูมิคุ้มกันโรคตามความเหมาะสม และบันทึกประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในประวัติสุขภาพ โดยวัคซีนที่ควรพิจารณา ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบีสำหรับผู้ที่มี

- โอกาสสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งสูง, วัคซีนป้องกันโรคอื่นๆ เช่น Influenza, MMR, Varicella, DPT, Meningococcal Vaccine เป็นต้น
 - การให้วัคซีนและยาเพื่อการป้องกันโรค เช่น Post-exposure prophylaxis สำหรับ HIV, HVB, rabies
 - การจัดให้มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ
- การดูแลบุคลากรที่เป็น Second Victim
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ทั้งในส่วนของบุคลากร และผู้รับผิดชอบการดูแลสุขภาพของบุคลากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ความเสี่ยงต่อสุขภาพสำคัญจำแนกตามบุคลากรกลุ่มต่างๆ มาตรการป้องกันที่สำคัญ ● แนวทางการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร และผลการดำเนินงาน ● ข้อมูลที่ใช้ติดตามประเมินผล และการตอบสนองที่เกิดขึ้น	● ผลการปฏิบัติตาม Personnel Safety Goals และมาตรการป้องกันต่างๆ

(2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพ.

- (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน;
- (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนและปรับปรุงระบบการประเมินสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน การจัดทำข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนความเหมาะสมของข้อมูลสุขภาพพื้นฐานของบุคลากร
 - การตรวจสุขภาพทั่วไปเมื่อแรกรับ
 - ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน
 - ประวัติการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อซึ่งอาจจะทำให้เสี่ยงต่อการรับหรือแพร่กระจายโรคติดต่อ

- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ
- พฤติกรรมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบให้ข้อมูลสุขภาพของบุคลากรมีความเชื่อมต่อกับบันทึกสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และสามารถเข้าถึงได้ตามความเหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการตรวจสุขภาพประจำปี (หรือบ่อยกว่านั้น) เพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ ประมวลผลข้อมูล และตอบสนองอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน	● ผลการตรวจสุขภาพของบุคลากรและการตอบสนอง

(3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน. (i) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม; (ii) องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ, ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ, การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ, การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องซักซ้อมความเข้าใจ ตรวจสอบความพร้อม และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย / บาดเจ็บจากการทำงานและทบทวนมาตรการป้องกัน / การดูแล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ มาตรการสำคัญในการป้องกันและดูแล	● ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(4) องค์การเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.

- (i) องค์การมีนโยบายและวิถีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
- (ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
- (iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีระบบ สิ่งแวดล้อม กิจกรรม ที่เอื้อต่อการเป็นแบบอย่าง พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดเวทีให้บุคลากรร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
 - การละเว้นจากแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น
 - การเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การใช้รถใช้ถนน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย เป็นต้น
 - การใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ศิลปะ ดนตรี งานอดิเรก เป็นต้น
 - วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร และการเรียนรู้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดกระบวนการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งสำหรับตนเองและสำหรับผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพของตนเอง
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและ ปฏิบัติการดูแลสุขภาพสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรพิจารณาให้สอดคล้องกับ ประเด็นสำคัญในบุคลากรกลุ่มที่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และกลุ่มทั่วไป)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของบุคลากร ทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์สุขภาพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ระบบสิ่งแวดล้อม กิจกรรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้น เพื่อส่งเสริมการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ ● ข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี วิธีการส่งเสริมให้บุคลากรร่วมเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพ ● ประเด็นสำคัญในบุคลากรแต่ละกลุ่ม การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการตัดสินใจและปฏิบัติการ การดูแลสุขภาพตนเอง	● ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ในกิจกรรมต่างๆ และบุคลากรกลุ่มต่างๆ

จ. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (Workforce Life and Well-being)

(1) องค์การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร:

(i) กระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด (stress management) การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) การติดตามวัดระดับภาระงาน (workload monitoring) การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน (management of work-life balance) การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) และแผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes) เป็นต้น;

(ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีนโยบายส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร และมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการ
 - การจัดการความเครียด
 - วิเคราะห์สถานการณ์ด้วยการใช้เครื่องมือในการประเมินความเครียดที่เหมาะสม เช่น แบบประเมินความเครียด (ST-5), Perceived Streee Scale (PSS)
 - จัดระบบให้คำแนะนำปรึกษาที่เหมาะสมให้ผู้ที่มีความเครียดมีทางออกที่หลากหลาย เช่น การค้นหาตัวกระตุ้น การปรับเปลี่ยนวิธีการมองสถานการณ์ การให้ลำดับความสำคัญ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ การฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงความสุดโต่ง

- การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome)
 - เสริมพลังให้บุคลากรรับรู้สัญญาณเตือนของภาวะหมดไฟ เช่น รู้สึกเหนื่อยๆ ตลอดเวลา ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน มองโลกในแง่ลบ มีความเครียดเรื้อรังรบกวนจนไม่มีสมาธิ มีความสุขน้อยลง
 - เสริมพลังให้บุคลากรประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะหมดไฟและตอบสนองอย่างเหมาะสม โดยอาจจะเริ่มตั้งแต่ภาวะที่ไม่พอใจกับงานที่ทำ (bore out) ภาวะพลังงานตกชั่วคราวที่เกิดขึ้นทันที (brown out) หรือภาวะหมดไฟ เหนื่อยล้า คิดลบกับงานที่ทำ (burn out)
 - ส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานและหัวหน้างานมีบทบาทในการรับรู้ภาวะหมดไฟของผู้ร่วมงานแต่เนิ่นๆ และให้ความช่วยเหลือ (recognize & reverse)
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันค้นหาวิธีการที่ผู้นำระดับต่างๆ จะมีส่วนในการลดภาวะเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน เช่น การสื่อสารที่เปิดกว้าง การนำโดยทำเป็นตัวอย่าง การเปิดรับเสียงสะท้อนจากบุคลากร การกำหนดเป้าหมายและส่งเสริมโอกาสก้าวหน้าในสายงาน
- การติดตามวัดระดับภาระงาน อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน
 - Patient-based Approach เป็นการประเมินจากข้อมูลผู้ป่วย เช่น จำนวนผู้ป่วย ระดับความหนักของผู้ป่วยหรือเวลาที่ต้องใช้ในการดูแล
 - Operator-based Approach เป็นการประเมินจากความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน เช่น NASA Task Index เป็นต้น
- การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน โดยพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ช่วงเวลาของชีวิตและสิ่งที่ไม่ให้ความสำคัญ ธรรมชาติของงานที่รับผิดชอบ ลักษณะของงานที่ทำให้เกิดความสุข โอกาสของความกลมกลืนระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงาน ความพอใจกับบทบาทของตนเอง ความช่วยเหลือของเพื่อนร่วมงาน การวางแผนและจัดการกับความคาดหวัง เป็นต้น
- การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) หรือ แผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes) มีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดี แข็งแรงและมีความสุข โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 องค์ประกอบ คือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน การทำงาน และการพักผ่อน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แผนงานริเริ่มที่นำมาปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร	● ผลการประเมินความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร

- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม. ด้วยมาตรการต่อไปนี้:

 - (i) การประกาศนโยบาย;
 - (ii) การจัดบริการ;
 - (iii) การให้สิทธิประโยชน์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจว่าการเกื้อหนุนบุคลากร (workforce support) สามารถมีอะไรได้บ้าง
 - การจัดบริการ
 - สิ่งอำนวยความสะดวก
 - การให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องส่วนตัวและอาชีพการงาน การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพการงาน และการช่วยบุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงานในหน้าที่ใหม่
 - กิจกรรมสันทนาการหรืองานประเพณี
 - การยกย่องชมเชยทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
 - การช่วยให้หางานใหม่เมื่อถูกเลิกจ้าง ผลประโยชน์เมื่อเกษียณอายุ
 - การให้สิทธิประโยชน์
 - ชั่วโมงการทำงานแบบยืดหยุ่น
 - การอนุญาตให้ลาหยุดกรณีพิเศษเพื่อรับผิดชอบครอบครัวและเพื่อบริการชุมชน
 - การให้การศึกษานอกเหนือจากงานในหน้าที่
 - การดูแลสุขภาพ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่มเกี่ยวกับนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่โรงพยาบาลสามารถสนับสนุนให้มีบรรยากาศในการทำงานที่ดี (อาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนสิ่งที่โรงพยาบาลจัดให้แก่บุคลากรว่ามีโอกาสปรับปรุงในส่วนใดได้อีก ออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรแต่ละกลุ่ม (ควรมีการทบทวนเป็นประจำทุกปี) และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
นโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ที่จัดให้แก่บุคลากร	ความพึงพอใจของบุคลากรต่อการดูแล และเกื้อหนุนที่องค์กรจัดให้

SPA I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร (Assessment of Workforce Engagement)

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากร ในแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น คณะกรรมการทรัพยากรบุคคล) ร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องความผูกพันของบุคลากร
 - ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง
 - ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล
 - การเพิ่มคุณค่าให้กับงานอย่างสอดคล้องกับพันธกิจและเป้าหมายขององค์กร ด้วยความแข็งแกร่งและมี passion สามารถปรากฏเห็นได้จากสีหน้า เจตคติในการทำงาน และการสื่อสารในที่ทำงาน
 - “การผูกใจบุคลากร” หรือทำให้เกิด “ร่วมด้วย ช่วยกัน”
 - การสร้างความผูกพัน ครอบคลุมการสร้างความสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร การบริหารค่าตอบแทนและสร้างแรงจูงใจ การฝึกอบรม
 - บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กร จะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร งานที่ได้รับมอบหมายเป็นงานที่มีคุณค่า สอดคล้องกับค่านิยมส่วนตัว สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร มีแรงจูงใจในตนเองสูง มีความมั่นใจที่จะเสนอแนวคิดใหม่ๆ มีความรับผิดชอบต่อความสำเร็จของงาน
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนการจำแนกกลุ่มบุคลากร และความต้องการหรือลักษณะร่วมของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม
- ผู้นำระดับสูงกับทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันของบุคลากรแต่ละกลุ่มของโรงพยาบาล
 - พิจารณาปัจจัยที่มีผลด้านความผูกพันของบุคลากรต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
 - ความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญ
 - ได้ทำงานที่มีคุณค่า มีความหมาย ทำทาย

- โอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ
 - ความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ความมั่นคงในงาน
 - สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความไว้วางใจ ความร่วมมือ ความสัมพันธ์
ความเป็นธรรม
 - ระดับของการได้รับมอบอำนาจในการตัดสินใจ
 - การได้รับโอกาส การยกย่องชมเชย
- ทำความเข้าใจกับปัจจัยบั่นทอนความผูกพัน (factors Inhibiting engagement) ซึ่งได้จากการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากร การสอบถามกลุ่มตัวอย่าง การสำรวจความคิดเห็นจากบล็อก หรือการสัมภาษณ์บุคลากรที่ลาออก
 - นำปัจจัยที่วิเคราะห์ได้ไปประเมินสถานการณ์ในองค์กร (อาจจะใช้การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ผู้ที่ลาออกหรือผู้ที่ยังคงทำงานอยู่) จำแนกความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวในแต่ละกลุ่ม (ถ้าเป็นไปได้) ดำเนินการปรับปรุงในจุดที่เป็นโอกาสพัฒนาที่สำคัญ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความผูกพันและความพึงพอใจ (ระบุความแตกต่างในแต่ละกลุ่ม ถ้ามี)	

(2) องค์กรประเมินความผูกพัน และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร โดยพิจารณาปัจจัยสำคัญที่วิเคราะห์ไว้ใน I-5.2ก(1)
 - ทีมงานที่เกี่ยวข้องพึงระมัดระวังในการแปลความหมายข้อมูลที่ได้รับ โดยแยกแยะให้ชัดเจนระหว่าง
 - ความพึงพอใจต่อปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน
 - ระดับความผูกพันของบุคลากร ซึ่งควรสะท้อนออกมาด้านความทุ่มเทในการทำงาน
 - ไม่ผูกพัน
 - ทำเพราะความกลัว
 - ทำเพราะหัวหน้าสั่ง

- ทำตามหน้าที่เดิมที่
 - รับมอบหมายงานที่ทำท่าย
 - สร้างสรรค์งานด้วยตนเองโดยไม่ถามว่าองค์กรให้อะไร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องอาจใช้วิธีการประเมินความผูกพันที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการร่วมกัน
- การประเมินที่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินที่มีการวางรูปแบบอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารวิธีการประเมิน/ผลการประเมิน และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในวงกว้าง
 - การประเมินที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินในลักษณะกิจกรรมเสริมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การสร้างความสัมพันธ์ หรือการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนเชิงระบบ โดยการใช้ Focus Group หรือ Exit Interview

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร

(3) องค์กรนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากรและมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี
- หัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ ใช้เครื่องมือเพื่อสร้างความผูกพันกับบุคลากรในหน่วยงาน เช่น
 - แนวคิด Joy in Work ของ IHI ถามบุคลากรด้วยคำถาม “What matters to you?” นึกถึงวันที่มีความสุขและประสบความสำเร็จในการทำงาน และหาปัจจัยที่ควรปรับปรุงร่วมกัน
 - แนวคิด One-on-One Meeting หัวหน้าพบปะพูดคุยกับบุคลากรในหน่วยงานทุกเดือนเพื่อสื่อสารความคาดหวัง รับทราบความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเอง และปัญหาในการทำงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงปัจจัยขับเคลื่อนที่มีผลต่อความผูกพันและแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี	● ผลลัพธ์ของการปรับปรุง

๖. วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

(1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร: (i) มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง; (ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี; (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้; (iv) เสริมพลังบุคลากร; (v) เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายและแนวคิดต่อไปนี้
 - การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดีหรือมีผลการปฏิบัติงานที่ดี (high performance) ประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ได้แก่
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อความต้องการของธุรกิจและตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป
 - ความยืดหยุ่น การสร้างนวัตกรรม การเอื้ออำนาจในการตัดสินใจ การแบ่งปันความรู้และทักษะ การสื่อสารและการถ่ายทอดสารสนเทศที่ดี
 - บุคลากรที่ผูกพันกับองค์กรจะทำให้ผลการดำเนินการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญองค์กรประกอบสำคัญในการสร้างความผูกพันกับองค์กร ได้แก่
 - การทำงานที่มีคุณค่า รัชติทางขององค์กรชัดเจน
 - มีสำนึกในภาระความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินการ
 - มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มีความไว้วางใจ เชื่อใจ มีประสิทธิภาพ และให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน

- ความสอดคล้องของงานกับค่านิยมของบุคลากรแต่ละคนทำให้มีแรงจูงใจและตระหนักในคุณค่าของงาน
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวางแผนเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมที่ช่วยให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีดังนี้
 - วัฒนธรรมการสื่อสารที่เปิดกว้าง
 - มีช่องทางสื่อสารข้อมูลสำคัญจากผู้นำให้บุคลากรรับรู้อย่างทั่วถึง
 - บุคลากรมีโอกาสซักถามในประเด็นข้อสงสัยและได้รับคำตอบ
 - บุคลากรมีโอกาสเสนอข้อคิดเห็นที่สร้างสรรค์ ความคิดเห็นที่แตกต่างและหลากหลาย
 - มีบรรยากาศของความไว้วางใจในการรายงานและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์
 - มีบรรยากาศของความปลอดภัยในการเสนอความคิดเห็นในเวทีประชุมต่างๆ
 - มีการใช้เครือข่ายที่ไม่เป็นทางการในการสื่อสาร
 - วัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี
 - การมีจุดเน้นที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร มีการถ่ายทอดเป้าหมายไปสู่ระดับและทีมงานต่างๆ โดยที่ทีมงานสามารถปรับเป้าหมายให้อยู่ในวิสัยที่เป็นไปได้ (catch ball technique หรือ hoshin planning) การส่งเสริมให้แต่ละคนมีเป้าหมายการทำงานที่วัดได้และความหมาย
 - การมุ่งเน้นคุณค่าที่ผู้ปวยและผู้รับผลงานจะได้รับ ด้วยการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ปวยและผู้รับผลงานอย่างลึกซึ้งในทุกด้าน
 - ความร่วมมือ การสื่อสารและการแบ่งปันความรู้/ทักษะ ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพต่างสาขา ต่างหน่วยงาน และต่างสถานที่
 - วัฒนธรรมที่เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้
 - ความชัดเจนในการแปลความหมายวิสัยทัศน์และค่านิยมให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน รวมทั้งการให้อิสระในการแปลความหมายแก่บุคลากร
 - ผู้นำส่งเสริมให้บุคลากรเชื่อมโยงการปฏิบัติงานประจำกับวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กร

- พัฒนธรรมการเสริมพลังบุคลากร
 - การให้อำนาจตัดสินใจ และความคิดริเริ่ม เช่น การกำหนดทรัพยากรที่บุคลากรสามารถตัดสินใจใช้เพื่อแก้ปัญหาหน้างานได้เอง ระบบข้อเสนอแนะ การมีแรงจูงใจให้เสนอแนะนำความคิดริเริ่มมาปฏิบัติ
 - ความสามารถในการใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรม และความคิดเห็นที่หลากหลายของบุคลากร เช่น ระบบข้อเสนอแนะ การสนทนากลุ่มในสมาชิกที่มีลักษณะหลากหลาย การนำวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
- พัฒนธรรมการเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน
 - บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (Inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และคนรอบข้าง รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน กับองค์กร มีสำนึกร่วมกับชุมชน มีพลังศรัทธาในงานและชีวิต โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การส่งเสริมและปรับปรุงวัฒนธรรมด้านต่าง ๆ ที่นำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร	● ผลลัพธ์ของการประเมินและปรับปรุงวัฒนธรรม

ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

- (1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี พัฒนาความรู้ความสามารถให้เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล:
- (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีอย่างสม่ำเสมอ;
 - (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับภาระงานเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง;
 - (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
 - (iv) มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับ Performance Management System
 - Performance Management System-PMS เป็นเครื่องมือในการบริหาร ที่เน้นการสื่อสารระหว่างผู้บริหารกับบุคลากร ให้ทุกคนมีจุดสนใจร่วมกันที่พันธกิจ ทิศทางและค่านิยมขององค์กร ทำให้ผู้บริหารสามารถนำพลังของบุคลากรมาใช้เพื่อบรรลุประโยชน์ของทั้ง 3 ฝ่าย คือ การบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กร ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และประโยชน์ต่อบุคลากร
 - องค์ประกอบที่สำคัญของระบบ
 - การสื่อสารเพื่อให้ทุกคนเข้าใจเป้าหมายของระบบ PMS และเกิดความตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา
 - การที่ทุกคนมีบทบาทที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เริ่มจากผู้นำระดับสูง กำหนด Strategic Priorities ซึ่งจะถูกถ่ายทอดมาเป็นเป้าหมายในระดับต่างๆ ที่ผู้นำจะถูกประเมินผลงาน หัวหน้าหน่วยงานใช้ประเมินผลงานของบุคลากรและพูดคุยกับบุคลากรแต่ละคน
 - การพัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งผู้นำและบุคลากร (บุคลากรควรเป็นผู้จัดทำ Performance Plan ของตนหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลของหน่วยงานและเป้าหมายของหัวหน้า เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นในการพูดคุยระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรในหน่วยงาน

- ระบบต่างๆ จะต้องสนับสนุน PMS และใช้ข้อมูลจาก PMS เพื่อสนับสนุนระบบที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรบุคคลอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร, การคัดสรรและเลื่อนตำแหน่ง, การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น
 - การประเมินผลระบบ PMS ที่ชัดเจน เริ่มจากการประเมิน Compliance ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
- การนำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ
 - ผู้นำระดับสูงร่วมกันกำหนด Strategic Priorities ที่จะใช้ในการประเมินผลงาน และเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (เริ่มด้วยสิ่งที่มีความหมายสำหรับทุกคน และสามารถวัดได้ไม่ยาก จำนวนน้อยที่สุด)
 - ผู้นำระดับสูงทดลองใช้ PMS กับผู้นำระดับกลาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นคุณค่าของระบบ
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้พัฒนาทักษะของหัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรในการที่จะนำ PMS ไปใช้ให้เกิดประโยชน์
 - ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ นำ PMS ไปสู่การปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการสื่อสารระหว่างหัวหน้าหน่วยงานกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ การประเมินสมรรถนะและผลการปฏิบัติงานที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบและภาระงาน
 - ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างความเชื่อมโยงระบบ PMS กับกระบวนการที่เกี่ยวข้องและระบบอื่นๆ ตามความเหมาะสม เช่น การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย การสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น
 - ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์ และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
- การประเมินและปรับปรุงระบบ PMS
 - มีการประเมินผลระบบ PMS เป็นประจำทุกปี เริ่มจากการประเมิน compliance (การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้) ไปสู่การประเมินคุณภาพและสัมฤทธิ์ผล
 - สำหรับโรงพยาบาลภาครัฐ ควรวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบประเมินผลงานบุคลากรที่ใช้อยู่ ชำรงในส่วนที่เป็นจุดแข็ง และพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขจุดอ่อนตามข้อเสนอแนะในส่วนนี้ อาจจะดำเนินการทดลองในขอบเขตที่เหมาะสมก่อน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● Strategic Priorities ที่นำมาใช้ในการประเมินผลงานบุคลากรในระบบ PMS ● ความเชื่อมโยงระหว่างระบบ PMS กับระบบที่เกี่ยวข้องอื่นๆ	● ผลการประเมินระบบ PMS (รวมถึงความครอบคลุมในการนำ PMS ไปใช้ ความถี่ในการพูดคุยเรื่องผลการดำเนินงานระหว่างหัวหน้างานกับบุคลากรแต่ละคน ผลของการปรับปรุงระบบ PMS ต่อความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง)

(2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้: (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ; (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม; (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร; (iv) การทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ (v) การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง มิติทางสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน; (vi) การสร้างเสริมสุขภาพ; (vii) การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน; (viii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณากำหนดสมดุลของการพัฒนาบุคลากรดังตัวอย่างในแนวมุมต่อไปนี้
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองกับการเรียนรู้ตามหลักสูตรที่มีการจัดอบรม

- สมดุลระหว่างการเรียนรู้ที่เป็นทางการกับที่ไม่เป็นทางการ
- สมดุลระหว่างการฝึกอบรมภายในองค์กรกับการฝึกอบรมภายนอกองค์กร
- สมดุลระหว่างการเรียนรู้ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับ การเรียนรู้ความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge)
- สมดุลระหว่างการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ กับ การเรียนรู้ทางทฤษฎี
- สมดุลระหว่างบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับบุคคล หน่วยงาน และโรงพยาบาล
- สมดุลระหว่างความต้องการการเรียนรู้ของบุคลากรกับวัตถุประสงค์ขององค์กร
- สมดุลระหว่างการพัฒนาความรู้เพื่อการทำงานกับการพัฒนาจิตปัญญา
- สมดุลระหว่างการพัฒนา Technical Skill กับ Non-technical Skill (เช่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การแปลความหมายและใช้ข้อมูล คอมพิวเตอร์ เป็นต้น)
- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนด Learning Need, การออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย, การดำเนินการฝึกอบรมและสร้างโอกาสการเรียนรู้, การหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงาน, การประเมินประสิทธิผลของระบบ, การปรับปรุงระบบ,
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนด Learning Need ในระดับองค์กรและระดับหน่วยงาน ดังต่อไปนี้
 - พิจารณาสรรณะหลัก (core competency) ขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
 - พิจารณาประเด็นเรื่องการปรับปรุงผลการดำเนินการ / การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และนวัตกรรม
 - พิจารณาประเด็นเรื่องจริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมในการประกอบกิจการหรือจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัพันธกิจขององค์กร
 - พิจารณาประเด็นเรื่องการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ซึ่งขยายความไปสู่การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพความปลอดภัย (รวมทั้งการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก)
 - การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people centred care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัด

ของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการ การดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลและ ลงนามยินยอมรับการดูแลรักษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความ ต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ แต่ละกลุ่ม

- พิจารณาประเด็นเรื่อง Non-technical Skill ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) และการพัฒนาจิตตปัญญา / การใช้มิติด้านสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการรับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และการเติบโตจากภายใน
- พิจารณา Learning Needs ที่ เป็นความต้องการของบุคลากร ร่วมกับที่หัวหน้างาน ผู้บริหาร และผู้นำระดับสูงระบุอย่างสมดุล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร และเติมเต็มส่วนขาดที่พบจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- พิจารณาข้อกำหนดเรื่องการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ
- การพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เพิ่มเติม
 - พิจารณาประเด็นการพัฒนาคุณสมบัติการเป็นผู้นำเฉพาะตัว และจริยธรรมในการประกอบกิจการ
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำในการพัฒนาความรู้ขององค์กร การใช้การเรียนรู้ระดับองค์กรและการสร้างนวัตกรรมเป็นเครื่องมือในการจัดการ
 - พิจารณาความรู้ความสามารถในการนำองค์กรสู่ความยั่งยืน การคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารกลยุทธ์ บทบาทในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง
 - พิจารณาบทบาทของผู้นำต่อการส่งเสริม สนับสนุน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้ป่วย
 - การสร้างความผูกพันกับบุคลากร และการพัฒนาบุคลากร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบวิธีการพัฒนาบุคลากรที่หลากหลาย เช่น
 - การฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน โดยมีระบบพี่เลี้ยง
 - การเรียนในห้องเรียน
 - การเรียนจากคอมพิวเตอร์
 - การเรียนทางไกล
 - การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในลักษณะโครงการ (project-based)
- ผู้นำทุกระดับ อาจส่งเสริมและร่วมมือกับบุคลากรในการกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนา และเรียนรู้สำหรับแต่ละบุคคล (individual learning and development needs) และแผนพัฒนาของแต่ละบุคคล

- ผู้นำทุกระดับหนุนเสริมให้นำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ
 - หัวหน้าหน่วยงานจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความจำเป็น ประสพการณ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้มาปฏิบัติ รวมทั้งมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
 - หัวหน้าหน่วยงานสังเกต ตรวจสอบ หรือประเมินการนำความรู้และทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญมาสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน
 - ผู้นำกำหนดระบบแรงจูงใจที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรให้มีความสมดุลยิ่งขึ้น (จุดใดที่ได้รับความสำคัญมากขึ้น) ● สรุป Learning Need ที่สำคัญของบุคลากรกลุ่มต่างๆ และวิธีการพัฒนา/เรียนรู้ที่จัดให้อาจนำเสนอในลักษณะตาราง) ● การเชื่อมโยงข้อมูลจากฐานข้อมูลความเสี่ยง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนทางคลินิก การตามรอยทางคลินิก มาสู่การกำหนด Learning Need	

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวคิดของการประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ ใน 4 ระดับต่อไปนี้
 - Reactive Evaluation ประเมินความรู้สึกต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคลากร
 - Learning Evaluation ประเมินความรู้ที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย

- Behaviour Evaluation ประเมินการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบ เช่น การสังเกตโดยหัวหน้างาน การสัมภาษณ์ หรือการประเมินตนเอง เป็นต้น
- Result Evaluation ประเมินผลกระทบต่อผลการดำเนินการของแต่ละบุคคล หน่วยงาน และองค์กร รวมทั้งผลกระทบต่อผลการดำเนินการที่เกี่ยวกับลูกค้า ซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้ว แต่ต้องเลือกตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับหน้าที่รับผิดชอบของผู้ถูกประเมิน (ถ้าเป็นไปได้ ควรประเมินให้ถึงระดับนี้)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการพัฒนาและเรียนรู้ โดยพิจารณาแนวทางต่อไปนี้
 - องค์กรใช้วิธีการที่เป็นระบบในการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา มีการประเมินระบบการเรียนรู้และพัฒนา อย่างน้อยความครอบคลุมของการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วม/โอกาสการเข้าร่วมเรียนรู้ ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของการเรียนรู้ ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด
 - การประเมินพิจารณาการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับในงานที่รับผิดชอบร่วมด้วย มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม
 - การประเมินพิจารณาผลงานขององค์กรซึ่งเป็นตัววัดที่ใช้ในระบบบริหารอยู่แล้วร่วมด้วย มีการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทรัพยากรที่ใช้และระดับกิจกรรมการเรียนรู้ กับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความผูกพันของบุคลากร
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากร (ทั้งระดับปฏิบัติการและผู้นำ)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● วิธีการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากร	● ผลการประเมินระบบการพัฒนาและเรียนรู้ของบุคลากร (ทั้งระดับปฏิบัติการและผู้นำ) และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ○ ความครอบคลุมของเนื้อหาการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ○ ความครอบคลุมของผู้เข้าร่วม/โอกาสการเข้าร่วมเรียนรู้

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	○ ความพึงพอใจต่อองค์ประกอบต่างๆของการเรียนรู้ ○ ความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเด็นที่ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ○ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของทั้งองค์กร หรือการประยุกต์ใช้ความรู้ในงานที่รับผิดชอบของผู้อบรม ○ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยหรือผลงานขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป ที่สามารถแสดงความสัมพันธ์กับการลงทุนด้านการเรียนรู้และพัฒนา

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาแนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรสายงานต่างๆ เช่น โอกาสที่เป็นไปได้ในปัจจุบัน และในอนาคตสำหรับแต่ละสายงาน คุณสมบัติและเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาและฝึกอบรม การประเมินตัวบุคคล เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต
 - การสร้าง Pool ของผู้มีศักยภาพที่จะเป็นผู้นำในอนาคต
 - การสร้างเสริมสมรรถนะด้านการบริหารให้แก่ผู้มีศักยภาพผ่านกิจกรรมเรียนรู้ต่างๆ และโครงการที่ได้รับมอบหมาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ● แนวทางการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำ	● ความพึงพอใจของบุคลากรในเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ● ความสำเร็จการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต

SPA I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน (Healthcare Service and Processes Design)

(1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ (product requirement)
 - ข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์เป็นเอกสารที่ระบุข้อกำหนดทั้งหมดของผลิตภัณฑ์ใดผลิตภัณฑ์หนึ่ง (ในที่นี้ผลิตภัณฑ์คือบริการสุขภาพ) เพื่อให้ผู้คนเข้าใจว่าผลิตภัณฑ์นั้นจะทำอะไรได้บ้าง โดยทั่วไปแล้วจะเริ่มต้นเขียนจากมุมมองของผู้ใช้หรือผู้รับผลงาน เพื่อนำไปใช้แสดงรายละเอียดในข้อกำหนดเฉพาะเชิงเทคนิค (technical requirement หรือ functional specification) ต่อไป
 - ข้อกำหนดของบริการสุขภาพ (healthcare service requirement) ควรมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของบริการสุขภาพ (healthcare service offering)
 - องค์ประกอบของข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์
 - วัตถุประสงค์ (objective) อธิบายปัญหาของผู้รับผลงาน และความสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ขององค์กร
 - ลักษณะสำคัญ (features) ของผลิตภัณฑ์ สิ่งที่ใช้งานต้องการ และสิ่งที่ผลิตภัณฑ์นี้จะช่วยแก้ปัญหาหรือหาทางออกให้ผู้ใช้
 - สมมติฐาน ข้อจำกัด และสิ่งที่ไม่อยู่ในขอบเขต
 - แผนการประเมินและตัววัด Performance ของผลิตภัณฑ์

- ผู้นำและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันประยุกต์แนวคิดเรื่องข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ (product requirement) มาใช้กับข้อกำหนดของบริการสุขภาพ (healthcare service requirement) เช่น การศึกษาลักษณะสำคัญของการจัดบริการสุขภาพที่ดีซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนด
 - **Comprehensiveness:** มีบริการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เช่น มีทั้งการป้องกัน การรักษา การประคับประคอง การฟื้นฟูสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ
 - **Accessibility:** สามารถเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย ภาษา วัฒนธรรม ภูมิศาสตร์ อาจมีการจัดบริการที่บ้าน ในชุมชน ในที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาล
 - **Coverage:** ครอบคลุมทุกคนที่เป็นประชากรเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - **Continuity:** ให้บริการอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงจังหวะของการเจ็บป่วย ผ่านเครือข่ายบริการและระดับบริการต่างๆ
 - **Quality:** ให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้ผล ปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในเวลาที่เหมาะสม
 - **Person-centredness:** จัดบริการโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลาง มิใช่โรคหรือการเงิน ผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพของตนเอง
 - **Coordination:** มีการประสานงานที่ดีระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ ระหว่างผู้ให้บริการประเภทต่างๆ ระหว่างการดูแลประเภทต่างๆ ระหว่างการดูแลระดับต่างๆ ทั้งในภาวะปกติและการเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการประสานงานกับภาคบริการสังคม และพันธมิตรที่เป็นองค์กรชุมชน
 - **Accountability and Efficiency:** มีการบริหารจัดการที่ดีเพื่อลดความสูญเปล่าให้เหลือน้อยที่สุด ผู้บริหารได้รับมอบอำนาจที่จำเป็นเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และแสดงการรับผิดชอบต่อผลงานที่เกิดขึ้น มีกลไกประเมินผลโดยภาคประชาสังคมมีส่วนร่วม
- ผู้นำร่วมกับผู้เกี่ยวข้องระบุบริการสุขภาพ และข้อกำหนดของบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมขององค์กร และบริการเฉพาะของแต่ละสาขา โดยพิจารณาจาก
 - ระดับการให้บริการตามพันธกิจขององค์กร
 - ความต้องการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ซึ่งสรุปไว้ในคุณลักษณะบริการ (service offering) ตามมาตรฐาน I-3.2ก(1)
 - กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพและ 3rd Party Payer
 - แนวคิดเรื่อง Product Requirement และคุณลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพที่ดี

- (2) องค์การกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนดโดยนำหลักฐานทางวิชาการ **กฎหมาย** แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมิติคุณภาพต่างๆ มาใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทำความเข้าใจมาตรฐานเรื่อง Process Management ซึ่งประกอบด้วย
 - การระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ (key work process) สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (การกล่าวถึงกระบวนการในมาตรฐานบทนี้ ยังคงเป็นกระบวนการในภาพใหญ่ขององค์กร ซึ่งสามารถแตกย่อยลงไปได้อีกเมื่อไปพิจารณาในระดับหน่วยงาน)
 - กระบวนการจัดบริการสุขภาพ (healthcare process) ซึ่งสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ และเป็นไปตามข้อกำหนดของบริการสุขภาพ
 - กระบวนการทางธุรกิจหรือการดูแลกิจการ (business process) ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จและความเติบโตขององค์กร เช่น การสร้างนวัตกรรม การวิจัยและพัฒนา การจัดหาเทคโนโลยี การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ การจัดการห่วงโซ่อุปทาน การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การบริหารโครงการ การขายและการตลาด การระดมทุน กระบวนการนโยบายสาธารณะ
 - กระบวนการสนับสนุน (support process) เพื่อตอบสนองความต้องการภายในองค์กร เช่น การจัดการอาคารสถานที่ การทำความสะอาด เวชระเบียน การเงินการบัญชี บริการด้านกฎหมาย ประชาสัมพันธ์ ความสัมพันธ์กับชุมชน การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
 - การระบุข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการ
 - การออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมกระบวนการสำหรับกระบวนการ (design)
 - การนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (action)
 - การใช้ตัวชี้วัดเพื่อควบคุมกระบวนการ และเพื่อประเมินความสำเร็จของกระบวนการ (learning)
 - การปรับปรุงกระบวนการ (Improvement)
- ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานเรื่อง Process Management หรือ PDSA หรือ 3P (Purpose-Process-Performance) ไปสู่การปฏิบัติในขอบเขตต่อไปนี้

- กระบวนการซึ่งเกี่ยวข้องกับความสำเร็จพิเศษขององค์กร หรือ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร
- สนับสนุนให้หัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ขับเคลื่อน PDSA ในกระบวนการสำคัญ ที่ระบุไว้ใน Service Profile ของหน่วยงาน (สร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ค้นหาโอกาสพัฒนา ควบคุมกำกับการทำงาน ติดตามการบรรลุเป้าหมาย ของหน่วยงาน และดำเนินการพัฒนาต่อเนื่อง)
- กระบวนการสำคัญใน 3 กลุ่มที่กล่าวมา คือ กระบวนการจัดบริการสุขภาพ กระบวนการทางธุรกิจ และกระบวนการสนับสนุน (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ Service Profile ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือในมาตรฐานตอนที่ II และ III)
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ทำความเข้าใจขอบเขต ของกระบวนการสำคัญในที่นี้ ว่าเป็นการมองกระบวนการจากระดับองค์กร หนึ่งกระบวนการอาจจะหมายความว่าถึงงานของหน่วยงานทั้งหน่วย และเราอาจจะ ค้นเคยกันในเรื่องของระบบงาน เช่น กระบวนการเวชระเบียน ซึ่งเราค้นเคยกันในเรื่อง ระบบเวชระเบียน ขณะที่บางระบบงานอาจจะแตกออกเป็นกระบวนการสำคัญจำนวน หนึ่ง เช่น ระบบ IC อาจจะจำแนกออกเป็นกระบวนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ กระบวน ทำให้ปราศจากเชื้อ ฯลฯ
- ผู้นำระดับต่างๆ กำหนดกระบวนการสำคัญและกระบวนการสนับสนุนในความรับผิดชอบ (กระบวนการสำคัญควรนำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และ ความสำเร็จขององค์กร)
 - กระบวนการซึ่งสัมพันธ์กับ Core Competency และกลยุทธ์ขององค์กร
 - กระบวนการของระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II)
 - กระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (ตามมาตรฐานตอนที่ III)
 - กระบวนการของหน่วยงาน
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการสำคัญ ดำเนินการออกแบบ กระบวนการที่รับผิดชอบ
 - วิเคราะห์ความต้องการและความหวังของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน ผู้ส่งมอบ ผู้ร่วมงานจากภายนอก ร่วมกับข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ มาตรฐาน วิชาชีพ และข้อมูลวิชาการต่างๆ เพื่อจัดทำข้อกำหนดของกระบวนการ (process requirement) ซึ่งเป็นวลีสั้นๆ ที่ระบุถึงความคาดหวังของ ผู้เกี่ยวข้องต่อกระบวนการนั้นๆ ว่าอยากเห็นผลลัพธ์หรือคุณลักษณะอย่างไร
 - ทบทวนกระบวนการที่ใช้อยู่ว่าสามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดของ กระบวนการได้ดีเพียงใด

- ออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด / ความคาดหวังสำคัญข้างต้น โดยใช้แนวคิด Human Factors Engineering และ Design Thinking เข้ามาประยุกต์ใช้ ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการ กฎหมาย มาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว เพื่อเป้าหมายคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตีารางสรุกระบวนการสำคัญและข้อกำหนดของแต่ละกระบวนการ (ครอบคลุมให้มากที่สุด) ● ตัวอย่างการออกแบบกระบวนการเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนด ตามแนวคิดการออกแบบต่างๆ ใน I-6.1ก(3)	

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล / ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนบทบาทของตนในการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ
 - Information
 - คู่มือการปฏิบัติงานที่ User Friendly และเป็นปัจจุบัน
 - การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น ณ จุดใช้งาน
 - Education & Training การฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็น ทั้ง Technical & Non-technical Skill
 - Mindfulness & Situation Awareness มีสติ มีความตื่นรู้ และตระหนักในสถานการณ์ต่างๆ

- การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อส่งเสริมและทำให้ง่ายในการปฏิบัติที่พึงประสงค์
- Process Control
 - กลไกการรับรู้การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การใช้ Process Indicator เพื่อควบคุมกระบวนการ
- Go & See การไปร่วมเรียนรู้และแก้ปัญหากับผู้ปฏิบัติงานที่หน้างาน
- AAR & Process Refinement การทบทวนปัญหาหลังปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการที่เป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ กำหนดวิธีการที่จะใช้ติดตามและควบคุมการปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ ซึ่งอาจจะเป็นการติดตามตัวชี้วัดสำคัญ การนิเทศ การสรุปย่อ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรายงาน ฯลฯ
 - การกำหนดตัววัดในกระบวนการ (in-process measures) ควรพิจารณากำหนดจุดวิกฤติในกระบวนการ (ขั้นตอนสำคัญที่หากเกิดปัญหาแล้วมีผลกระทบรุนแรง) เพื่อวัดและสังเกตการณ์ ซึ่งควรเริ่มทำโดยเร็วที่สุดในช่วงต้น ๆ ของกระบวนการเพื่อลดปัญหาและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดจากการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คาดหวังให้เหลือน้อยที่สุด
- หัวหน้าหน่วยงานและผู้รับผิดชอบกระบวนการสำคัญ ทบทวนวิธีการปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ว่าเป็นไปตามกระบวนการที่ออกแบบไว้หรือไม่ สามารถตอบสนองต่อข้อกำหนดสำคัญของแต่ละกระบวนการหรือไม่
 - การใช้ Process Performance เพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติ
 - กำหนดระดับหรือมาตรฐานของ Performance ของกระบวนการ และมีการติดตาม
 - หากมีความเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานที่กำหนดไว้ ต้องมีมาตรการแก้ไข โดยพิจารณาด้านเทคโนโลยี หรือบุคลากร หรือทั้งสองเรื่อง และเน้นการแก้ปัญหาที่ Root Cause ของความเบี่ยงเบน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตัวอย่างการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดในการควบคุมกระบวนการ	● ผลการรับรู้การปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกระบวนการ

(2) องค์กรจัดทำ อนุมัติ ทบทวน และปรับปรุงเอกสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานและระเบียบปฏิบัติสำหรับหน้าที่สำคัญขององค์กรตามระยะเวลาที่กำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบให้ผู้เกี่ยวข้องจัดระบบการควบคุมเอกสารที่สำคัญต่อไปนี้
 - นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงาน ขององค์กร
 - ระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ที่ออกแบบไว้ใน I-6.1ก(3) เป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน หรือ Procedures & Work Instructions
- ระบบควบคุมเอกสารประกอบด้วย การจัดทำ การอนุมัติ การควบคุม การปรับปรุง เป็นระยะตามกำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น
 - ผู้มีอำนาจลงนามเป็นผู้อนุมัติการเผยแพร่และใช้เอกสารการอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบของลายเซ็น หรือการอนุมัติผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีรหัสผ่าน หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะเอกสารรุ่นล่าสุดอยู่ ณ จุดที่จะมีการนำไปใช้
 - มีการจัดการที่ทำให้มั่นใจว่าเอกสารอยู่ในสภาพที่อ่านได้ง่ายและการเปลี่ยนแปลงสามารถสังเกตได้ง่าย (โดยใช้ชื่อเอกสาร วันที่ออก เลขที่เอกสาร หรือเครื่องหมายอื่นๆ ที่เหมาะสม)
 - มีการปรับปรุงเอกสารเป็นระยะตามความจำเป็น และมีการอนุมัติใหม่
 - มีการป้องกันไม่ให้มีการใช้เอกสารที่ยกเลิกไปแล้ว โดยไม่ตั้งใจ และวิธีการระบุเอกสารที่ยกเลิกไปแล้วในกรณีที่เอกสารนั้นยังต้องถูกจัดเก็บไว้เพื่อจุดประสงค์บางอย่าง
 - มีการประยุกต์ใช้กระบวนการควบคุมเอกสารกับเอกสารที่ได้รับมาจากภายนอกองค์กร
- เอกสารระเบียบปฏิบัติสำหรับกระบวนการต่างๆ ควรระบุสิ่งต่อไปนี้
 - วัตถุประสงค์หรือข้อกำหนดของกระบวนการ
 - ระบุขั้นตอนการปฏิบัติ: ใคร ทำอะไร อย่างไร
 - ระบุเงื่อนไขการปฏิบัติ ว่าถ้ามีทางเลือกในการปฏิบัติ จะใช้เกณฑ์อะไรในการตัดสินใจ
 - ถ้ามีความเสี่ยงสำคัญ ให้พิจารณาว่าจะป้องกันอย่างไร
 - ระบุว่าในสถานการณ์ที่แตกต่างไปจากปกติหรือเกิดเหตุไม่คาดฝัน จะมีแนวทางใช้ดุลยพินิจอย่างไร

- ระบบการมี Feedback Loop ระหว่างขั้นตอนสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่ามีการส่งต่อระหว่างขั้นตอนตามที่คาดหวังไว้
- ระบบข้อมูลที่จะต้องมีการติดตาม (monitor)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การออกแบบและปรับปรุงระบบเกี่ยวกับเอกสารสำคัญ	● ความเป็นปัจจุบัน ความง่ายในการเข้าถึงของเอกสารควบคุม

(3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของกระบวนการสนับสนุน และเหตุที่แยกข้อกำหนดเรื่องนี้ออกมา
 - กระบวนการสนับสนุน คือกระบวนการที่สนับสนุน
 - กระบวนการที่สร้างคุณค่าขององค์กร หรือการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพ
 - กระบวนการบริหารกิจการขององค์กร
 - กระบวนการเหล่านี้มักไม่ได้รับการออกแบบในรายละเอียดร่วมกับกระบวนการหลักหรือบริการสุขภาพ และมักไม่ขึ้นกับข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์ แต่ขึ้นกับความต้องการขององค์กรมากกว่า
 - กระบวนการเหล่านี้อาจถูกระบุไว้ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และกระบวนการสำคัญของหน่วยงานแล้ว ในหัวข้อนี้จึงเป็นการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่ามีการจัดการกระบวนการดังกล่าวอย่างเหมาะสม
 - ตัวอย่างของกระบวนการสนับสนุน เช่น กระบวนการด้านการเงินและบัญชี การจัดการอาคารสถานที่ งานบริการด้านกฎหมาย งานบริการด้านทรัพยากรบุคคล การประชาสัมพันธ์ และงานด้านบริหารอื่น ๆ
- ผู้รับผิดชอบกระบวนการสนับสนุน
 - พิจารณาความสัมพันธ์ของกระบวนการสนับสนุนกับการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพ หรือการบริหารกิจการขององค์กร
 - ระบุนโยบายสำคัญขององค์กรต่อกระบวนการสนับสนุน (ขอให้สังเกตว่ามาตรฐานนี้เน้นไปที่ความต้องการสำคัญขององค์กร ซึ่งควรเป็นเป้าหมายของกระบวนการสนับสนุน)

- ออกแบบกระบวนการสนับสนุนเพื่อให้ตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร นำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติ มีการควบคุมกำกับเช่นเดียวกับการจัดการกระบวนการสำคัญ มีการประเมินผลการตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปความต้องการสำคัญขององค์กรที่มีต่อกระบวนการสนับสนุนต่างๆ	● การที่กระบวนการสนับสนุนตอบสนองความต้องการสำคัญขององค์กร

(4) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:

- (i) ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพและยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร;
- (ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
- (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนผลการดำเนินการขององค์กร ตาม I-4.1ข(1) ลำดับความสำคัญที่กำหนดไว้ใน I-4.1ค(1) นำโอกาสพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตาม II-1.1ก(7) และถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติในประเด็นต่อไปนี้
 - การยกระดับบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ครอบคลุมผู้ป่วยได้มากขึ้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น
 - การยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร เช่น ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
 - การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร
 - พิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรที่เป็นจุดแข็งหรือข้อได้เปรียบอยู่แล้วว่าจะสามารถทำให้ดียิ่งขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร
 - พิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรที่ยังเป็นจุดอ่อนหรือยังไม่เพียงพอ หาทางปรับปรุงเพื่อให้เกิดขึ้นหรือมีมากขึ้น
 - พิจารณาพัฒนาสมรรถนะหลักขององค์กรในอนาคต
 - การลดความแปรปรวนของกระบวนการ (process variation) ซึ่งทำได้ 2 Approach

- ใช้ Control Chart ศึกษา Variation ของกระบวนการ และตอบสนองต่อ Variation ตามลักษณะว่าเป็น Special Cause หรือ Common Cause ถ้าเป็น Special Cause ก็ต้องหาสาเหตุให้พบและตอบสนองตามสาเหตุ ถ้าเป็น Common Cause ต้องคิดถึงการออกแบบกระบวนการใหม่
- ใช้แนวคิด Safety-II เรียนรู้จากการทำงานประจำที่ไม่เกิดอุบัติเหตุ แต่มี Variation เนื่องจากสถานการณ์หรือการปฏิบัติของผู้เกี่ยวข้อง แล้ววางมาตรฐานการปฏิบัติงานเพื่อรองรับสถานการณ์ต่างๆ ให้มี Variation น้อยที่สุด

- การตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงโอกาสปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการ
- ผู้นำทุกระดับสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการทำงานในทุกพื้นที่และทุกระดับ ได้แก่ ในระดับหน่วยงาน ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ในการทำงานของแต่ละระบบงาน ในระดับภาพรวมขององค์กร รวมทั้งส่งเสริมการปรับปรุงในลักษณะสหสาขาวิชาชีพหรือคร่อมสายงาน
- ผู้นำทุกระดับส่งเสริมให้มีการใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น Simplicity, Visual Management, PDSA/CQI, Lean, Six Sigma, R2R, Design Thinking, Information Technology รวมถึงการใช้ Change Concepts ต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปการปรับปรุงกระบวนการสำคัญและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	● ผลกระทบสำคัญที่เกิดจากการปรับปรุงกระบวนการ

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

- (1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง / ผลิตภัณฑ์ พัสตุ และบริการอื่น ที่มีคุณภาพสูง โดย:
- (i) เลือกผู้ส่งมอบ ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
 - (ii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุมเพื่อนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบ;
 - (iii) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
 - (iv) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
 - (v) จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้
 - **เครือข่ายอุปทาน (supply network)** หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการจากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร (รวมทั้งจากองค์กรไปยังผู้รับผลงาน) ตามแนวคิดระบบนิเวศที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่ง่ายๆ เหมือนห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต
 - ความครอบคลุมของการจัดการเครือข่ายอุปทาน
 - **บริการสุขภาพที่จัดหาให้แก่ผู้ป่วยโดยที่องค์กรไม่ได้ดำเนินการเอง** ซึ่งอาจจะเป็น (1) การอนุญาตหรือทำสัญญาให้หน่วยงานกลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่นมาจัดบริการในสถานพยาบาล หรือ (2) การส่งผู้ป่วยไปรับบริการภายนอกองค์กร
 - **ผลิตภัณฑ์และพัสดุ** เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็น เป็นต้น
 - **บริการอื่นๆ** เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร ระบบขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร ที่องค์กรจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้แต่ละส่วนงานทบทวนในประเด็นต่อไปนี้
 - หน่วยงานได้รับมอบผลิตภัณฑ์และบริการอะไรจากผู้ส่งมอบภายนอกบ้าง
 - หน่วยงานใดเป็นผู้ใช้ หน่วยงานใดเป็นผู้ดำเนินการจัดหา

- ประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงที่สำคัญสำหรับผลิตภัณฑ์และบริการนั้นคืออะไร เช่น
 - Cold Chain สำหรับวัคซีนและเวชภัณฑ์บางประเภท
 - ระบบ QA ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - การตรวจสอบและควบคุมงานระหว่างการก่อสร้าง
 - กระบวนการวิเคราะห์ระบบไปจนถึง User Acceptance Test ในการตรวจรับ Software
- มีการจัดทำข้อกำหนดที่ครอบคลุมประเด็นคุณภาพและความเสี่ยงดังกล่าวไว้อย่างชัดเจนและรัดกุมเพียงใด มีการนำข้อกำหนดดังกล่าวไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบอย่างไร
- มีกระบวนการคัดเลือกผู้ส่งมอบอย่างไรที่ทำให้มั่นใจว่าได้ผู้ส่งมอบที่มีความรับผิดชอบ สามารถส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือบริการตามข้อกำหนดได้
- การตรวจรับผลิตภัณฑ์และบริการมีความเข้มงวดพอหรือไม่ที่จะทำให้มั่นใจว่ามีคุณภาพตามข้อกำหนดเพียงใด ผู้ตรวจรับมีความรู้ด้านเทคนิคเพียงพอหรือไม่ มีงานอะไรที่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญภายนอก
- มีการส่งข้อมูลป้อนกลับให้แก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างไร
- มีการจัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงกับข้อกำหนดอย่างไร
- ส่วนงานที่เกี่ยวข้องนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงระบบหรือเสนอต่อผู้นำเพื่อดำเนินการตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปผลการทบทวนที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● ผลลัพธ์ของการจัดการเครือข่ายอุปทาน

จ. การจัดการนวัตกรรม (Innovation Management)

(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ มาพัฒนา นวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องนวัตกรรม
 - นวัตกรรมคือการเปลี่ยนแปลงสำคัญ (การฉีกแนวหรือการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด) ในด้านผลลัพธ์ ผลิตภัณฑ์ บริการ หรือกระบวนการ เพื่อเพิ่ม

คุณค่าหรือสร้างคุณค่าใหม่ให้แก่ผู้รับผลงานหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

- ประเภทต่างๆ ของนวัตกรรมอาจจัดกลุ่มได้ดังนี้
 - Configuration (โครงสร้าง) เช่น รูปแบบการทำธุรกิจ การสร้างเครือข่าย โครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน
 - Offering (สิ่งที่หยิบยื่นให้) เช่น ผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพ ระบบงานที่ใช้ร่วมกัน
 - Experience (ประสบการณ์) เช่น ช่องทางการส่งมอบ การช่วยเหลือผู้รับผลงาน การสร้างความผูกพันกับผู้รับผลงาน
- การสร้างนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จในระดับองค์กรเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยหลายขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการแบ่งปันความรู้ การตัดสินใจที่จะนำไปใช้ การดำเนินการการประเมินผล และการเรียนรู้.
- ทักษะสำคัญของผู้ที่จะสร้างนวัตกรรมคือการตั้งคำถาม การสังเกต การสร้างเครือข่าย การทดลอง และการเชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่ความคิดใหม่ๆ
- บรรยากาศที่เอื้อต่อการเกิดนวัตกรรม
 - Challenge/engagement มีประเด็นท้าทายให้คนทำงานที่ผูกพัน
 - Idea time มีเวลา (นอกเวลาทำงานปกติ) ในการสร้างสรรค์ไอเดียใหม่ๆ
 - Idea Support องค์กรมีระบบสนับสนุนไอเดียใหม่ๆ
 - Trust & Openness รู้สึกปลอดภัยในการเสนอไอเดียที่แตกต่าง
 - Playfulness รู้สึกผ่อนคลายและสามารถที่จะสนุกในที่ทำงาน
 - Conflict Levels Productive Conflict ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องการ
 - Debates กล้าที่จะถกเถียงปัญหาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน
 - Freedom มีอิสระในการทำงาน
 - Risk-taking กล้าที่จะลองสิ่งใหม่ๆ และพร้อมรับความผิดพลาด
 - Dynamism องค์กรเจอเหตุการณ์หรือสิ่งใหม่ๆ
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องวางแนวทางสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมต่อไปนี้
 - ลักษณะของนวัตกรรมที่ควรเกิดขึ้น
 - การพัฒนานวัตกรรมตามโอกาสเชิงกลยุทธ์
 - การพัฒนานวัตกรรมในงานประจำ
 - แนวทางการสนับสนุน
 - สร้างบรรยากาศของการเปิดรับการแสดงความคิดและการให้ข้อเสนอแนะ

- การฝึกอบรมที่จำเป็นเพื่อให้มีทักษะในการคิดสร้างสรรค์และการออกแบบทดลองเพื่อสร้างนวัตกรรม
- การให้โอกาสให้ทีมงานสามารถลองผิดลองถูกได้
- การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น โดยมีแนวทางพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ และเกณฑ์การยุติการสนับสนุนเมื่อเห็นว่าไม่คุ้มค่า
- การสร้างแรงจูงใจ
- การขยายผลการใช้นวัตกรรม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปแนวทางการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	● ความตื่นตัว/การมีส่วนร่วมในการสร้างนวัตกรรม ● จำนวน ลักษณะนวัตกรรม และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนวัตกรรม

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก
(Clinical Education and Training Management)

(1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก / ผู้เรียนอย่างเหมาะสม ดังนี้: (i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม; (ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา / ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน; (iii) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรม; (iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องทำความเข้าใจจุดเน้นสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐานเรื่องนี้
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกได้เรียนรู้และฝึกทักษะตามข้อกำหนดของหลักสูตร
 - นักศึกษาและผู้รับการฝึกมีความเข้าใจและเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ผ่านการได้เห็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นแบบที่ดี และการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย
 - คุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากนักศึกษาและผู้รับการฝึก
- องค์กรให้ความสำคัญกับบทบาทต่อไปนี้
 - การสร้างต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ
 - การใช้ทุกโอกาสและกรณีศึกษาเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้แก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกให้มากที่สุด
 - การมีนโยบายและแนวปฏิบัติ ระบบกำกับดูแล ระบบให้คำปรึกษา และระบบติดตาม เพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปแนวทางการจัดการเรียนการสอนด้านคลินิกที่สำคัญ และผลการประเมิน	● การประเมินผลการจัดการเรียนการสอนและการฝึกอบรมโดยนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม ทั้งเนื้อหาตามหลักสูตร และเนื้อหาด้านคุณภาพและความปลอดภัย ● การประเมินผลด้านคุณภาพและความปลอดภัยจากบริการที่กระทำโดยนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรม

SPA I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

(1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาโอกาสที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานในประเด็นต่อไปนี้
 - การป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการต้องทำงานซ้ำ โดยคัดเลือกประเด็นที่มีโอกาสส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาหรือการชดเชยสูง
 - การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ ด้วยการออกแบบระบบให้ป้องกันความผิดพลาด การใช้ระบบ Automation และการสร้างจิตสำนึกคุณภาพให้ทุกคนทำในสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก
 - การลดความสูญเปล่าของกระบวนการที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า ตามแนวคิด Lean
 - การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ซึ่งแสดงถึง Effectiveness of Intervention มาพิจารณายกเลิกการตรวจรักษาที่ไม่ได้ผลหรือไม่มีหลักฐานยืนยัน เช่น โปรแกรมการใช้ยาสมเหตุสมผล รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ดังตัวอย่างการใช้ Choosing Wisely® เป็นแหล่งข้อมูล
 - การออกแบบระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการวิเคราะห์ต้นทุนต่อการรักษา รายโรคและรายหัตถการ (ในลักษณะต่อครั้งของการเข้ารับบริการ และพัฒนาต่อไปเป็นตลอด episode ของการเจ็บป่วย) นำมาวิเคราะห์เพื่อเรียนรู้ Variation วางแนวทางจัดการลด Variation และแนวทางดูแลกลุ่มที่เป็น High Cost และ Outlier

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ	● ผลลัพธ์ของการปรับปรุง

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (Information System Management)

(1) องค์การทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศ ทำความเข้าใจความหมายของความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศต่อไปนี้
 - ความเชื่อถือได้ของระบบ (system reliability)
 - ความมั่นคงปลอดภัย (security) ของระบบสารสนเทศ
 - ความพร้อมใช้ (availability) ทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน
 - ความเข้ากันได้ (compatibility)
 - การใช้งาน (usability) การวัดการรับรู้หรือประสบการณ์ในการใช้งาน
 - ความเสถียรของฮาร์ดแวร์ (hardware stability)
 - ความสามารถในการดัดแปลง (adaptability)
 - ความสามารถในการใช้งานทดแทนกัน (replaceability)
 - การทำงานของฮาร์ดแวร์ (hardware performance)
 - ความเชื่อถือได้ของสารสนเทศ (information reliability) นอกเหนือจากที่ระบุไว้ใน I-4.2 ก(1) แล้ว ควรพิจารณาคุณสมบัติต่อไปนี้ร่วมด้วย
 - ความสามารถในการเข้าถึง (accessibility)
 - ความสามารถในการเคลื่อนย้าย พกพา ใช้ได้หลายระบบ (portability)
 - ความสามารถในการค้นหา สืบค้น (searchability)
 - ความเชื่อถือได้ของการใช้งาน (usage reliability)
 - การตอบสนอง (responsiveness)
 - ระบบพร้อมที่จะใช้งานได้จริง ตรงตามที่ใช้กำหนด และสามารถยอมรับได้ (acceptance)
 - ประสิทธิภาพ (efficiency)
 - ความสามารถในการเรียนรู้ (learnability)
 - ความสามารถในการจดจำ (memorability)
 - ความเชื่อถือได้ของการให้บริการ (service reliability)
 - การตอบสนอง (responsiveness)
 - ความพร้อมให้บริการ (availability)
 - การรับประกัน (assurance)
 - คุณภาพการให้บริการ (quality)
 - ความเข้าใจผู้ใช้ (empathy)

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบวิเคราะห์จุดที่จะมีโอกาสเกิดปัญหาในแต่ละองค์ประกอบของความน่าเชื่อถือของระบบสารสนเทศ ออกแบบและปรับปรุงตามความเหมาะสม โดยอย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - องค์กรมีนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศ (รวมถึงการคงสภาพของข้อมูล) เป็นลายลักษณ์อักษร ตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ
 - มีการนำนโยบายความมั่นคงปลอดภัยของสารสนเทศไปปฏิบัติและมีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย
 - องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย
 - องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่อง (continued availability) ในภาวะฉุกเฉิน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ	● ผลการประเมินความเชื่อถือได้ของระบบสารสนเทศ

- (2) องค์การทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบการปฏิบัติการที่สำคัญ ทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก. โดยมีการดำเนินการดังนี้:
- (i) มีระบบการรักษาความลับและกำหนดการเข้าถึงทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามสิทธิที่เหมาะสม;
 - (ii) ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;
 - (iii) ดูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ;
 - (iv) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
 - (v) เผื่อระวังภัยคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
 - (vi) ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญจากเหตุการณ์ที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจสอบ ฟันฟุระบบสารสนเทศ และกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศร่วมกันกำหนด ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบการปฏิบัติการที่สำคัญ ที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก
- ผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและระบบปฏิบัติการที่มีความสำคัญสูง ด้วยการดำเนินการในสิ่งต่อไปนี้
 - ทบทวนและปรับปรุงให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ
 - เกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยในการประกอบธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และกระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับและความมั่นคงปลอดภัย
 - เกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล
 - ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ วิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัย และใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว

- จัดให้มีระบบรักษาความลับของข้อมูล/สารสนเทศ และกำหนดการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม (ทั้งการเข้าถึงทางกายภาพ และการเข้าถึงทางอิเล็กทรอนิกส์)
 - การระบุผู้ที่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
 - ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ
 - กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับ
 - การปกป้องคุ้มครองข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขเปลี่ยนแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต
- วางแผน เตรียมการ ฝึกซ้อม ตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ
- ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัย และการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์
- การรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์ (cybersecurity) ซึ่งครอบคลุมการปกป้องมิให้เกิดการสูญเสียชีวิตที่มีความอ่อนไหวเกี่ยวกับบุคลากร ลูกค้า และองค์กร, การปกป้องสินทรัพย์ทางปัญญา, การปกป้องมิให้เกิดการรั่วไหล, และนำข้อมูลไปใช้ในทางที่ผิดที่ส่งผลด้านการเงิน กฎหมาย และชื่อเสียงขององค์กร
 - เพื่าระวังสิ่งคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนไซเบอร์
 - ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และประเภทของข้อมูล/สารสนเทศ เพื่อการรักษาความมั่นคงปลอดภัย/ป้องกันภัยจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจากการโจมตีบนไซเบอร์
 - ตรวจจับ ตอบสนอง และฟื้นฟู/กู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์
 - ฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การจัดระบบเพื่อให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลและระบบสารสนเทศ	● ความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศ

(3) กรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine and information-sharing platforms) เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้ และมีการดำเนินการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษา ทำความเข้าใจแบบแผนและปริมาณของการใช้สื่อสังคมในการส่งข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา (เช่น การปรึกษา การส่งต่อ เป็นต้น)
- ศึกษาแนวทางต่างๆ
 - แนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - ข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ
- เชิญชวนผู้เกี่ยวข้องมาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดการรั่วไหลของข้อมูลที่ต้องเป็นความลับของผู้ป่วยสู่สังคมภายนอก และแนวทางการป้องกัน เช่น
 - การหลีกเลี่ยงขอคำปรึกษาในกลุ่ม และการปรึกษาผู้ป่วยครั้งละหลายๆ คน พร้อมกัน
 - การลบข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้ป่วยออกจากภาพหรือข้อมูล และใช้รหัสทดแทนตามความเหมาะสม (แต่ก็พึงตระหนักว่าแม้ลบข้อมูลบ่งชี้่ออกแล้ว บางกรณีก็อาจจะสามารถระบุตัวผู้ป่วยได้)
 - การลบข้อมูลทันทีที่หมดความจำเป็น
- ใช้ความเห็นร่วมของผู้เกี่ยวข้องเป็นหลักในการขับเคลื่อน มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่หนุนเสริมความเห็นร่วมเหล่านั้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นผลจากความเห็นร่วมของผู้เกี่ยวข้อง	● อุบัติการณ์จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย

ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน
(Safety and Emergency/Disaster Preparedness)

(1) องค์การทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงร่วมกับผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ความเสี่ยงในเรื่องสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ปลอดภัย ซึ่งอาจครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้
 - ความปลอดภัยด้านโครงสร้างอาคารสถานที่
 - ความปลอดภัยด้านสวัสดิภาพของบุคลากรและผู้รับบริการ
 - ความปลอดภัยจากความล้มเหลวของระบบสาธารณูปโภค
 - ความปลอดภัยจากอัคคีภัย
 - ความปลอดภัยจากการเดินทางหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ความปลอดภัยจากปัจจัยด้านกายภาพ เช่น รังสี สารเคมี ก๊าซ ไฟฟ้า ความร้อน แสง เสียง เป็นต้น
 - ความปลอดภัยจากการติดเชื้อหรือสารชีววัตถุ
- ผู้รับผิดชอบดำเนินการดังนี้
 - ทบทวนและปรับปรุงมาตรการป้องกันต่างๆ
 - จัดให้มีระบบตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ
 - นำอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาวิเคราะห์สาเหตุและดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
 - ทบทวนแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์ ตรวจสอบความพร้อมและฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถรับมือและฟื้นคืนสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงมาตรการป้องกัน ข้อมูลแสดงความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่ปลอดภัย	

(2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้และส่งผลกระทบต่อการทำงานขององค์กรและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น
 - เหตุการณ์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด เป็นต้น)
 - เหตุการณ์ที่ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ระบบสาธารณสุขปกติไม่สามารถใช้งานได้ เป็นต้น)
 - เหตุการณ์ที่ทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น การระบาดของโรคติดต่อ อารุขชีพภาพ ติดถล่ม อุบัติเหตุหมู่ การเจ็บป่วยจากภัยธรรมชาติ)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาล มีโอกาสประสบ ผลกระทบต่อการดำเนินงาน และความต้องการบริการที่จะเกิดขึ้น	

(3) องค์กรจัดทำและทบทวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/แผนฟื้นฟูจากภัยพิบัติ แผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากรและสถานที่ ในการดำเนินการ โดยคำนึงถึง:

- (i) การป้องกันภัยพิบัติ;
- (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่องของระบบบริการ และระบบสารสนเทศ;
- (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
- (iv) การฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงสู่ระบบใหม่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน และแผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากร และสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
 - องค์ประกอบของแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน / ภัยพิบัติ
 - การระบุประเภท โอกาสเกิด และผลที่จะตามมา

- บทบาทขององค์กรในการรับมือหรือลดความรุนแรงของผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่มีต่อองค์กรหรือการทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพขององค์กร
- กลยุทธ์การสื่อสารเมื่อเกิดเหตุการณ์
- การจัดการทรัพยากรเมื่อเกิดเหตุการณ์ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรทางเลือก
- การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- การมอบหมายบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรเมื่อเกิดเหตุการณ์การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติแต่ละประเภท
- แผนการดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุม
 - การดูแลผู้ป่วย
 - การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน
 - กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว
 - การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
 - ระบบสาธารณสุขปกติ
 - การรักษาความปลอดภัย
 - การสื่อสาร
 - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในที่ที่ปลอดภัยเมื่อจำเป็น รวมทั้งการพิจารณาเรื่องทรัพยากรและโครงสร้างที่ต้องใช้
 - การจัดเตรียมสถานที่สำรอง
 - การประสานงานกับองค์กรอื่น
 - การรายงานการดำเนินการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- แผนบริหารจัดการเพื่อให้ระบบสารสนเทศมีมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ
- การฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงสู่ระบบใหม่
- การทบทวนแผนและความพร้อม
 - ผู้นำระดับสูงประเมินความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผน และสร้างความมั่นใจว่าจะมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์
 - ทีมที่เกี่ยวข้องทบทวนบทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และปรับปรุงแผนตามความเหมาะสม
 - ทีมที่เกี่ยวข้องเรียนรู้จากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่เคยมีประสบการณ์ เพื่อวางแผนรองรับให้รัดกุมและครอบคลุมประเด็นที่อาจมองไม่เห็น
 - ทีมที่เกี่ยวข้องประเมินและทำให้มั่นใจในความพร้อมรับมือต่อภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ

- ความพร้อมของระบบต่างๆ กำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร ที่ต้องรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน
- จุดที่ไม่สมควรเปิดให้บริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จุดล่อแหลมที่จะเกิดความชุลคุหลักในการปฏิบัติเมื่อเกิดสถานการณ์จริงในระดับรุนแรงกว่าที่คาด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● มีการจัดทำแผนรองรับในภาวะอะไรบ้าง มีการซักซ้อมความเข้าใจหรือซ้อมแผนในแต่ละเรื่องบ่อยเพียงใด ● จากการประเมินความพร้อมของระบบ และการซ้อมแผน พบปัญหาข้อติดขัดอะไร และนำมาปรับปรุงอย่างไร	● ความครอบคลุมสมบูรณ์ของแผนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ● บทเรียนการนำแผนไปปฏิบัติ (ถ้ามี) และการปรับปรุงแผนที่เกิดขึ้น ● ความพร้อมในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

(4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีการจัดฝึกอบรมและดำเนินการฝึกซ้อมเจ้าหน้าที่ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
- ทีมที่เกี่ยวข้องดำเนินการซักซ้อมทำความเข้าใจ หรือการซ้อมปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม โดยอาจร่วมกับหน่วยงานภายนอก
- สรุปผลการฝึกซ้อมและนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแผน รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- องค์กรทำให้มั่นใจว่ากิจการอิสระที่ให้บริการในสถานพยาบาลปฏิบัติตามแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แผนที่มีการฝึกซ้อม วันที่ฝึกซ้อม หน่วยงานที่ร่วมฝึกซ้อม ผลการฝึกซ้อม และสิ่งที่มี การปรับปรุงแก้ไข	

มาตรฐานตอนที่ I เป็นข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริหารองค์กรในภาพรวม ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของผู้บริหารระดับสูง แต่จะเกิดผลได้ต้องมีการถ่ายทอดลงไปเป็นลำดับชั้นจนถึงผู้ปฏิบัติงาน จึงเป็นหน้าที่ของผู้บริหารระดับต้นที่จะต้องทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างทิศทางนโยบายที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูงกับผู้ปฏิบัติงาน

แนวทางต่อไปนี้เป็นคำถามที่ผู้บริหารระดับต้นจะใช้เพื่อสร้างการเรียนรู้กับผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของตน

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

- วิสัยทัศน์ขององค์กรคืออะไร สำคัญในวิสัยทัศน์ที่หน่วยงานของเราสามารถมีส่วนได้คืออะไร สมาชิกในหน่วยงานของเราทำอะไรบ้างเพื่อให้องค์กรเข้าใกล้วิสัยทัศน์มากขึ้น
- ค่านิยมสำคัญขององค์กรที่จะทำให้หน่วยงานและองค์กรของเราประสบความสำเร็จคืออะไรบ้าง พฤติกรรมอะไรในทีมงานของเราที่จะสะท้อนการปฏิบัติตามค่านิยมดังกล่าว พวกเราจะทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร พฤติกรรมอะไรที่ไม่พึงปรารถนา พวกเราจะป้องกันพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร
- เป้าหมายของหน่วยงานคืออะไร พันธกิจขององค์กรคืออะไร เป้าหมายของหน่วยงานของเราสนับสนุนพันธกิจขององค์กรอย่างไร
- หน่วยงานของเราสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ การเรียนรู้ การสร้างนวัตกรรม อย่างไรบ้าง
- เมื่อใช้คำว่า “วัฒนธรรมความปลอดภัย” ในหน่วยงานของเรา เราคาดหวังพฤติกรรมอะไรบ้างจากทีมงาน พวกเราพยายามทำอะไรบ้างเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าว
- เวทีหรือกลไกการสื่อสารสองทางในหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง การสื่อสารที่สมาชิกในหน่วยงานต้องการมากที่สุดคืออะไร
- อะไรคือวิธีการจูงใจที่ได้ผลที่สุดที่ทำให้ทีมงานในหน่วยงานมุ่งมั่นทำงานให้ได้ผลงานดีขึ้น
- อะไรคือจุดเน้นที่การปฏิบัติการ (focus on action) ขององค์กร เพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ หน่วยงานของเราดำเนินการอย่างไรต่อจุดเน้นดังกล่าว

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการกำเริบให้สังคม

- อะไรคือจุดแข็งของผู้นำและระบบการนำขององค์กร ถ้าได้พิเศษ เราอยากให้มีการปรับปรุงในเรื่องผู้นำและระบบการนำอะไรบ้าง
- สมมติว่าเราเป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร เราจะเสนอแนะให้องค์กรทำอะไรบ้าง

- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการป้องกันผลกระทบเชิงลบเนื่องจากการจัดบริการขององค์กร
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการทำให้องค์กรปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสິงแวดล้อม
- อะไรคือโอกาสเกิดพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมในหน่วยงานเราท่าน หน่วยงานของเรา มีการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร เราจะรับรู้ได้อย่างไรว่ามีการปฏิบัติที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรมเกิดขึ้น

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

- สมรรถนะหลักขององค์กรคืออะไร หน่วยงานของเรามีส่วนในการสร้างความเข้มแข็งให้กับสมรรถนะหลักขององค์กรอย่างไร
- ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร หน่วยงานของเรามีส่วนในการสร้างและใช้ประโยชน์จากข้อได้เปรียบดังกล่าวอย่างไร
- องค์กรภายนอกที่ทำงานใกล้ชิดกับหน่วยงานของเรา (พันธมิตร คู่ความร่วมมือ ผู้ส่งมอบ contractor) มีอะไรบ้าง เป้าหมายของความร่วมมือคืออะไร มีความคาดหวังต่อกันและกันอะไรบ้าง วิธีการเพื่อให้ประสบความสำเร็จมีอะไรบ้าง
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอะไรบ้างในการเสนอข้อมูลหรือข้อคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์ (หรือแผนยุทธศาสตร์) ขององค์กร เราอยากมีบทบาทอะไรมากกว่าที่เป็นอยู่ เราเห็นปัญหาหรือมีข้อเสนอแนะอะไรต่อการจัดทำแผนกลยุทธ์ขององค์กร
- สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่มีความท้าทายมากน้อยเพียงใด ถ้ามีโอกาสปรับตัวสู่ประสงค์เชิงกลยุทธ์ได้ เราจะปรับอะไร อย่างไร
- สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญหรือไม่ เพียงใด
- สมาชิกในหน่วยงานเห็นว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรที่กำลังใช้อยู่ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการด้านบริการสุขภาพของชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบหรือไม่ เพียงใด
- โอกาสเชิงกลยุทธ์ขององค์กรคืออะไร หน่วยงานของเรามีส่วนร่วมในการใช้โอกาสดังกล่าวอย่างไร
- หน่วยงานของเรานำแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพมาปฏิบัติอย่างไรบ้าง

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

- หน่วยงานของเรามีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง นอกจากการจัดทำแผนปฏิบัติการแล้ว มีวิธีการอย่างไรเพื่อให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว
- หน่วยงานของเราได้รับการสนับสนุนทรัพยากรอะไรบ้างเพื่อปฏิบัติตามแผน หน่วยงานของเราพบความขาดแคลนที่มีผลกระทบต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนหรือไม่ อย่างไร

- เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการและแผนกลยุทธ์ หน่วยงานของเราจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนในด้านทรัพยากรบุคคลอะไรบ้าง (จำนวน ความสามารถ รูปแบบการทำงาน)
- ตัวชี้วัดของหน่วยงานของเราสอดคล้องกับตัววัดในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ข้อใดบ้าง ทีมงานของเรามีโอกาสผลงานขององค์กรและของหน่วยงานอื่นๆ ในตัวชี้วัดดังกล่าวหรือไม่ มีการสรุปผลการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงานและองค์กรอย่างไร

I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- กลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของหน่วยงานคืออะไร กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่องค์กรมุ่งเน้นหรือไม่
- ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสำคัญของหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการที่หน่วยงานของเราเหมือนหรือต่างจากผู้รับบริการที่หน่วยงานอื่นอย่างไร ความต้องการและความคาดหวังที่ทีมงานตอบสนองได้ดีมีอะไรบ้าง
- ถ้าจะทำให้หน่วยงานของเรามุ่งเน้นผู้ป่วยให้มากขึ้น ควรทำอะไรบ้าง มีโอกาสสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับบริการอะไรบ้าง
- หน่วยงานของเรามีวิธีการรับรู้เสียง (ความต้องการ ความคาดหวัง ประสิทธิภาพ) ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง วิธีใดที่ได้ผลดี มีโอกาสปรับปรุงวิธีการรับรู้ะไรได้อีกบ้าง

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- หน่วยงานของเราส่งมอบคุณค่าอะไรให้กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
- ทีมงานของเรามีวิธีสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างไรบ้าง วิธีการดังกล่าวมีข้อดีอย่างไร มีโอกาสที่จะปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์อย่างไรบ้าง
- อะไรคือข้อร้องเรียนหรือโอกาสได้รับข้อร้องเรียนในหน่วยงานของเรา ข้อร้องเรียนดังกล่าวเหมือนหรือต่างจากหน่วยงานอื่นอย่างไร มีการดำเนินการอย่างไรเพื่อตอบสนองต่อข้อร้องเรียนหรือโอกาสได้รับข้อร้องเรียนดังกล่าว
- สิ่ง que ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจในระดับสูง ต่อบริการที่หน่วยงานของเราจัดมีอะไรบ้าง
- สิ่ง que ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานยังไม่พึงพอใจต่อบริการที่หน่วยงานของเราจัดมีอะไรบ้าง
- สมาชิกมีข้อเสนอแนะอะไรต่อระบบการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่กำลังใช้อยู่

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่หน่วยงานของเราให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง มีการดำเนินการอย่างไรในเรื่องเหล่านั้น
- ประเด็นสิทธิผู้ป่วยที่ยังไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ หรือยังปฏิบัติได้ไม่ดีมีอะไรบ้าง มีข้อเสนอเพื่อปรับปรุงอย่างไร

- หน่วยงานของเราเป็นผู้ป่วยต่อไปนี้หรือไม่: ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลระดับประคอง เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ท่านมีแนวทางปฏิบัติอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยดังกล่าว

I-4.1 การวัด วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

- หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน หรือควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามข้อกำหนด
- หน่วยงานของเราใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อติดตามการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน เป้าหมายดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์อะไรบ้าง
- การติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวนำไปสู่การตัดสินใจหรือการพัฒนาคุณภาพอะไรของหน่วยงาน
- หน่วยงานมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร เพื่อประเมินผลการดำเนินงานและขีดความสามารถของหน่วยงาน
- องค์กรมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร หน่วยงานได้รับทราบและใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ดังกล่าวอย่างไร
- หน่วยงานของเรานำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อกำหนดโอกาสพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอย่างไร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้

- ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อการบริการ การบริหารและพัฒนาหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนให้เราได้รับข้อมูลดังกล่าวเพียงใด
- สมาชิกในหน่วยงานเชื่อมั่นในระบบสารสนเทศขององค์กรเพียงใด มีเหตุการณ์อะไรบ้างที่ทำให้ท่านเกิดข้อสงสัยในเรื่องความพร้อมใช้และความมั่นคงปลอดภัยของระบบสารสนเทศ
- หน่วยงานของเรามีความต้องการด้านสารสนเทศอะไรเพิ่มเติม ช่องทางในการแสดงความต้องการเป็นอย่างไร
- หน่วยงานของเรามีกิจกรรมจัดการความรู้อะไรบ้าง มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่หน่วยงานของท่านนำมาใช้ประโยชน์ในการทำงาน มีความรู้เชิงปฏิบัติอะไรที่ต้องการเพิ่มเติม
- สมาชิกในหน่วยงานมั่นใจในการปฏิบัติของทีมงานเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศเพียงใด อะไรเป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง

I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร

- หน่วยงานของเรามีกำลังคนจำนวนเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยหรือไม่ หากไม่เพียงพอ มีวิธีการอย่างไรเพื่อลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์
- ความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงานของเรา มีเพียงพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่กำหนดไว้หรือไม่
- หน่วยงานของเรามีลักษณะของการจัดระบบงานของบุคลากรเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างไร

- ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในหน่วยงานของเรามีอะไรบ้าง
หน่วยงานของเรามีแนวทางในการป้องกันและดูแลเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร

- บุคลากรที่มีความผูกพันกับองค์กรในหน่วยงานของเรามีลักษณะอย่างไร หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพัน
- อะไรบ้างที่จะช่วยให้บุคลากรของหน่วยงานสร้างผลงานที่ดี หน่วยงานและองค์กรดำเนินการอย่างไรในปัจจัยดังกล่าว
- ระบบประเมินผลงานของหน่วยงานและองค์กรช่วยให้บุคลากรมีการปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนอย่างไร มีอะไรที่ควรรักษาไว้ และมีอะไรที่ควรปรับปรุง
- ในรอบปีที่ผ่านมา บุคลากรในหน่วยงานได้เข้ารับการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรบ้าง การอบรมดังกล่าวมีที่มาหรือเหตุผลอย่างไร มีการนำสิ่งที่ได้จากการพัฒนาและฝึกอบรมมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างไร
- มีการพัฒนาและฝึกอบรมอะไรอีกบ้างที่บุคลากรของหน่วยงานควรได้รับเพิ่มเติม
- องค์กรและหน่วยงานสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคลากรได้พัฒนาและเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างไร

I-6.1 กระบวนการทำงาน

- กระบวนการสำคัญของหน่วยงานของเราที่ส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานคืออะไร ข้อกำหนดของกระบวนการดังกล่าวคืออะไร
- หน่วยงานของเราใช้หลักอะไรในการออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ ได้นำประเด็นเหล่านี้มาพิจารณาอย่างไร: ความปลอดภัยของผู้ป่วย ข้อมูลวิชาการ เทคโนโลยีใหม่ๆ ประสิทธิภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วย
- หน่วยงานของเรามีบทบาทอย่างไรในการรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมและฝึกซ้อมอย่างไรบ้าง ผลการฝึกซ้อมนำมาสู่การปรับปรุงอะไร

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

- หน่วยงานของเรามีวิธีการเฝ้าอำนาจและทำให้มั่นใจอย่างไรว่ามีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ และบรรลุข้อกำหนดของกระบวนการ
- หน่วยงานของเรานำตัวชี้วัดอะไรเพื่อควบคุมกระบวนการทำงาน
- หน่วยงานของเรทำอะไรบ้างเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร หรือลดค่าใช้จ่าย
- ในรอบปีที่ผ่านมา หน่วยงานของเรามีการปรับปรุงกระบวนการทำงานหรือพัฒนาคุณภาพในเรื่องอะไรบ้าง ผลลัพธ์ของการปรับปรุงหรือพัฒนาเป็นอย่างไร กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับจุดเน้นขององค์กรอย่างไร
- มีการนำผลการปรับปรุงหรือพัฒนามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นอย่างไร มีการขยายผลอย่างไร

“**SPA** เป็นแนวทางสำหรับสถานพยาบาลในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

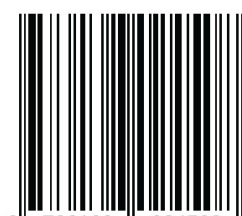
และสามารถทำการประเมินผล เพื่อรับรู้ความสำเร็จ และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง

โดยใช้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับ ซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลการปฏิบัติตามมาตรฐาน

ประกอบด้วย เกณฑ์มาตรฐาน (**Standards**), กิจกรรมที่ควรดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรม (**Practice**),

และ ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง (**Assessment**)”

978-616-8024-50-8



9 786168 024508

ราคา 200 บาท

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA in Action (Part II)

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หรือที่เรียกว่า มาตรฐาน HA/HPH 2006 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือ SPA ขึ้น เป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน และให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน

SPA in Action (Part II) นี้เป็นการนำคู่มือ SPA สำหรับมาตรฐานตอนที่ II ระบบงานสำคัญขององค์กร มาจัดทำเป็นคำถามเริ่มต้นเพื่อให้โรงพยาบาลเข้าใจบริบทของตนเอง และนำไปสู่การดำเนินการปรับปรุงที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้นำไปปฏิบัติควรนึกถึงวงจรของระบบงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอันได้แก่ PDCA หรือ DALI (Design-Action-Learning-Improvement) อันได้แก่การออกแบบระบบ การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้ การกำกับติดตาม/ทบทวน/เรียนรู้ และการปรับปรุง การถามหาระบบการกำกับติดตามในเรื่องต่างๆ นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้วงจรนี้หมุนไปอย่างต่อเนื่อง

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มกราคม 2557

สารบัญ

คำนำ	ii
สารบัญ	iii
II - 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)	1
II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)	9
II - 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)	15
II - 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)	19
II - 4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)	22
II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)	25
II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)	31
II - 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)	33
II - 6.2 การใช้ยา (MMS.2)	38
II - 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	44
II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)	50
II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)	52

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

II - 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือประเด็นการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญ (priorities) ในปัจจุบันของ รพ.	กระตุ้นให้แต่ละหน่วยงาน แต่ละทีมงานคิดว่าจะทำอะไรบ้างในประเด็นดังกล่าว, พิจารณาว่าในภาพรวมจะขับเคลื่อนร่วมกันอย่างมีพลังได้อย่างไร
ประเด็นการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญข้างต้นเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของ รพ. ในข้อใด	ทำให้มีความสอดคล้องกันทั้งเป้าหมายและแผนการปฏิบัติ
ประเด็นการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในอนาคตจะเปลี่ยนไปอย่างไร	ทบทวนสถานการณ์ทั้งภายในและภายนอกเพื่อเตรียมปรับ priorities

(2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความไม่ปลอดภัย หรือความด้อยคุณภาพที่สำคัญคืออะไร	ผู้นำระดับสูงใช้ PDSA เพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยสำหรับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะไม่ปลอดภัยหรือด้อยคุณภาพ คือตรวจสอบว่ามีการออกแบบระบบที่รัดกุมหรือไม่ บุคลากรมีความพร้อมและนำไปปฏิบัติหรือไม่ ตัวชี้วัดที่ใช้ monitor ความเสี่ยงดังกล่าวมีอะไรบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

(3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพคืออะไร	ผู้นำร่วมกันหาวิธีการที่สร้างสรรค์ในการขจัดอุปสรรคเหล่านั้น
ระบบบริหารอะไรที่ทำให้การปรับปรุงระบบงานต่างๆ เป็นไปอย่างล่าช้า	ผู้นำพิจารณาปรับระบบบริหารเหล่านั้นด้วยแนวคิดใหม่

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ ที่หน่วยงานและทีมงานต่างๆ ต้องการจากผู้นำคืออะไร	ผู้นำพิจารณาให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม
การพัฒนาเรื่องใดบ้างที่มีโอกาสไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรือมีความล่าช้า	ผู้นำพิจารณาระบบการกำกับติดตามที่เหมาะสม

(4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การมุ่งเน้นผู้รับผลงานที่ผู้บ่วยอยากได้ เจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถทำได้โดยง่าย และทำได้เป็นปกติประจำมีอะไรบ้าง	ส่งเสริมให้มีการกระตือรือร้นร่วมกัน
แต่ละระบบงาน แต่ละกลยุทธ์ แต่ละโรคที่ให้การดูแล มีการจัดทำพิมพ์เขียวของการพัฒนา ตัวชี้วัดสำคัญ และกลไกรับฟังเสียงสะท้อน เพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องแล้วหรือไม่ ส่วนใดที่มีแล้ว ส่วนใดที่ยังไม่มี	จะอย่างไรให้ส่วนที่ยังไม่มี ได้มีตัวกระตุ้นเหล่านี้ ส่วนที่มีกลไกเหล่านี้อยู่แล้ว เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหรือไม่
การเรียนรู้ที่ไม่เป็นทางการเกิดขึ้นในลักษณะใดบ้าง	จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ดังกล่าวให้มากขึ้นได้อย่างไร จะกระตุ้นการตั้งคำถามเพื่อจุดประกายการเรียนรู้จากงานประจำได้อย่างไร

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

(1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในคำต่อไปนี้ คำใดเป็นคำที่เข้าใจยากหรือมีความสับสน: “ความเสี่ยง” “อุบัติการณ์” “เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” “sentinel event” “harm” “error” “near miss”	กำหนดคำจำกัดความ สร้างการเปรียบเทียบที่เข้าใจง่าย พร้อมยกตัวอย่าง (ถ้าสามารถเชื่อมโยงในเหตุการณ์เดียวกันได้ยิ่งดี), ส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานหาตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตนเอง
อะไรคือความหมายของคุณภาพที่ รพ. ใช้ทำความเข้าใจกับปฏิบัติงาน	สร้างความเชื่อมโยงระหว่าง “ความต้องการของลูกค้า” “คุณค่า” “ข้อกำหนดในคู่มือการปฏิบัติงาน” “มาตรฐานวิชาชีพ”, ส่งเสริมให้แต่ละหน่วยงานกำหนดคุณค่าของงานที่ตนรับผิดชอบในมุมมองของผู้รับบริการ
อะไรคืออุบัติการณ์ที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและพฤติกรรมที่สำคัญในองค์กร	ทบทวนว่าลักษณะดังกล่าวจะนำไปสู่วัฒนธรรมความปลอดภัยหรือไม่ จะส่งเสริมให้เกิดมากขึ้นได้อย่างไร

(2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
แผนกลยุทธ์ขององค์กร ระบุประเด็นเกี่ยวกับความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพไว้อย่างไร	ทบทวนความชัดเจนของเป้าหมาย ทบทวนความก้าวหน้าและการบรรลุเป้าหมาย

(3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.

ดู II-2.1 ข. (1)

(4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ. มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ มีจุดแข็ง จุดอ่อนอย่างไร	พิจารณาว่าจะเสริมจุดอ่อนอย่างไร ควบคุมเพื่อลดความซ้ำซ้อนอย่างไร เสริมเพิ่มเพื่อเติมจุดอ่อนอย่างไร

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือ priorities ของการพัฒนาคุณภาพ, ใครบ้างเป็นผู้กำหนด, มีเรื่องสำคัญใดที่ขาดหายไปบ้าง	ทบทวน alignment ของ priorities ดังกล่าว รวมทั้งการรับรู้และให้ความเห็นชอบกับ priorities ดังกล่าว เติมเต็มในเรื่องสำคัญที่ไม่ถูกกำหนดเป็น priorities
เส้นทางการรายงานผลการพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างไร มีการสรุปสาระสำคัญเป็นลำดับขั้นสู่ผู้บริหารระดับสูงอย่างไร	ทบทวนว่ารายงานจากแต่ละหน่วยงาน/ระบบงานควรมีอะไรบ้าง มีความถี่ของการรายงานอย่างไร ก่อนถึงคณะกรรมการบริหารหรือผู้บริหารระดับสูง จะต้องมีการสรุปสาระสำคัญในภาพรวมโดยใครบ้าง ประเด็นสำคัญที่ต้องนำเสนอคืออะไร แล้ววางระบบตรวจสอบเพื่อให้มีการปฏิบัติตาม
การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพที่เป็นความต้องการของผู้ปฏิบัติงานมีอะไรบ้าง	ดำเนินการสำรวจ (ถ้ายังไม่มี) นำความต้องการไปพิจารณาให้การสนับสนุนและติดตามประเมินซ้ำ
ผู้ปฏิบัติงานแต่ละคนมีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	กำหนดและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน เช่น การร่วมกิจกรรมทบทวนของหน่วยงาน, กิจกรรมข้อเสนอแนะ, กิจกรรม 5 ส., การรายงานความเสี่ยงและการละเมิดหลักจริยธรรม ฯลฯ รวมทั้งติดตามประเมินการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่แต่ละคน
หัวหน้าหน่วยงานแต่ละคนมีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	กำหนดและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน เช่น การวิเคราะห์และวางแผนการพัฒนาหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร, การกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน, การสร้างการเรียนรู้และนวัตกรรมในหน่วยงาน, การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ฯลฯ รวมทั้งติดตามประเมินการทำหน้าที่ดังกล่าว
ทีมในระดับกลางหรือคณะกรรมการคร่อมสายงาน แต่ละคณะมีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	กำหนดและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน (ควรมีอยู่แล้วในคำสั่งแต่งตั้ง) ให้ทีมหรือคณะกรรมการแต่ละชุดทบทวนการทำหน้าที่ดังกล่าว
ผู้บริหารระดับสูง (ผอ., รอง ผอ., ผช.ผอ. และผู้บริหารที่มีระดับสูงกว่าหัวหน้าฝ่าย/แผนก) มีหน้าที่ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพอย่างไร	ทบทวนและสื่อสารความคาดหวังให้ชัดเจน ร่วมกันหาวิธีการที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาของทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ

ค. การทำงานเป็นทีม

- (1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันภายในหน่วยงานคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ในการทำงานประจำ ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันระหว่างหน่วยงานคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	
ในการทำงานประจำ ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันระหว่างวิชาชีพคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	
ประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหารคืออะไร มีจุดแข็งจุดอ่อนในการสื่อสารอะไรบ้าง	

- (2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในเรื่องการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในเรื่องการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการร่วมกันให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการใช้ข้อมูลของแต่ละวิชาชีพมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการให้ข้อเสนอแนะแก่กันและกันมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีมมีอะไรบ้าง	ทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

- (3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการรวมตัวเป็นทีมพัฒนาคุณภาพโดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงานมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพตามประเด็นสำคัญของหน่วยงานมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพตามเข็มมุ่งขององค์กร	

- (4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของทีมนำทางคลินิกมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของ ทีมนำระดับกลาง ที่ดูแลระบบงานสำคัญขององค์กรมีอะไรบ้าง	นำจุดแข็งไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

ง. การประเมินตนเอง

- (1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทีมต่างๆ รวมตัวกันเพื่อวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนในการพัฒนาของทีมบ่อยเพียงใด	ส่งเสริมให้ทีมประเมินตนเองอย่างเรียบง่ายบ่อยเท่าที่จะเป็นไปได้ นำบทเรียนมาแลกเปลี่ยนและประมวลเป็นภาพใหญ่ของ รพ.
มีการหาโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์กระบวนการของหน่วยงานและทีมงานต่างๆ มากน้อยเพียงใด	สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานและทุกระบบงานวิเคราะห์กระบวนการหลักเพื่อหาโอกาสพัฒนาปีละครั้ง เช่น ใช้ประเด็น NEWS (customers' need, scientific evidence, safety, waste)
มีการใช้แบบสำรวจเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาในเรื่องใดบ้าง	นำแบบสำรวจสำเร็จรูปหรือแบบสำรวจที่ออกแบบเองมาใช้เพื่อตอบโจทย์เป้าหมายขององค์กร
มีการนำเป้าหมายของระบบงานมาหาวิธีการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมายดังกล่าวในเรื่องอะไรบ้าง	เรียนรู้ที่จะประเมินผลระบบงานตามเป้าหมายอย่างค่อยเป็นค่อยไป แล้วนำผลการประเมินมาพัฒนาระบบ
มีการทำ R2R ในเรื่องอะไรบ้างที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผล	ส่งเสริมการนำผล R2R มาใช้ประโยชน์ และส่งเสริมให้มีการนำ R2R ให้มากขึ้น

- (2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร / หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลการสำรวจความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างไร รพ.ตอบสนองความต้องการได้ดีเพียงใด	หาวิธีรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยที่ลึกซึ้งมากขึ้น รวมถึงระดับการยอมรับได้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ และนำความต้องการดังกล่าวมาประเมินว่า รพ. สามารถตอบสนองได้ในระดับใด
ผู้ป่วยกลุ่มใดที่มีความต้องการและความคาดหวังเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป	รับรู้ความต้องการและประเมินการตอบสนองความต้องการดังกล่าว
วัตถุประสงค์ที่สำคัญของ รพ.คืออะไร ข้อใดที่ประสบความสำเร็จสูง ข้อใดที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก	วางแผนและสื่อสารในข้อที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก
มาตรฐาน HA ในเรื่องใดที่ทำได้ดี เรื่องใดที่ต้องพัฒนาอีกมาก	วางแผนและสื่อสารในเรื่องที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก
ตัวชี้วัดใดที่ รพ.ทำได้ดีเมื่อเปรียบเทียบกับ รพ.อื่น	ถอดบทเรียนเพื่อนำจุดแข็งไปใช้ประโยชน์
ตัวชี้วัดใดที่ รพ.ทำได้ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับ รพ.อื่น	วางแผนว่าจะต้องปรับปรุงในกระบวนการใดบ้าง

(3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึก ความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อประเมินตนเองมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการใช้ SAR ในการประเมินตนเองมีทีมงานหรือระบบงานใดบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาการใช้ตัวตามรอยทางคลินิกมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการเยี่ยมสำรวจภายในมีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการทำ AAR มีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการติดตามและทบทวนตัวชี้วัดมีอะไรบ้าง	

II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

- (1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการนำข้อมูลจากอุบัติการณ์ไปใช้ในการอบรมพัฒนาบุคลากร การนิเทศงาน การทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างไร	เพิ่มเติมเพื่อให้มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลอุบัติการณ์ให้มากขึ้น
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการวางแผนเพื่อทำกิจกรรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงร่วมกันอย่างไร เช่น การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริง การฝึกอบรม การรายงาน	หาโอกาสในการลดความซ้ำซ้อนของการทำกิจกรรม หรือการทำกิจกรรมแบบแยกส่วน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการประสานความร่วมมือระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

- (2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.มีวิธีในการสรุปภาพรวมของความเสี่ยงทั้งหมดอย่างไร เพื่อให้ง่ายในการจัดการกับความเสี่ยงที่สำคัญ	พยายามใช้ risk matrix เพื่อจำแนกแยกแยะความเสี่ยงตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง ทั้งในภาพรวมของ รพ. และในแต่ละหน่วยงาน/ระบบงาน

- (3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนักรู้อย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือตัวอย่างของมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ได้ผล	ทบทวนว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จคืออะไร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับเรื่องอื่นๆ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือตัวอย่างของมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ไม่ค่อยได้ผล	ทบทวนว่าจะนำแนวคิดการออกแบบต่างๆ มาใช้เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติได้อย่างไร เช่น การเขียนฉลาก, สัญญาณเตือน, แบบบันทึก, เครื่องช่วยตัดสินใจ
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการสื่อสารและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับมาตรการป้องกันความเสี่ยงมีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

- (4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาด มีอะไรบ้าง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผล หาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการส่งเสริมให้มีการรายงาน มีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการรับรู้อุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากรายงาน มีอะไรบ้าง	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ มีอะไรบ้าง	

- (5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ลองนำอุบัติการณ์ขึ้นมามากรณีหนึ่ง แล้ววิเคราะห์ว่ามีขั้นตอนใดที่หากมีการเปลี่ยนแปลงการกระทำ หรือการตัดสินใจแล้วอาจจะทำให้ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไป พุดคุยกับผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ หรือผู้ที่มีประสบการณ์ว่ามีการรับรู้ ความรู้สึก ความต้องการ อะไรบ้าง	นำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาว่าจะออกแบบระบบงานในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อป้องกันอุบัติการณ์ในลักษณะดังกล่าวได้อย่างไร ทดลองทำในหลายๆ กรณีให้เกิดความชำนาญ
ใช้กรณีเดิม วิเคราะห์ว่าปัจจัยเชิงระบบเหล่านี้จะเป็นสาเหตุเพียงใด: IEC (Information, Education, Communication), ศักยภาพของบุคลากร, ภาระงาน, การนิเทศงาน, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี, การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ	หาบทสรุปว่าทั้งสองวิธีนี้ได้ผลต่างกันอย่างไร วิธีใดเหมาะสมกับเหตุการณ์แบบไหน

(6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ให้ประเมินโดยใช้ความรู้สึก อะไรเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบบริหารความเสี่ยงของ รพ.	นำข้อมูลที่ได้รับไปออกแบบการประเมินผลโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อยืนยันความเห็นที่ได้รับ
ให้ประเมินโดยใช้ความรู้สึก ผลงานของ รพ.ในเรื่องต่อไปนี้ในระดับดีเพียงใด: วัฒนธรรมความปลอดภัย, การระบุความเสี่ยง, การออกแบบและปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน, การรายงานอุบัติการณ์, การเรียนรู้จากอุบัติการณ์, การลดลงของความเสี่ยง	

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงที่ผสมผสานเข้ากับงานประจำ	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผลหาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนเวชระเบียน	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต ที่ควรทำเร็วที่สุดและครอบคลุมมากที่สุด	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการใช้ทรัพยากร รวมทั้งความเหมาะสมในการใช้ยา	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า รวมทั้งการประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพิจารณาศักยภาพและความเหมาะสมในการดูแล	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการใช้เลือด	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนการติดเชื้อมใน รพ.	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงาน/ทีมงาน	

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีปริมาณมากมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความหลากหลายในวิธีการรักษามาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีของการเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์การดูแลยังไม่น่าพอใจมาพัฒนา และกลุ่มที่ควรเป็นเป้าหมายต่อไป	วางแผนที่จะพัฒนาต่อ
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมและติดตามผลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผลหาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถีองค์กรรวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริมรักษา พันฟู ตามความเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เข้าไปดูในสถานที่จริง	นำตัวอย่างที่ดีไปขยายผลหาทางพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อน
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI ที่คำนึงถึงการดูแลอย่างเป็นองค์รวม	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยใช้ข้อมูลวิชาการ	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยใช้นวัตกรรม	

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยปรับวิถีชีวิตของบุคลากร	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI โดยการเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีกว่า	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI ที่ทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน	
ตัวอย่างที่ดีและโอกาสพัฒนาของการทำ clinical CQI ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

II - 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. การออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร บริการที่จัด และผู้ป่วยที่ให้บริการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ลักษณะของบริการและลักษณะผู้ป่วยที่มีผลต่อโอกาสเกิด HAI มีอะไรบ้าง	ทบทวนวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการที่เหมาะสม
โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่นมีอะไรบ้าง	ทบทวนวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการที่เหมาะสม
การติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายในสถานพยาบาลมีอะไรบ้าง	ทบทวนวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการที่เหมาะสม

- (2) มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา (Epidemiological important infections) รวมทั้งตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยามีอะไรบ้าง โดยพิจารณาจากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่ผ่านมา, ข้อมูลการระบาดหรือโอกาสเกิดการติดเชื้อรุนแรงที่แพร่กระจายง่าย, เชื้อดื้อยา, การติดเชื้อที่ยากต่อการรักษา	ทบทวนว่ามีการกำหนดการติดเชื้อมีจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือไม่

- (3) ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย การปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย และจัดทำแนวทางปฏิบัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
Evidence ใหม่ ๆ เกี่ยวกับงาน IC มีอะไรบ้าง	ทบทวนว่ามีการนำ evidence ดังกล่าวไปกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติของ รพ.อย่างไร
Evidence ที่มีอยู่ในแนวทางปฏิบัติของ รพ. แต่ยัง	ทบทวนว่าจะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติมากขึ้นได้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการปฏิบัติกันน้อย มีอะไรบ้าง	อย่างไร

(4) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
พื้นที่ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกี่ยวข้องกับการปนเปื้อนที่ใดบ้างที่ ICN ยังไม่เข้าไปมีบทบาทในการดูแล	มอบหมายให้ ICN หรือผู้มีความรู้ด้าน IC ตรวจสอบพื้นที่ดังกล่าว และร่วมวางแผนทางป้องกันการแพร่กระจาย การปนเปื้อน และการติดเชื้อ
โอกาสติดเชื้อเนื่องจากการทำงานในบุคลากรมีอะไรบ้าง เช่น วัณโรค ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยซักฟอก	ร่วมกันปรับปรุงโครงสร้าง อุปกรณ์ป้องกัน และแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร

(5) กระบวนการควบคุมการติดเชื้อเชื่อมประสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กรโดยรวม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.มีเป้าหมายความปลอดภัยเกี่ยวกับการติดเชื้ออะไรบ้าง	ติดตามการบรรลุเป้าหมาย พัฒนาต่อเนื่อง กำหนดเป็นเป้าหมายความปลอดภัยถ้ายังไม่มี
กิจกรรมพัฒนาคุณภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมามีอะไรบ้าง	ทำให้มั่นใจว่ามาตรการต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการพัฒนา ยังคงได้รับการปฏิบัติ พิจารณาโอกาสทำกิจกรรมพัฒนาเพิ่มเติม
ตัวชี้วัดของระบบ IC มีอะไรบ้าง	ทบทวนการใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด
เคยมีการตามรอยระบบ IC หรือไม่ เมื่อใด	ทบทวนการนำผลของการตามรอยไปใช้ปรับปรุง
เคยมีการนำเวชระเบียนที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อแต่ไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัย มาทบทวนหรือไม่	ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อ

(6) มีการประสานกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และอาจรวมถึงบ้านของผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มาตรการสำคัญที่เป็นจุดเน้นในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมาคืออะไร	ทบทวนแนวทางการประสานงาน การสร้างความรู้ความเข้าใจ และประเมินการนำไปปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ
การติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	ประเมินการนำไปปฏิบัติโดยผู้ป่วยและครอบครัว

ข. การจัดการและทรัพยากร

- (1) มีบุคคลหรือคณะกรรมการได้รับมอบให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงาน กำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบาย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ IC มีการตัดสินใจที่สำคัญอะไรบ้าง	ทบทวนว่าคณะกรรมการทำหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ครบถ้วนหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามประเมินผล

- (2) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
บทบาทที่ ICN ทำได้ดีมีอะไรบ้าง	รักษาการมีบทบาทดังกล่าว นำประสบการณ์มาพัฒนาผู้ที่มาทำงานต่อในอนาคต
บทบาทที่ ICN ยังทำได้น้อยมีอะไรบ้าง	พัฒนาความสามารถและความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อทำหน้าที่ดังกล่าวให้มากขึ้น
ICN ได้รับการศึกษาอบรมเฉพาะทางหรือไม่ อย่างน้อย ICN ใน รพ.ขนาดต่ำกว่า 90 เตียงควรได้รับการอบรมในหลักสูตร 2 สัปดาห์	วางแผนเข้ารับการอบรม พัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง

- (3) มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทรัพยากรที่ยังไม่เพียงพอ หรือมีข้อขัดข้องในการใช้งานเพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีอะไรบ้าง	วางแผนจัดหา

- (4) ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับงาน IC เช่น นโยบาย แนวทางปฏิบัติ อยู่ในรูปแบบที่เข้าถึงง่ายหรือไม่	พิจารณานำ IT มาใช้เพื่อให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย
มีการนำ IT มาใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อและการรายงานอย่างไร	พิจารณาพัฒนาหรือจัดหาโปรแกรมมาใช้งาน
ฐานข้อมูลผู้ป่วยกับฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องสามารถเชื่อมโยงเข้าหากันได้หรือไม่	พัฒนาให้เชื่อมโยงเข้าหากันและใช้ประโยชน์เพื่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการประมวลผลภาพรวมของสถานการณ์การติดเชื้อที่เป็นปัจจุบันได้โดยง่ายหรือไม่	พัฒนาระบบและศักยภาพเพื่อให้สามารถประมวลผลตามที่ต้องการได้ทุกเมื่อ

- (5) บุคลากรได้รับอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ นโยบายขององค์กร และบทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหาที่พบบ่อจากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับ IC มีอะไรบ้าง	นำข้อมูลต่างๆ มาวางแผนให้ความรู้แก่บุคลากร
นโยบายหรือมาตรการสำคัญที่มักจะถูกละเลยมีอะไรบ้าง	
ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปเกี่ยวกับงาน IC มีอะไรบ้าง	
การติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นในการป้องกันมีอะไรบ้าง	
ข้อมูลสำคัญจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อมีอะไรบ้าง	

- (6) มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว / ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน / ชุมชน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การติดเชื้อของผู้ป่วยซึ่งสามารถกระจายสู่สมาชิกในครัวเรือนหรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อได้มีอะไรบ้าง	วางระบบให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย พัฒนาสื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อที่ควรจัดหาเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	จัดเตรียมเพื่อให้ง่ายและเหมาะสมในการใช้งาน พร้อมทั้งคู่มือการใช้

II - 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การป้องกันการติดเชื้อ

(1) มีการระบุความเสี่ยงจากการติดเชื้อในเหตุการณ์และกระบวนการต่างๆ และมีการดำเนินการตามกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อมุ่งต่อไปนี้:

- การใช้ standard precautions และ isolation precautions
- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค
- การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การปฏิบัติตาม standard precautions และ isolation precautions มีปัญหา/โอกาสพัฒนาอะไรบ้าง มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ การจัดสถานที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด	ปรับปรุงระบบ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก สร้างความตื่นตัวหรือมีข้อความเตือนใจในจุดที่จำเป็น จัดให้มีการรณรงค์อย่างสม่ำเสมอสำหรับมาตรการบางอย่าง
การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ มีปัญหา/โอกาสพัฒนาอะไรบ้าง มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด	
การจัดการกับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค มีปัญหา/โอกาสพัฒนาอะไรบ้าง	
การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคลมี ปัญหา/โอกาสพัฒนา อะไรบ้าง มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด	

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

- การจัดโครงสร้าง การระบายอากาศ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค
- การจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ การทำความสะอาด และการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ใน รพ.มีจุดไหนบ้างที่ควรปรับปรุงเพื่อแยกพื้นที่ใช้งานที่ต้องการความสะอาดจากบริเวณปนเปื้อน	ร่วมกันปรับปรุงโครงสร้างให้เป็นสัดส่วนที่ชัดเจน
ใน รพ.มีจุดไหนบ้างที่ควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวก	ร่วมกันพิจารณาจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกใน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
สะดวกในการล้างมือเพิ่มขึ้น	จุดที่เหมาะสม
การทำความสะอาดอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม มีโอกาสพัฒนาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ โรคอย่างไร	ร่วมกันพัฒนาระบบและการตรวจสอบ
จุดใดบ้างใน รพ.ที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อโรคทาง อากาศ	ร่วมกันปรับปรุงโครงสร้างเพื่อป้องกัน
ห้องที่ออกแบบให้เป็น positive pressure หรือ negative pressure สามารถใช้การได้ตามที่ ออกแบบไว้หรือไม่	ตรวจสอบและบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ ปรับปรุง แก้ไขถ้าไม่สามารถใช้การได้
ผลการเฝ้าระวังการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำ, cooling tower เป็นอย่างไร	ทำให้มั่นใจว่ามีการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ และ ปรับปรุงแก้ไขเมื่อพบปัญหา

- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ต่อไปนี้: ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด, หอผู้ป่วยวิกฤติ, หน่วยซักฟอก, หน่วยจ่ายกลาง, โรงครัว, หน่วยกายภาพบำบัด, ห้องเก็บศพ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่ห้องผ่าตัด	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่ห้องคลอด	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่หอผู้ป่วยวิกฤติ	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่หน่วยซักฟอก	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่หน่วยจ่ายกลาง	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่โรงครัว	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่หน่วย กายภาพบำบัด	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ
จากการตรวจสอบตาม check list ใน SPA พบ โอกาสพัฒนาด้าน IC อะไรบ้าง ที่ห้องเก็บศพ	ดำเนินการปรับปรุงตามโอกาสที่พบ

- (4) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อัตราการติดเชื้อ SSI ในการผ่าตัดสำคัญเป็นอย่างไร	กำหนดเป้าหมาย พัฒนา และขยายการติดตามไปสู่การผ่าตัดอื่นๆ (พยายามวัดอัตราเฉพาะสำหรับการผ่าตัดแต่ละหัตถการ)
อัตราการติดเชื้อ VAP เป็นอย่างไร	กำหนดเป้าหมาย พัฒนา และขยายการติดตามไปสู่การผ่าตัดอื่นๆ
อัตราการติดเชื้อ UTI เป็นอย่างไร	กำหนดเป้าหมาย พัฒนา และขยายการติดตามไปสู่การผ่าตัดอื่นๆ
อัตราการติดเชื้อ BSI เป็นอย่างไร	กำหนดเป้าหมาย พัฒนา และขยายการติดตามไปสู่การผ่าตัดอื่นๆ

- (5) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.รับผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งติดต่อทางโลหิต เช่น HIV, hepatitis B & C ไว้ใน รพ.หรือไม่	ร่วมกันวางแผนทางเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
รพ.รับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น HIV, ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ป่วยโรคเลือด ไว้ใน รพ.หรือไม่	ร่วมกันวางแผนทางเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะไม่เกิดการติดเชื้อระหว่างที่อยู่ใน รพ.
รพ.มีโอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาไว้ใน รพ.หรือไม่	ร่วมกันวางแผนทางปฏิบัติที่รัดกุมและเตรียมความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ
รพ.มีโอกาสที่จะรับหรือคัดกรองแล้วส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อที่อุบัติใหม่ เช่น Bird Flu, SARS หรือไม่	วางแผนทางปฏิบัติที่รัดกุมและเตรียมความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ

II - 4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)

องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ

- (1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับองค์กรอย่างต่อเนื่อง. องค์กรติดตามความเสี่ยง อัตรา และแนวโน้มของการติดเชื้อในเชิงรุก.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการเฝ้าระวังในลักษณะ targeted surveillance สำหรับการติดเชื้ออะไรบ้าง ผลลัพธ์เป็นอย่างไร	พิจารณาความเหมาะสม ถูกต้อง และความง่ายในการเฝ้าระวังและวินิจฉัยการติดเชื้อ และปรับปรุง
มีการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังอย่างไร โดยเฉพาะเมื่อมีการย้ายผู้ป่วย หรือการติดเชื้ออาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย	พัฒนาระบบเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถตรวจพบ HAI ได้อย่างครบถ้วน
โอกาสที่จะเกิด underreport ในเรื่อง HAI อย่างไรบ้าง	พิจารณาว่าจะใช้การทบทวนเสริมอย่างไรเพื่อให้มีการวินิจฉัยและการรายงานที่สมบูรณ์ขึ้น
สำหรับ รพ.ขนาดเล็กซึ่งอัตราการติดเชื้อต่ำ มีการเฝ้าระวังกระบวนการอะไรบ้าง เช่น สนับสนุนในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศที่ OPD	จัดให้มีการเฝ้าระวังที่เหมาะสมและนำผลการเฝ้าระวังไปพัฒนา

- (2) มีการติดตามเฝ้าดูการเกิดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รุนแรง ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการติดเชื้อใน รพ.ที่รุนแรงซึ่งไม่ได้อยู่ในข่าย targeted surveillance อะไรบ้าง	ทบทวนว่ารับทราบการติดเชื้อดังกล่าวได้อย่างไร มีการรายงานอย่างไร มีการตอบสนองและปรับปรุงระบบงานอย่างไร

- (3) มีการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ และความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ (ถ้าเป็นไปได้) และสื่อสารให้บุคคลและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.ที่มีห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา: antibiogram ของเชื้อโรคต่างๆ เป็นอย่างไร	พิจารณาว่าสามารถแยกแยะข้อมูลการติดเชื้อที่เกิดจากชุมชนและการติดเชื้อใน รพ.ได้หรือไม่, ทบทวนว่ามีการสื่อสารเพื่อให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไร, มีการปรับปรุงข้อมูลบ่อยเพียงใด

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.ที่ไม่มีห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา: ใช้ข้อมูลความไวของเชื้อต่อต้านจุลชีพเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจอย่างไร	พิจารณาใช้ข้อมูลของ รพ.ในพื้นที่ใกล้เคียง หรือหาทางส่งเพาะเชื้อจาก รพ.ของตนและนำมาสร้างฐานข้อมูลของ รพ.เอง
ยาต้านจุลชีพที่ใช้ยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่อะไรบ้าง	ร่วมกันกำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสม

- (4) มีการนำสารสนเทศจากการติดตามเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินผล และปรับปรุงระบบงาน รวมทั้งตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
คณะกรรมการ IC ใช้ประโยชน์จากข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างไร	ทำให้มั่นใจว่ามีการใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินและปรับปรุงระบบงาน ตามความเหมาะสม
ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อบ่อยเพียงใด นำไปใช้ประโยชน์อะไร	ส่งเสริมให้มีการสื่อสารข้อมูลอย่างสม่ำเสมอและทันการณ์ ติดตามการนำไปใช้ประโยชน์

- (5) องค์กรทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคที่ดื้อยา.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ถ้าจะลดการใช้ยาต้านจุลชีพที่จ่ายจากนอก รพ. จะต้องประสานความร่วมมือกับใครบ้าง	สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรณรงค์ลดการจ่ายยา เช่น รพ.สต. ร้านขายยา
ถ้าจะสร้างความมั่นใจในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคในหวัดนก จะต้องประสานความร่วมมือกับใครบ้าง	สร้างความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางระบบที่รัดกุม

ข. การควบคุมการระบาด

- (1) มีการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของ การติดเชื้อด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง, รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ, ทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อ ตรวจหาการเพิ่มขึ้นผิดปกติของเชื้อบางชนิดอย่างสม่ำเสมอ (ถ้าเป็นไปได้).

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการระบาดของ HAI อะไรบ้าง	ทบทวนบทเรียนในการตรวจพบการระบาดว่าทำได้ รวดเร็วเพียงใด
กรณีที่ไม่มีการระบาด จุดที่จะเป็นสัญญาณเตือนว่า มีการระบาดอยู่ที่ใดบ้าง	ร่วมกันซักซ้อมความเข้าใจและจัดให้มีช่องทางการ สื่อสาร/รายงานที่มีประสิทธิภาพ

- (2) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุมการติดเชื้อมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้ มาตรการควบคุมที่เหมาะสม อย่างรอบด้านและทันกาล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการระบาดของ HAI อะไรบ้าง	ทบทวนว่าการควบคุมการระบาดเป็นไปอย่าง เหมาะสม รอบด้าน และทันกาลเพียงใด
กรณีที่ไม่มีการระบาด มีการเตรียมความพร้อม อย่างไร	ซักซ้อมความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ

II-5 ระบบเวชระเบียน

II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง. เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
เมื่อพิจารณาเป้าหมายของการใช้เวชระเบียนเพื่อการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ เนื้อหาสำคัญที่สมาชิกทีมต้องการมีอะไรบ้าง รูปแบบที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจควรเป็นอย่างไร	ทบทวนการบันทึกข้อมูลดังกล่าวในเวชระเบียน ออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกและใช้ข้อมูลที่ต้องการ
แพทย์ต้องการใช้ข้อมูลอะไรจากบันทึกของพยาบาล พยาบาลต้องการใช้ข้อมูลอะไรจากบันทึกของแพทย์ วิชาชีพอื่นๆ ต้องการใช้ข้อมูลอะไรจากบันทึกของแพทย์และพยาบาล แพทย์และพยาบาลต้องการใช้ข้อมูลอะไรจากบันทึกของวิชาชีพอื่น (ทันตแพทย์ เภสัชกร กายภาพบำบัด นักกำหนดอาหาร นักเทคนิคการแพทย์)	ร่วมกันออกแบบบันทึกเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกทีมดูแลผู้ป่วย
เมื่อพิจารณาเป้าหมายของการใช้เวชระเบียนเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ข้อมูลสำคัญที่จะต้องบันทึกคืออะไร	ทบทวนการบันทึกข้อมูลดังกล่าวในเวชระเบียน ออกแบบเพื่อให้ง่ายต่อการบันทึกที่เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
ถ้าต้องการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไปนี้จากเวชระเบียน จะดูการบันทึกตรงส่วนใด -การประเมินที่ครอบคลุมปัญหาสำคัญ -การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนโดยมีข้อมูลสนับสนุน -การกำหนดเป้าหมายการดูแลที่ชัดเจน -การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย -การให้การดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา -การเสริมพลังผู้ป่วยและการสร้างเสริมสุขภาพ	ทดลองนำเวชระเบียนมาประเมินคุณภาพ พิจารณาว่าข้อมูลที่มีอยู่สามารถประเมินคุณภาพได้หรือไม่ ร่วมกันพิจารณาว่าจะปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนอย่างไรเพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพได้ดีขึ้น

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ศึกษากรณีการฟ้องร้องทางกฎหมายในคดีที่ใกล้เคียงกับบริบทของ รพ. แล้วพิจารณาว่าข้อมูลอะไรบ้างที่มีความจำเป็นเพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่จะแสดงให้เห็นถึงการดูแลอย่างเหมาะสม ด้วยความรอบคอบระมัดระวัง	ร่วมกันทบทวนการบันทึกข้อมูลของ รพ. แล้วปรับปรุงแนวทางการบันทึก โดยเฉพาะในกรณีที่มีความไม่แน่นอนทางการแพทย์สูง หรือมีโอกาที่จะถูกฟ้องร้อง
สุ่มเวชระเบียนมา 5 ฉบับ ศึกษาเวชระเบียนดังกล่าวแล้วพิจารณาว่าทีมงานสามารถเรียนรู้อะไรได้จากเวชระเบียนดังกล่าว มีข้อมูลอะไรที่ควรบันทึกเพิ่มขึ้นเพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ของทีมงาน	ร่วมกันพัฒนาการบันทึกเวชระเบียนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของทีมงาน
คิดถึงโครงการวิจัยทางคลินิกอย่างง่าย ๆ สักหนึ่งโครงการ เลือกเวชระเบียนของผู้ป่วยดังกล่าวมาทบทวนว่ามีข้อมูลอะไรที่จะสนับสนุนการวิจัยที่ต้องการ	พิจารณาว่าควรมีการปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนอย่างไรเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถใช้เพื่อการวิจัยไปพร้อมกันด้วย

(2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
จากคำถามในข้อ (1) อะไรคือความต้องการสำคัญของทีมผู้ให้บริการ มีการมอบหมายให้ทีมงานใดไปปรับปรุง	ติดตามการปรับปรุงตามแผน
ผู้บริหารต้องการอะไรจากระบบเวชระเบียนและข้อมูลในเวชระเบียน	
ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอะไรจากระบบเวชระเบียนและข้อมูลในเวชระเบียน	
ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมอย่างไรในการเพิ่มเติมความสมบูรณ์ให้แก่เวชระเบียน	
หน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับระบบเวชระเบียนและการบันทึกมีอะไรบ้าง หน่วยงานเหล่านั้นต้องการอะไรจากระบบเวชระเบียนและข้อมูลในเวชระเบียน	
การใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกเวชระเบียนมีข้อดีและข้อจำกัด/ข้อเสียอะไรบ้าง	

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การบันทึกข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนและเป็นการเพิ่มภาระโดยไม่จำเป็นมีอะไรบ้าง	ร่วมกันพิจารณาลดทอนการบันทึกที่ซ้ำซ้อน หรือบูรณาการเข้ามาเป็นหนึ่งเดียวกัน โดยกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจน
มีการใช้ check list อะไรบ้างในการบันทึกเวชระเบียน	ทบทวนข้อดีข้อเสียจากการใช้ check list ดังกล่าว และปรับปรุงให้มีความเหมาะสม (อาจจะลด check list บางส่วนที่ไม่จำเป็นหรือทำให้เกิดการบันทึกเพียงเพื่อให้สมบูรณ์โดยมิได้ใส่ใจปัญหาของผู้ป่วย หรือเพิ่ม check list บางส่วนเพื่อลดการบันทึกที่เป็น routine)
บันทึกส่วนที่ขาดความสมบูรณ์มากที่สุดคืออะไร	พิจารณาใช้ความคิดใหม่ๆ ในการออกแบบบันทึก เช่น การบันทึกเทป, การ capture ข้อมูลการปรึกษาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ
มีโอกาสนี้จะใช้ภาพ แผนภูมิ เส้นกราฟ ให้เป็นประโยชน์ในการแปลความหมายหรือบ่งบอกการเปลี่ยนแปลงสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอะไรบ้าง	ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบการบันทึกเวชระเบียน โดยใช้ประโยชน์จากภาพ แผนภูมิ เส้นกราฟ

- (3) องค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยที่เหมาะสม ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัสมาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหาการบันทึกอะไรที่สามารถป้องกันได้ด้วยการมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น ผู้มีสิทธิบันทึก สิ่งที่ต้องบันทึก แบบฟอร์มมาตรฐาน การระบุชื่อ วันที่ เวลา	ทบทวนว่ามีแนวทางดังกล่าวหรือยัง แนวทางดังกล่าวได้รับการปฏิบัติเพียงใด จะทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติอย่างไร
ปัญหาการแก้ไขเวชระเบียนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสี่ยง หรือผู้ให้การดูแลเสี่ยงต่อการไม่ได้รับความไว้วางใจมีอะไรบ้าง เช่น การแก้ไขคำสั่งแพทย์ การแก้ไขบันทึกที่อยู่ในกระดาษหรือคอมพิวเตอร์ การเพิ่มเติมข้อมูลย้อนหลังหลังจากเกิดอุบัติการณ์	ทบทวนว่ามีแนวทางป้องกันความเสี่ยงดังกล่าวอย่างไร หากจะแก้ไขจะต้องมีการลงนามและเวลา กี่กบ้อย่างไร เมื่อใดที่ไม่ควรแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล
การรับคำสั่งด้วยวาจาจะเกิดขึ้นในกรณีใดบ้าง มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาอะไรบ้าง	ทบทวนแนวทางในการรับคำสั่งด้วยวาจาในแต่ละกรณีให้มีความรัดกุม ทั้งในขั้นตอนของการอ่านทวน การบันทึก และการรับรองยืนยัน ตามความเหมาะสม

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่มักเป็นปัญหาในการบันทึกเวชระเบียนมีอะไรบ้าง	ทบทวนแนวทางปฏิบัติ การสื่อสาร การสรุปปัญหา และสะท้อนกลับ
การให้รหัสโรคและหัตถการที่ยังไม่ตอบสนองความต้องการในการพัฒนาคุณภาพ เช่น ข้อมูลไม่น่าเชื่อถือหรือไม่ชัดเจน มีอะไรบ้าง	พิจารณาว่าจะปรับปรุงการให้รหัสโรคและหัตถการให้ตอบสนองความต้องการได้อย่างไร

- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกรหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา CLT/PCT ได้รับข้อมูลจากการวิเคราะห์ของฝ่ายสารสนเทศอะไรบ้าง	ทบทวนว่าตรงกับความต้องการหรือไม่ นำไปใช้ในการพัฒนาอะไรบ้าง ต้องการให้ปรับปรุงการบันทึกรหัสและการวิเคราะห์อย่างไร
พิจารณาโอกาสพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเป้าหมายของ CLT/PCT ระบุความต้องการข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ได้จากระบบสารสนเทศ	สื่อสารและวางแผนร่วมกับฝ่ายสารสนเทศเพื่อให้มีข้อมูลดังกล่าว อาจจะเป็นการประมวลเป็นครั้งคราวหรือเป็นการประจำ

- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.ใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้างเพื่อการกำกับดูแลและประเมินผลระบบบริหารเวชระเบียน	พิจารณาว่ามีการนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบงานอย่างไรบ้าง
นอกเหนือจากตัวชี้วัดข้างต้น รพ.มีการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียนในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่ อย่างไร: ความเหมาะสมของแบบบันทึก, การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้เวชระเบียน, การปฏิบัติตามนโยบาย แนวทางปฏิบัติ กฎหมาย, การจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน, ความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน, คุณภาพการให้รหัส	กำหนดเป้าหมายเพื่อยกระดับประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียนและดำเนินการพัฒนาขยายขอบเขตการประเมินให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

- (1) เวชระเบียนได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้ โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
เข้าไปดูในสถานที่จริง พิจารณาว่ามีโอกาสที่ เวชระเบียนจะเกิดการสูญหาย ความเสียหายทาง กายภาพ และการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ อย่างไร	ปรับปรุงตามโอกาสพัฒนาที่พบ
จากเส้นทางเดินของเวชระเบียนในบริบทต่างๆ มี โอกาสที่เวชระเบียนจะสูญหายในขั้นตอนใดบ้าง	ออกแบบมาตรการป้องกันการสูญหายของเวชระเบียน เช่น การมีเอกสารหรือทะเบียนหรือ bar code คุมการ เคลื่อนที่หรือยืมเวชระเบียน, การป้องกันการเข้าถึง โดยผู้ไม่เกี่ยวข้อง
ถ้ามีการบันทึกเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ มี โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ได้ในลักษณะใด หรือด้วยเหตุใด: ข้อมูลสูญหาย, การเข้าถึง/ใช้/ แก้ไข โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่	ร่วมกันพิจารณาหามาตรการและเทคโนโลยีต่างๆ เพื่อป้องกันปัญหาที่ระบุไว้

- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยใน เวชระเบียน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กลุ่มผู้ป่วยในความรับผิดชอบของ รพ. ที่ต้องมีการ รักษาความลับอย่างยิ่งยวดมีอะไรบ้าง เช่น ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้ป่วยที่ถูกข่มขืน, การตั้งครรภ์ที่ไม่พึง ประสงค์	ทบทวนมาตรการรักษาความลับของข้อมูลในผู้ป่วย กลุ่มดังกล่าว และปรับปรุงให้มีความรัดกุมสูงสุด
ประสบการณ์เกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่ข้อมูลของผู้ป่วย ไม่ถูกเก็บเป็นความลับมีอะไรบ้าง	วิเคราะห์ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องและวางมาตรการ ป้องกันที่รัดกุม
ประสบการณ์เกี่ยวกับ dilemma หรือความ ยากลำบากในการตัดสินใจในการเปิดเผยข้อมูล ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง เช่น การแจ้งการวินิจฉัยโรคที่ รักษาไม่หาย, การให้ข้อมูลแก่บริษัทประกัน	เชิญผู้เกี่ยวข้องและผู้รู้มาร่วมสนทนากลุ่มเพื่อวาง แนวทางในการตัดสินใจที่เหมาะสม
โอกาสที่ผู้ไม่เกี่ยวข้องจะเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยในเวช ระเบียนมีอะไรบ้าง (ทั้งที่เป็นกระดาษและในระบบ คอมพิวเตอร์)	ทบทวนมาตรการป้องกันและปรับปรุงให้รัดกุม

- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
แนวทางปฏิบัติที่ควรมีการให้ความรู้แก่บุคลากร หรือการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาความลับที่พบบ่อย มีอะไรบ้าง	จัดกิจกรรมเรียนรู้ที่เหมาะสม จัดเวทีแลกเปลี่ยน ร่วมกันค้นหาวิธีการที่รัดกุมยิ่งขึ้น ปลุกจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการรักษาความลับ และมีระบบติดตามการปฏิบัติ

- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีกรณีใดบ้างที่ผู้ป่วยหรือญาติ ต้องการดูข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย เช่น มีข้อสงสัย มีความไม่พึงพอใจ หรือมีการร้องเรียนเกิดขึ้น	วางแนวทางในการให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ ในแต่ละกรณี เน้นการทำความเข้าใจในข้อมูลต่างๆ ที่บันทึกไว้ รวมทั้งความเป็นไปได้ต่างๆ
จากการอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วยหรือญาติฟัง หรือการที่เวชระเบียนถูกนำไปใช้อ้างอิงในศาล มีจุดอ่อนในการบันทึกอะไรบางอย่างที่ควรปรับปรุง	ดำเนินการปรับปรุงตามความเหมาะสม

II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ:

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

คำถามเพื่อตรวจสอบเวชระเบียน	ดำเนินการปรับปรุง
มีข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วยและผู้ที่จะต้องติดต่อในกรณีฉุกเฉินในเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละรายชัดเจนเพียงใด	นำประเด็นที่เป็นจุดอ่อนหรือโอกาสพัฒนามาร่วมกันพิจารณาว่าจะปรับปรุงแนวทางการบันทึกที่ทุกฝ่ายร่วมมือกันปฏิบัติได้อย่างไร
มีข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วยในเอกสารทุกหน้าถูกต้องครบถ้วนเพียงใด	
การวินิจฉัยโรคที่ให้ไว้ในแต่ละช่วงนั้นมีข้อมูลสนับสนุนอย่างเหมาะสมเพียงใด (ประวัติครบถ้วนเพียงใด การตรวจร่างกายครบถ้วนเพียงใด มีการตรวจ investigate ที่จำเป็นหรือไม่ การวินิจฉัยเกินกว่าข้อมูลสนับสนุนที่มีอยู่หรือไม่)	
การดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยเหมาะสมหรือไม่ โดยพิจารณาจากความรวดเร็วในการรับรู้ปัญหา การตอบสนองต่อภาวะวิกฤติ การดูแลอย่างเป็นองค์รวม การพิจารณาใช้ evidence/guideline	
เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตเห็นได้จากสัญญาณชีพ บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงหรือประเมินการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวหรือไม่	
บันทึกเวชระเบียนทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกหรือผลลัพธ์ของการรักษาต่างๆ (ยา หัตถการ ฯลฯ) หรือไม่ เพียงใด	

คำถามเพื่อสำรวจตรวจสอบเวชระเบียน	ดำเนินการปรับปรุง
วิธีการบันทึกเวชระเบียน เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องของแพทย์เวชที่มีได้เป็นเจ้าของไข้เพียงใด	
วิธีการบันทึกเวชระเบียน เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างเวรเพียงใด	
วิธีการบันทึกเวชระเบียน เอื้อต่อการดูแลเมื่อมีการเปลี่ยนหอผู้ป่วยหรือหน่วยดูแลเพียงใด	
วิธีการบันทึกเวชระเบียน เอื้อต่อการดูแลที่มีแพทย์หลายสาขาดูแลร่วมกันอย่างไร	
ถ้ามีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ตรงไหนคือจุดที่เป็นโอกาสถูกฟ้องร้อง ข้อมูลที่บันทึกไว้เพียงพอหรือไม่ที่จะแสดงให้เห็นการดูแลที่มีคุณภาพในช่วงนั้น	
ประเด็นคุณภาพ ความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อน เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยรายนี้คืออะไร ข้อมูลที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่ที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้ให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง มีมาตรฐานวิชาชีพ	

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา มีการตั้งเป้าหมายพัฒนาความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนอะไรบ้าง ผลของการพัฒนาเป็นอย่างไร	ทบทวนกลยุทธ์การพัฒนาหากผลการพัฒนาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาจากการตอบคำถามในข้อ (1) มาดำเนินการพัฒนา

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

II - 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.

ก. การวางแผนและการจัดการ

- (1) มีคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
บทบาทที่โดดเด่นของคณะกรรมการคืออะไร	ชี้แจงบทบาทดังกล่าวต่อไป
บทบาทที่คณะกรรมการควรมีเพิ่มขึ้นคืออะไร	ร่วมกันวางแผนเพื่อเพิ่มบทบาทดังกล่าวอย่างสร้างสรรค์

- (2) มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยสูง รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
บัญชียาของ รพ.เป็นไปตามเป้าหมายของการมีรายการยาที่จำเป็นในจำนวนที่เหมาะสมและพอเพียงหรือไม่	ทบทวนกระบวนการพิจารณารายการยาในบัญชียา โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่ต่อนำเสนอ หลักเกณฑ์ การพิจารณา และการพิจารณาโดยอิงข้อมูล
รายการใดที่มีปริมาณการใช้บ่อยหรือไม่มีการใช้เลย ยังจำเป็นต้องมีอยู่ในบัญชียาหรือไม่	ทบทวนรายการยาในบัญชียา
รายการใดที่มีความซ้ำซ้อนเกินจำเป็น	
รายการใดที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนทางยาสูง	กำหนดมาตรการในการป้องกันความปลอดภัยเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น แบบฟอร์ม แนวทางการสั่งใช้ ระบบตรวจสอบระบบเตือนใจ การบริหาร การเก็บรักษา การติดตามผล
รายการใดที่อาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาได้สูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)	
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการขอใช้ยานอกบัญชียาอะไรบ้าง	ทบทวนขั้นตอนการดำเนินการว่าเป็นไปอย่างเหมาะสม รัดกุม ปลอดภัย หรือไม่

- (3) การจัดหาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการจัดหาที่ไม่อยู่ในบัญชียาอะไรบ้าง	ทบทวนเหตุผลของการจัดหาดังกล่าว และกำหนดมาตรการที่เหมาะสม
ในรอบปีที่ผ่านมา มีปัญหาขาดแคลนในยาตัวใดบ้าง เป็นเวลานานเท่าไร	ทบทวนแนวทางการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้อง การใช้ยาทดแทน วิธีการจัดหา แนวทางการป้องกันในอนาคต
ในรอบปีที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ที่ต้องจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วนในยาตัวใดบ้าง	ทบทวนวิธีการจัดหาและแนวทางการป้องกันในอนาคต
มีเหตุการณ์อะไรบ้างที่อาจทำให้ปริมาณความต้องการใช้ยาบางประเภทเพิ่มขึ้นในปริมาณสูง อย่างฉับพลัน ยาดังกล่าวคืออะไร	วางแผนเพื่อให้พร้อมรับสถานการณ์ ตั้งแต่การรับรู้สถานการณ์ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- (4) องค์การระบุยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง, ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสมปลอดภัยในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่าย ให้ และติดตามกำกับยา เพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยาเหล่านี้.

- (5) องค์การกำหนดนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และนำสู่การปฏิบัติ. มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

6.2 ก.(3) องค์การจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความผิดพลาด / คลาดเคลื่อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ, ครอบคลุมการระบุรายละเอียดที่เป็นในคำสั่งใช้ยา, การระมัดระวังเป็นพิเศษสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน, มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา และการป้องกันการให้ข้อมูลที่ผิดหรือการสื่อสารที่ผิดพลาด

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ยาที่เสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์มีอะไรบ้าง (เช่น ยาเสพติด ยาควบคุมพิเศษ)	ทบทวนแนวทางป้องกันการใช้ผิดวัตถุประสงค์
ยาที่พบรายงานการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยใน รพ.มีอะไรบ้าง	ทบทวนแนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยเน้นความเฉพาะเจาะจงกับโอกาสเกิดปัญหาของยาแต่ละตัว
ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูงอื่นๆ มีอะไรบ้าง	สร้างเครื่องมือช่วย สื่อสารกับผู้ปฏิบัติ มีระบบตรวจสอบและติดตาม
ลักษณะและสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบในรอบปีที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง	ทบทวนแนวทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยเน้น
ลักษณะและสาเหตุของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	มาตรฐานวิชาชีพสำหรับขั้นตอนต่างๆ เช่น การ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
จากยาที่พบในรอบปีที่ผ่านมา มีอะไรบ้าง	ระบุรายละเอียดที่จำเป็นในใบสั่งยา, การป้องกันความคลาดเคลื่อนสำหรับ LASA, การป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา, การตรวจสอบที่จำเป็น ฯลฯ สื่อสารกับผู้ปฏิบัติ มีระบบติดตาม
ในรอบปีที่ผ่านมา มีตัวอย่างความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความรุนแรงสูงอะไรบ้าง	ทบทวนว่าในเหตุการณ์ดังกล่าวมีการตอบสนองที่เหมาะสมทันการณ์เพียงใด และนำมาสู่การปรับปรุงอะไร
ในรอบปีที่ผ่านมา มีตัวอย่าง ADR ที่ไม่เกิดจากความคลาดเคลื่อนทางยาอะไรบ้าง	
ตัวอย่างการปรับปรุงระบบโดยใช้แนวคิด human factor engineering มีอะไรบ้าง	เรียนรู้เพื่อขยายแนวคิดไปใช้ให้มากขึ้น
รูปแบบที่ได้ผลในการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับเรื่องความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยามีอะไรบ้าง มีโอกาสที่จะทำอะไรเพิ่มได้อีก	ทบทวนและหาวิธีการที่สร้างสรรค์ในการสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- (6) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา และการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการปฐมนิเทศ การอบรมหรือเพิ่มพูนความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาและการใช้ยาอะไรบ้าง	ทบทวนความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับโอกาสพบปัญหา และความครอบคลุมของผู้เข้ารับการอบรม จัดกิจกรรมเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

- (7) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาเปรียบเทียบกับเป้าประสงค์ของระบบ มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความพร้อมใช้และคุณภาพของยาใน รพ.เป็นอย่างไร	นำข้อมูลมารวบรวมกันพิจารณาปรับปรุงตามความเหมาะสม
ประสิทธิภาพของการเก็บสำรองยาทั้งในคลังใหญ่และในหอผู้ป่วยเป็นอย่างไร	
ความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาเป็นอย่างไร	
แนวโน้มการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาเป็นอย่างไร	
วิธีการและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาที่ทบทวนได้มีอะไรบ้าง	

ข. การเก็บสำรองยา

- (1) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมียาใช้อย่างเพียงพอ, มีคุณภาพและความคงตัว, พร้อมใช้, ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่, ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและผลไม่พึงประสงค์จากยา, สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา, มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ, โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ยาที่ต้องอยู่ในระบบห่วงโซ่ความเห็น หรือต้องตรวจสอบคุณภาพการขนส่งเป็นพิเศษ มีอะไรบ้าง	ทบทวนข้อกำหนดการตรวจสอบ การปฏิบัติในการตรวจสอบ การบันทึก และการจัดการเมื่อพบปัญหา
ผลการตรวจสอบการเก็บสำรองยาที่คลังยาของเภสัชกรรมเป็นอย่างไร (ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมและลักษณะการจัดเก็บ)	ดำเนินการปรับปรุงถ้าพบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความคงตัวของยา
รพ.มีนโยบายเกี่ยวกับการห้ามสำรองอิเล็กทรอนิกส์ ความเข้มข้นสูงที่หยาบๆอย่างไร ปฏิบัติตามได้ครบถ้วนหรือไม่	ถ้าไม่สามารถปฏิบัติตามได้ครบถ้วน หาแนวทางที่จะลดการใช้ให้เหลือน้อยที่สุดและหาแนวทางในการป้องกันความเสี่ยง
ผลการตรวจสอบการเก็บสำรองยาที่หยาบๆเป็นอย่างไร ทั้งในแง่รายการ จำนวน คุณภาพ ความพร้อมใช้	ดำเนินการปรับปรุงถ้าพบภาวะที่เป็นความเสี่ยง
ระบบบันทึกการเบิกจ่ายและการเบิกจ่าย เอื้อต่อการเรียกคืนยาตาม lot no. ได้ดีเพียงใด	

- (2) มีการจัดให้มียา และ / หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา, มีระบบควบคุม และดูแลให้เกิดความปลอดภัย, และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การทบทวนรายการยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ กระทำเมื่อใด	ควรทบทวนอย่างน้อยปีละครั้ง (ทั้งรายการและจำนวน) โดยนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องและปัญหาที่เกิดขึ้นมาพิจารณา
มาตรการสำคัญของระบบการควบคุมยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินมีอะไรบ้าง เพื่อเป้าหมายอะไร	ทบทวนว่ามีการปฏิบัติตามมาตรการ และบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการหรือไม่ นำไปปรับปรุงตามความเหมาะสม
มีระบบการตรวจสอบอย่างไรว่ามีการจัดยาทดแทนทันที มียาตามจำนวนที่กำหนดไว้ และยาที่สำรองไว้ยังไม่หมดอายุ	

(3) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในกรณีที่ห้องยาไม่ได้เปิด 24 ชั่วโมง อะไรคือปัญหา/อุบัติการณ์ที่เคยเกิดหรือมีโอกาสเกิดจากการจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด	ทบทวนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติตามเพื่อป้องกันปัญหาหรืออุบัติการณ์ที่ระบุ

(4) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการคืนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้มาที่ห้องยาประมาณร้อยละเท่าใด	ร่วมกันวางแผนทางเพื่อให้มีการคืนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ หรือยาที่ต้องคืนด้วยเหตุผลอื่น อย่างครบถ้วน
มีการนำยาเม็ดเปลี่ยนที่ส่งคืนมาที่ห้องยามาใช้ต่อหรือไม่	วางแนวทางการทำลายยาอย่างเหมาะสม

II - 6.2 การใช้ยา (MMS.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.

ก. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง

- (1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรค หรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา, และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในการสั่งยาผู้ป่วยนอก แพทย์ผู้สั่งใช้ยาต้องการเห็นข้อมูลอะไรเกี่ยวกับผู้ป่วยบ้าง ข้อมูลเหล่านั้นมีพร้อมให้ดูได้โดยสะดวกหรือไม่	ปรับปรุงการบันทึกข้อมูลสำคัญใน OPD card หรือระบบการแสดงผลข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ให้สามารถเห็นได้โดยง่าย
ในการจ่ายยาผู้ป่วยใน แพทย์ผู้สั่งใช้ยาสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้ป่วยได้โดยง่ายหรือไม่	ปรับปรุงการบันทึกในเวชระเบียนหรือระบบการแสดงผลข้อมูลในคอมพิวเตอร์ให้แพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้โดยง่าย เช่น มีข้อมูลการแพ้ยาในใบ order ใหม่ทุกใบ
ในการจ่ายยาผู้ป่วย เภสัชกรสามารถตรวจสอบข้อมูลการวินิจฉัยโรค ข้อบ่งชี้การใช้ยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้หรือไม่ อย่างไร	พัฒนาระบบให้เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้โดยง่าย เช่น แพทย์บันทึกข้อมูลเหล่านี้ในใบสั่งยา หรือระบบคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงถึงข้อมูลเหล่านี้

- (2) มีข้อมูลยาที่จำเป็นในรูปแบบที่ใช้งานง่าย ในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ข้อมูลยาที่แพทย์ควรเข้าถึงได้ในขณะสั่งใช้ยามีอะไรบ้าง	สร้างสื่อที่ง่ายต่อการใช้งานในสถานการณ์ต่างๆ เช่น บัตรยา บันทึก โพสต์เตอร์ คู่มือ ฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์
ข้อมูลยาที่เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรควรเข้าถึงได้ในกระบวนการจัดจ่ายยามีอะไรบ้าง	
ข้อมูลยาที่พยาบาลควรเข้าถึงได้ในกระบวนการบริหารยามีอะไรบ้าง	

(3) องค์การจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความผิดพลาด / คลาดเคลื่อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยา และการถ่ายทอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ, ครอบคลุมการระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา, การระมัดระวังเป็นพิเศษสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน, มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา และการป้องกันการใช้ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง [ยกไปพิจารณาใน 6.1 ก(5)]

(4) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการกำหนดมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งใช้ยาที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้าให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ยาที่ต้องระบุงบ่งชี้ในการสั่งใช้ยามีอะไรบ้าง	ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทบทวนความเหมาะสมของมาตรการที่กำหนดไว้ ร่วมกันกำหนดเป้าหมายเพื่อลดระดับปัญหา
มีแนวทางอย่างไรในการลดการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และเภสัชกรสามารถเข้าถึงคำสั่งใช้ยาโดยตรง	
สถิติความคลาดเคลื่อนทางยาในกลุ่ม LASA เป็นอย่างไร	
สถิติความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากการใช้ตัวย่อมีอะไรบ้าง	
กลุ่มโรคหรือกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องระบุนำหน้ากลุ่มผู้ป่วยในการสั่งใช้ยามีอะไรบ้าง	
ปัญหาเกี่ยวกับการเขียนคำสั่งใช้ยาอื่นๆ มีอะไรบ้าง	
ปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาอื่นๆ มีอะไรบ้าง	
ปัญหาเกี่ยวกับการรับคำสั่งการรักษาด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์มีอะไรบ้าง	

(5) มีกระบวนการในการระบุ จัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือมีการใช้อยู่ในปัจจุบันอย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บันทึกรายการยานี้ในการสั่งใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ. มีการเปรียบเทียบบันทึกรายการยาของผู้ป่วยที่ใช้อยู่ในปัจจุบันกับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ / หรือ จำหน่าย. (Admission, transfer, and discharge medication reconciliation)

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่ รพ.กำหนดให้มีการทำ medication reconciliation	ติดตามประเมินผล สร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ พิจารณายาของกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มยาตามความเหมาะสม
ยาในกลุ่มใดบ้างที่ รพ.กำหนดให้มีการทำ medication reconciliation	

ข. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

(1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัย

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กรณีที่มีการจ่ายยาขณะที่เภสัชกรไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน มีระบบการทบทวนย้อนหลังหรือไม่ ผลการทบทวนเป็นอย่างไร	นำข้อมูลมาสะท้อนกลับให้ผู้เกี่ยวข้อง และร่วมกันวางแผนทางตรวจสอบเพื่อป้องกันปัญหา
ปัญหาที่พบจากการทบทวนคำสั่งใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูงมีอะไรบ้าง	นำข้อมูลมาสะท้อนกลับให้ผู้เกี่ยวข้องและวางแผนทางป้องกันปัญหา
ปัญหาที่พบจากการทบทวนคำสั่งใช้ยา IV admixture มีอะไรบ้าง โดยเฉพาะความเหมาะสมของสารละลายที่ใช้เจือจาง	นำข้อมูลมาสะท้อนกลับให้ผู้เกี่ยวข้องและวางแผนทางป้องกันปัญหา
ข้อมูลปัญหาที่พบจากการทบทวนคำสั่งใช้ยาอื่นๆ มีอะไรบ้าง	พิจารณาว่าการทบทวนที่ทำอยู่นั้นครอบคลุมผู้ป่วยเพียงใด ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ควรตรวจสอบเพียงใด นำข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนทางเพื่อป้องกันปัญหา

(2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลการประเมินความเหมาะสมปลอดภัยของการจัดเตรียมยาในหน่วยดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร	นำผลการประเมินมาปรับปรุง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นการป้องกันการปนเปื้อน การมีแสงสว่างเพียงพอ การไม่ถูกรบกวนสมาธิ และการกำจัดขยะอันตราย
แผนกเภสัชกรรมมีการเตรียมยาอะไรบ้าง	ประเมินว่าระบบการเตรียมยาดังกล่าวเป็นไปตามมาตรฐานเพียงใด บุคลากรผู้รับผิดชอบมีความรู้และทักษะอย่างไร มีระบบการควบคุมกำกับที่เหมาะสมหรือไม่

(3) ยาได้รับการติดตามอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท และมีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการระบุความเข้มข้นและขนาดยานฉลากยา มีอะไรบ้าง	นำปัญหา/โอกาสพัฒนาต่างๆ มาร่วมกันทบทวนเพื่อวางแผนทางปฏิบัติที่เหมาะสม
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการติดตามยาจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย มีอะไรบ้าง	

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การติดฉลากยาในกรณีที่มีการจัดเตรียมแล้วไม่ได้ยาแก่ผู้ป่วยทันที มีความเหมาะสมเพียงใด	
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการระบุวัน/เวลาหมดอายุบนฉลากยา มีอะไรบ้าง	
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการเขียนฉลากยาสำหรับ IV admixture, สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ มีอะไรบ้าง	
ปัญหา/โอกาสพัฒนา เกี่ยวกับการตรวจสอบชื่อยา ณ จุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย มีอะไรบ้าง	
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการเตรียมยาสำหรับใช้กับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ระบุชื่อนั้น มีอะไรบ้าง	

- (4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมให้ใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหา/โอกาสพัฒนาในเรื่องการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย ในเรื่องความถูกต้อง ปลอดภัย รัดกุม มีอะไรบ้าง	นำปัญหา/โอกาสพัฒนาต่างๆ มาร่วมกันทบทวน เพื่อวางแผนทางปฏิบัติที่เหมาะสม
ปัญหา/โอกาสพัฒนาในเรื่องการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย ในเรื่องความพร้อมใช้ มีอะไรบ้าง	
ปัญหา/โอกาสพัฒนาในเรื่องการส่งมอบยาให้ผู้ป่วย ในเรื่องเร็วทันความต้องการ มีอะไรบ้าง	

- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โอกาสพัฒนาในเรื่องบุคลากรผู้ส่งมอบยาอะไรบ้าง	นำข้อมูลมาปรับปรุงระบบและเสริมความรู้บุคลากร
ข้อมูล pre-dispensing error ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้มีอะไรบ้าง	นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบ
ข้อมูลเกี่ยวกับ dispensing error ในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกมีอะไรบ้าง	ทบทวนว่าข้อมูลดังกล่าวได้มาอย่างไร รพ.มีระบบในการตรวจสอบเสริมอะไรบ้าง (โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายรายการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบ
ยาผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับคำแนะนำมีอะไรบ้าง	ทบทวนและปรับปรุงประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำ

- (6) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งมีความสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับการใช้ยาโดยไม่มีการรบกวน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหา/โอกาสพัฒนา เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสำหรับการจัดเตรียมและจัดจ่ายยามีอะไรบ้าง	ดำเนินการปรับปรุงโดยเน้นความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อน ระบบไหลเวียนของงาน ความเพียงพอของพื้นที่และแสงสว่าง การปราศจากสิ่งรบกวนทางกายภาพ

- (7) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน, โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา / ขนาดยา / วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่สามารถบริหารยาประเภทต่างๆ ได้อย่างไร เช่น การฉีดยา เข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ การฉีดยาเข้าไขสันหลัง การให้ยาเคมีบำบัด การใช้สารทึบรังสี	กำหนดให้ชัดเจนถ้ายังไม่มีกำหนด ทำให้มั่นใจว่าไม่มีการปฏิบัติเกินกว่าขอบเขตที่ได้รับอนุญาต
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับคุณวุฒิ ความรู้ และทักษะของบุคลากรผู้ให้ยาแก่ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	นำข้อมูลมาปรับปรุงระบบงาน ระบบการกำกับดูแล และเสริมความรู้บุคลากร
มีอะไรบ้างที่ต้องใช้อุปกรณ์การให้ยาพิเศษ	ทำให้มั่นใจว่ามีอุปกรณ์พร้อมใช้และทำงานได้อย่างถูกต้อง
ข้อมูลเกี่ยวกับ dispensing error ในการจ่ายยาผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงระบบ
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการบันทึกและการใช้ MAR มีอะไรบ้าง	นำปัญหา/โอกาสพัฒนาต่างๆ มาร่วมกันทบทวน เพื่อวางแผนทางปฏิบัติที่เหมาะสม
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยและการให้ยาที่ถูกต้อง มีอะไรบ้าง	
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยามีอะไรบ้าง	

- (8) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เพื่อเป้าหมายความถูกต้อง ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการใช้ยา

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่อง drug adherence คือผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง	ร่วมกันทบทวนแนวทางการให้ความรู้และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
ยาที่มีปัญหาเรื่อง drug adherence คือยากกลุ่มใดบ้าง	
ยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ คือยากกลุ่มใดบ้าง	
ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษซึ่งต้องให้คำแนะนำเป็นพิเศษ คือยากกลุ่มใดบ้าง	
ยากกลุ่มใดบ้างที่ควรมีฉลากช่วย	ทบทวนความครอบคลุมของการใช้ฉลากช่วย
ผู้ป่วยที่นอน รพ.มีโอกาสมมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลอย่างไรบ้าง เช่น การตรวจสอบความถูกต้อง การมีส่วนร่วมในการบริหารยา การวางแผนจำหน่าย	จัดระบบให้ผู้ป่วยที่มีศักยภาพได้มีส่วนร่วม

- (9) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ยาที่แพทย์หวังผลการรักษาในระยะสั้นมีอะไรบ้าง	วางแผนทางติดตามการตอบสนองของผู้ป่วย
ยาที่มี therapeutic ratio แคบที่มีใช้ใน รพ.มีอะไรบ้าง	วางแผนทางติดตามอาการข้างเคียง
ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของตับ ไต หัวใจ มีอะไรบ้าง	วางแผนทางติดตามอาการข้างเคียง
การส่ง specimen เพื่อเพาะเชื้อจะได้ทราบผลในเวลากี่วัน	วางแผนทางติดตามการตอบสนองต่อยาต้านจุลชีพ และข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจเปลี่ยนยา
ในรอบปีที่ผ่านมา มียาใหม่ที่ต้องระมัดระวังอะไรบ้าง	ทบทวนแนวทางการติดตามการตอบสนองและอาการข้างเคียง

- (10) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหา/โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา มีอะไรบ้าง	นำปัญหา/โอกาสพัฒนาต่างๆ มาร่วมกันทบทวน เพื่อวางแผนทางปฏิบัติที่เหมาะสม

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.มีระบบในการขึ้นทะเบียนและรายงานผู้ป่วยวัณโรคอย่างไร	วางระบบให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรค ไม่ว่าโดยหน่วยใด ที่จุดใด ได้รับการขึ้นทะเบียน มีการรายงานโรคติดต่อ มีการนัดติดตามอย่างต่อเนื่องจนกินยาครบ
โรคติดต่ออื่นๆ ที่ต้องรายงานซึ่ง รพ.มีโอกาสพบผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	สร้างความมั่นใจว่ามีการรายงานอย่างครบถ้วน
โรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะเฉียบพลันที่ รพ.เคยพบมีอะไรบ้าง	ทบทวนความรวดเร็วในการวินิจฉัยและรายงาน วางแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม
โรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะเฉียบพลันที่ รพ.มีโอกาสพบมีอะไรบ้าง	ทบทวนความพร้อมในการวินิจฉัยและรายงาน วางแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม
โรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปที่ รพ.มีโอกาสพบมีอะไรบ้าง	ประสานความร่วมมือกับทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนป้องกันร่วมกัน
โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในขอบเขตการเฝ้าระวังของ รพ.มีอะไรบ้าง	จัดทำแผนการเฝ้าระวังสำหรับโรคและภัยสุขภาพดังกล่าว รวมทั้งเตรียมพร้อมในการตรวจพบโรคและภัยสุขภาพที่มีได้คาดการณ์ไว้ก่อน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
คณะกรรมการที่มีหน้าที่ในการกำกับดูแล กำหนดนโยบาย ประสานงาน และติดตามประเมินผลในเรื่องนี้คือใคร	เสริมสร้างการทำหน้าที่ของคณะกรรมการให้สมบูรณ์
ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เฝ้าระวังและสอบสวนโรคมีใครบ้าง	ทบทวนความเพียงพอ การได้รับการฝึกอบรมความรู้และทักษะ
มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเฝ้าระวังอย่างไร	ทบทวนโอกาสใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการติดตามความรู้ใหม่ๆ การทำฐานข้อมูลความรู้เพื่อการสืบค้น การสื่อสารข้อมูล การเฝ้าระวัง การรายงานผล การประมวลผล
ประเด็นที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้มีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างดีมีอะไรบ้าง	สร้างความมั่นใจว่ามีการใช้ความรู้ความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติงาน
ประเด็นที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมีอะไรบ้าง	วางแผนสร้างความรู้ความเข้าใจด้วยรูปแบบที่หลากหลาย

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตามแผนการเฝ้าระวังที่กำหนดไว้ มีการเฝ้าระวังในส่วนใดที่ยังทำได้น้อยหรือไม่เป็นไปตามแผน	ร่วมกันจัดทำแผนถ้ายังไม่มีแผน ร่วมกันพิจารณาปรับปรุงเพื่อให้มีการดำเนินการตามแผน
ในรอบปีที่ผ่านมา แพทย์มีบทบาทอะไรบ้างในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในชุมชน	ทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับ และบทบาทที่ควรมีเพิ่มขึ้น
ในรอบปีที่ผ่านมา พยาบาลมีบทบาทอะไรบ้างในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในชุมชน	ทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับ และบทบาทที่ควรมีเพิ่มขึ้น
ในรอบปีที่ผ่านมา ห้องปฏิบัติการมีบทบาทอะไรบ้างในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในชุมชน	ทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับ และบทบาทที่ควรมีเพิ่มขึ้น
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการพบโรคและภัยสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นผลจากการเฝ้าระวัง	ทบทวนบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนความรวดเร็วของการวินิจฉัยการระบาดและการตอบสนอง
จากการพบโรคและภัยสุขภาพใน รพ.อื่น หรือรายงานการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข มีโรคและภัยสุขภาพอะไรที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนที่ รพ.รับผิดชอบ	ทบทวนความพร้อมของ รพ.ว่าหากเกิดโรคหรือภัยสุขภาพดังกล่าวในชุมชน รพ.จะสามารถวินิจฉัยได้ และรับสถานการณ์ได้หรือไม่
ใครเป็นผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษา, การรับรายงาน, และการตัดสินใจ take action	ทบทวนความชัดเจนในการมอบหมายหน้าที่
ผลการตามรอยเพื่อดูการเก็บบันทึกและจัดเก็บข้อมูลเป็นอย่างไร ในประเด็นความชัดเจน ความ เป็นปัจจุบัน ความครบถ้วน ความทันเวลา	นำประเด็นที่พบมาทบทวนจุดแข็งจุดอ่อน และตอบสนองตามความเหมาะสม

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังโรคใดบ้างที่มีวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ความรู้ทางระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคนั้น	เลือกโรคที่มีการรายงานบ่อยมาวิเคราะห์ (ถ้ายังไม่ได้ทำ) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมานำเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรคอะไรบ้าง	ทบทวนว่ามีการใช้ประโยชน์จากระบบการเฝ้าระวังอย่างไร มีความรวดเร็วในการวินิจฉัยการระบาดเพียงใด
ในปัจจุบัน มีโรคหรือภัยสุขภาพอะไรบ้างที่ต้องติดตามเฝ้าดูสถานการณ์	ทำให้มั่นใจว่าผู้เกี่ยวข้องมีความตระหนักในการเฝ้าระวังภาวะดังกล่าว
มีการนำข้อมูลการเฝ้าระวังไปใช้วางแผนป้องกันอย่างไร	จัดลำดับความสำคัญเพื่อการวางแผนป้องกันวางแผน และดำเนินการตามแผน

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
SRRT ในพื้นที่ประกอบด้วยใครบ้าง	ทบทวนว่าอยู่ในความรับผิดชอบของใคร มีระบบประสานงานระหว่าง SRRT กับ รพ.อย่างไร
เคยมีเหตุการณ์ระบาดของโรคที่จำเป็นต้องมีการใช้ SRRT อะไรบ้าง	ทบทวนประสิทธิภาพในการทำหน้าที่สอบสวนโรคของ SRRT
เหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้นในพื้นที่มีอะไรบ้าง ที่ระบบบริการปกติอาจไม่เพียงพอที่จะตอบสนอง	ทบทวนแผนรองรับและความพร้อมในการตอบสนอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กำลังคน ทรัพยากรที่จำเป็น ระบบการสื่อสาร และระบบงานที่ต้องปรับเปลี่ยนในสถานการณ์ดังกล่าว
การระบาดของโรคที่เคยเกิดขึ้น หรือที่มีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคต มีโรคอะไรบ้าง	ทบทวนมาตรการป้องกันควบคุมเพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถควบคุมการระบาดอย่างได้ผล
ใครเป็นผู้รับผิดชอบรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข มีช่องทางในการรายงานอย่างไร	ทำให้มั่นใจว่าช่องทางและบุคคลที่รับรายงานมีความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อแจ้งข่าวแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง
ผู้ป่วยรายสุดท้ายที่ได้รับการสอบสวนโรคคือใคร	ทบทวนผลการสอบสวนโรคในผู้ป่วยรายดังกล่าวว่าเป็นไปตามข้อบ่งชี้และแนวทางที่กำหนดไว้หรือไม่ ข้อมูลที่ได้นั้นนำมาใช้ประโยชน์อย่างไรในการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อและป้องกันการระบาด มีความรวดเร็วในการสอบสวนโรคเพียงใด

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การระบาดของโรคในชุมชนที่ รพ.ตรวจพบครั้งล่าสุดคืออะไร	ทบทวนว่ามีการสืบค้นและใช้มาตรการควบคุมอย่างไร มาตรการดังกล่าวเป็นไปอย่างเหมาะสมทันกาล และรอบด้านเพียงพอ มีการแจ้งเตือนไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างไร แล้วดำเนินการปรับปรุงตามข้อมูลที่ได้รับ

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การทำงานเรื่องนี้ทำให้มีข้อมูลที่สมควรเผยแพร่อะไรบ้าง	ทบทวนว่าได้มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดทำรายงานและเผยแพร่อย่างไร, ถ้าทำแล้ว รายงานนั้นมีคุณค่าและมีประโยชน์ในการวางแผนป้องกันอย่างไร, ถ้ายังไม่ได้ทำ สมควรจะทำหรือไม่

II-9 การทำงานกับชุมชน

II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของชุมชนที่รับผิดชอบ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ, ประเมินความต้องการ และศักยภาพของชุมชน, และกำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบพื้นที่ดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมผสมผสานตั้งแต่ระดับปฐมภูมิคืออะไร	รับรู้ความต้องการและศักยภาพของชุมชน ทบทวนบทบาทขององค์กรสำหรับชุมชนดังกล่าว และโอกาสที่จะทำให้มากขึ้น
ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบพื้นที่ดูแลสุขภาพในระบบส่งต่อ และเป็นพี่เลี้ยงแก่สถานพยาบาลอื่นคืออะไร	รับรู้ความต้องการและศักยภาพของชุมชน ทบทวนบทบาทขององค์กรสำหรับชุมชนดังกล่าว และโอกาสที่จะทำให้มากขึ้น
สถานพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในพื้นที่การดูแลขององค์กรมีอะไรบ้าง	ทบทวนบทบาทขององค์กรในการสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของสถานพยาบาลดังกล่าว
ชุมชนที่เป็น self-help group ที่องค์กรให้การสนับสนุนมีอะไรบ้าง	รับรู้ความต้องการและศักยภาพของชุมชน ทบทวนบทบาทขององค์กรสำหรับชุมชนดังกล่าว และโอกาสที่จะทำให้มากขึ้น

- (2) ทีมผู้ให้บริการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณาว่าผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วยในชุมชนที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมในชุมชนมีอะไรบ้าง	วางแผนและออกแบบบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณากลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีอะไรบ้าง	วางแผนและออกแบบกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มบุคคลทั่วไปในวัยต่างๆ	วางแผนและออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยต่างๆ

(3) ทีมผู้ให้บริการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทบทวนว่ากิจกรรมใดที่ดำเนินการได้ตามแผน	สร้างการเรียนรู้ร่วมกันว่ามีปัจจัยส่งเสริมอะไร และนำไปใช้ประโยชน์สำหรับกิจกรรมอื่นๆ
ทบทวนว่ากิจกรรมใดที่ประสบปัญหาในระหว่างดำเนินการ	วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และร่วมกันหาทางออกที่สร้างสรรค์
ทบทวนว่ากิจกรรมใดที่มีได้นำแผนไปสู่การปฏิบัติ	วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค และร่วมกันหาทางออกที่สร้างสรรค์

(4) ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลและปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด กิจกรรมใดที่บรรลุเป้าหมายหรือทำได้ดีกว่าเป้าหมาย	สร้างการเรียนรู้ร่วมกันว่ามีปัจจัยส่งเสริมอะไร และนำไปใช้ประโยชน์สำหรับกิจกรรมอื่นๆ
เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด กิจกรรมใดที่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย	วิเคราะห์สาเหตุของการไม่บรรลุเป้าหมายและวางแผนปรับปรุงร่วมกับชุมชนสำหรับการดำเนินงานขั้นต่อไป

II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร ที่เข้มแข็งกับชุมชน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างชุมชนที่มีศักยภาพพร้อมเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็ง แก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนด้วยตนเอง ได้แก่ชุมชนใดบ้าง	ทบทวนบทบาทของ รพ.ในการส่งเสริมการเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็ง และการเป็นผู้นำในการสร้างเครือข่ายของชุมชน
ตัวอย่างชุมชนที่มีโอกาสพัฒนาให้มีความเข้มแข็งในอนาคต ได้แก่ชุมชนใดบ้าง	วางแผนการทำงานเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เช่น การคืนข้อมูล การพัฒนาศักยภาพ ฯลฯ และร่วมมือกับชุมชนอื่นเป็นเครือข่าย
ตัวอย่างชุมชนที่พร้อมให้ความร่วมมือ แต่ยังขาดศักยภาพในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ได้แก่ชุมชนใดบ้าง	วางแผนการทำงานเพื่อเรียนรู้การแก้ปัญหาาร่วมกัน และส่งเสริมการร่วมมือกับชุมชนอื่นเป็นเครือข่าย
กิจกรรมที่ใช้ในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้ผลดีคืออะไร	ทบทวนแนวคิดของกิจกรรม และต่อยอดหรือขยายผลอย่างสร้างสรรค์
ภาพรวมของการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างไร	วางแผนขยายผลด้วยจังหวัดทั่วทั้งที่เหมาะสม กำหนดเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของ รพ. ที่มุ่งงานปรับบทบาทจากการดำเนินการให้ ไปสู่การทำงานร่วมกันในลักษณะคู่พันธมิตร

- (2) องค์กรมีส่วนร่วมในการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหาสุขภาพที่สามารถคลี่คลายได้ด้วยมาตรการเชิงสังคมโดยชุมชนมีอะไรบ้าง	สร้างความร่วมมือและนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และส่งเสริมให้ชุมชนกำหนดมาตรการเชิงสังคม
ปัญหาสุขภาพที่สามารถป้องกันหรือลดขนาดปัญหาได้โดยการกำหนดหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐมีอะไรบ้าง	สร้างความร่วมมือและนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกัน เพื่อสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามหน้าที่ของตน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่ตราเป็นกฎหมาย บังคับแล้วมีอะไรบ้าง	สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ กระตุ้นหรือตรวจสอบหรือเน้นย้ำให้มีการปฏิบัติ ตามกฎหมาย
นอกเหนือจากที่ตราเป็นกฎหมายแล้ว นโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพที่มีประกาศไว้ชัดเจนแล้วใน ระดับชาติมีอะไรบ้าง	วิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว สร้างความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อหาทางออกที่ เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวให้มากขึ้น

(3) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณากลุ่มต่าง ๆ ที่มี ศักยภาพในการแก้ปัญหาของชุมชนมีอะไรบ้าง	ส่งเสริมให้กลุ่มวิเคราะห์ปัญหาที่สนใจ ทดลอง แก้ปัญหา ร่วมกันทบทวนว่ากลุ่มต้องการพัฒนา ความสามารถด้านใด และส่งเสริมให้ได้รับการ พัฒนาเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้

(4) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล (รวมถึงความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม) ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณาว่าใครที่เป็นบุคคล ตัวอย่างในชุมชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมาอย่าง สม่าเสมอ	เรียนรู้และหาทางส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนมี พฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณาว่าใครเป็นบุคคล ตัวอย่างในชุมชนที่สามารถลด ละ เลิกพฤติกรรม เสี่ยงดังกล่าวให้แพร่หลายขึ้น	เรียนรู้และหาทางส่งเสริมให้มีการลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวให้แพร่หลายขึ้น
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณาว่าใครเป็นบุคคล ตัวอย่างในชุมชนที่พัฒนาทักษะที่จำเป็นจน สามารถดูแลตนเองหรือคนในครอบครัวได้	เรียนรู้เส้นทางการพัฒนาทักษะดังกล่าว ร่วมกับ ชุมชนค้นหาผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์จากการ พัฒนาทักษะของผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเอง และส่งเสริม การพัฒนาทักษะที่จำเป็น
ร่วมกับผู้นำชุมชน พิจารณาว่าใครเป็นบุคคล ตัวอย่างในชุมชนที่มีสุขภาพจิตดี ใครเป็นบุคคลใน ชุมชนที่เคยมีประสบการณ์จัดการกับความเครียด ในชีวิตประจำวันได้ดี	ถอดบทเรียนเพื่อนำไปส่งเสริมการพัฒนาทักษะ การจัดการความเครียดให้แก่สมาชิกอื่นๆ ในชุมชน

(5) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบมีโอกาสพบปัญหาการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมอะไรบ้าง เช่น สารเคมี การเกษตร ฝุ่น คิววัน โลหะหนัก	ร่วมมือกับชุมชนในการจัดระบบเฝ้าระวัง สร้างความตระหนัก วางมาตรการป้องกัน และลดปัญหาการปนเปื้อน
ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบมีโอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติอย่างไรบ้าง เช่น ป่าชุมชน ศาลปู่ตา แหล่งน้ำ การกำจัดมูลสัตว์ การทำถังหมักชีวภาพ ฯลฯ	ร่วมมือกับชุมชนในการหาวิธีการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบมีโอกาสสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพบปะ การพักผ่อน การออกกำลังกาย ไร่ป่า เช่น ลานชุมชน สนามกีฬา มุมหนังสือพิมพ์ ฯลฯ	สนับสนุนชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมดังกล่าว

(6) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ร่วมมือกับผู้นำชุมชน พิจารณาคะแนนผู้ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม	ส่งเสริมให้ชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในองค์กรต่างๆ จัดให้ความช่วยเหลือทางสังคมตามความเหมาะสม
ร่วมมือกับผู้นำชุมชน พิจารณาโอกาสสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี	ส่งเสริมให้ชุมชนและผู้มีศักยภาพในองค์กรต่างๆ ร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางสังคม

คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Part I) in Action

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หรือที่เรียกว่า มาตรฐาน HA/HPH 2006 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2549 มีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือSPAขึ้น เป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน และให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน

SPA in Action Part I นี้เป็นการนำคู่มือ SPA สำหรับมาตรฐานตอนที่ I การบริหารองค์กรในภาพรวม มาจัดทำเป็นคำถามเริ่มต้นเพื่อให้โรงพยาบาลเข้าใจบริบทของตนเอง และนำไปสู่การดำเนินการปรับปรุงที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้นำไปปฏิบัติควรนึกถึงวงล้อของระบบงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อันได้แก่ PDCA หรือ DALI (Design-Action-Learning-Improvement) อันได้แก่การออกแบบระบบ การปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบไว้ การกำกับติดตาม/ทบทวน/เรียนรู้ และการปรับปรุง การถามหาระบบการกำกับติดตามในเรื่องต่างๆ นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้วงล้อนี้หมุนไปอย่างต่อเนื่อง

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กรกฎาคม 2556

สารบัญ

คำนำ	ii
สารบัญ	iii
I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1).....	1
I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)	5
I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1).....	8
I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)	12
I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน(PCF.1)	15
I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2).....	17
I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3).....	20
I-4.1 การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1).....	24
I-4.2 การจัดการสารสนเทศเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการความรู้ (MAK.2).....	28
I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)	32
I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)	36
I-6.1 การออกแบบระบบงาน.....	41
I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน	44

I-1 การนำองค์กร

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กรสื่อสารและส่งเสริมผลการดำเนินงานที่ดีให้ความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ.

ก. วิสัยทัศน์และค่านิยม

- (1) ผู้นำระดับสูงกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม. ผู้นำระดับสูงถ่ายทอดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม ผ่านระบบการนำไปยังบุคลากรทุกคนและคู่พันธมิตรสำคัญ เพื่อนำไปปฏิบัติ. การปฏิบัติตนของผู้นำระดับสูงสะท้อนถึงความมุ่งมั่นต่อค่านิยมขององค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
วิสัยทัศน์ของ รพ.คืออะไร	Top-down: ทบทวนในภาพใหญ่ว่าเส้นทางหลักๆ ที่จะไปสู่วิสัยทัศน์นั้นคืออะไร Bottom-up: ชักชวนให้แต่ละหน่วยงานพิจารณาว่าวิสัยทัศน์ดังกล่าวมีความหมายอย่างไรกับหน่วยงานของตน และหน่วยงานสามารถทำอะไรได้บ้างเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนสู่วิสัยทัศน์
ค่านิยมขององค์กรที่เห็นการปฏิบัติอย่างชัดเจนหรือปฏิบัติได้ดี มีอะไรบ้าง	ทบทวนและยกตัวอย่างเพื่อสื่อสารให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในวงกว้าง
ค่านิยมขององค์กรที่ปฏิบัติได้ยากหรือยังไม่เห็นการปฏิบัติอย่างชัดเจน มีอะไรบ้าง	ผู้นำหาวิธีการแสดงตัวอย่างการปฏิบัติในค่านิยมเหล่านี้
ค่านิยมของ HA/HPH ข้อใดที่ไม่ปรากฏในค่านิยมขององค์กร	หาทางเชื่อมค่านิยมเหล่านี้กับค่านิยมขององค์กร และหาทางส่งเสริมให้มีการนำไปปฏิบัติ

- (2) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมขององค์กรที่ส่งเสริม กำหนด และส่งผลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรมที่ดี.(นำไปประเมินรวมในหัวข้อ 1.2)

- (3) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรับปรุงผลงาน, การบรรลุพันธกิจและวัตถุประสงค์ขององค์กร, การสร้างนวัตกรรม, ความคล่องตัวขององค์กร, การเรียนรู้ในระดับองค์กรและบุคลากร, สัมพันธภาพในการทำงานที่ดี, ความร่วมมือและการประสานบริการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาที่ดีอยู่แล้วมีอะไร ที่ต้องการเพิ่มเติมมีอะไร	ทำสิ่งที่ดีอยู่แล้วให้เข้มข้นขึ้น เติบโตสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติม
เป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ที่มีโอกาสประสบความสำเร็จสูงคืออะไร ที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากคืออะไร	จะสร้างสิ่งแวดล้อมอย่างไรเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุ่มเทเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ท้าทายและต้องใช้ความพยายาม
ปัญหาเก่าๆ ที่ยังคงค้างคาและต้องการวิธีการใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง	จะส่งเสริมให้มองหาวิธีคิดและหนทางใหม่ๆ ในการแก้ปัญหาดังกล่าวอย่างไร
เงื่อนไข กฎระเบียบและประเพณีปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความไม่คล่องตัวในการปฏิบัติงานมีอะไรบ้าง ส่งผลอย่างไร	ผู้นำพิจารณาว่าจะลดเงื่อนไข หรือปรับเปลี่ยนกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคอย่างไร
ตัวอย่างการเรียนรู้จากงานประจำมีอะไรบ้าง	ส่งเสริมให้เกิดการตั้งคำถามเพื่อเรียนรู้จากงานประจำและค้นหาความรู้ที่จำเป็นให้มากขึ้น
บทเรียนขององค์กรที่จะมีประโยชน์ในการทำงานใหญ่ๆ หรืองานเชิงกลยุทธ์ให้สำเร็จมีอะไรบ้าง	นำบทเรียนดังกล่าวมาใช้ในการตัดสินใจและสร้างการเรียนรู้ในระดับองค์กรเพื่อขับเคลื่อนงานเชิงกลยุทธ์
ตัวอย่างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานมีอะไรบ้าง	จะส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีให้ดียิ่งขึ้น และนำไปปรับในส่วนที่ยังมีปัญหอย่างไร
บริการหรือแผนงานโครงการที่ต้องการความร่วมมือและการประสานงานสูงมีอะไร	ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและการประสานงานที่เหมาะสมกับลักษณะงาน

- (4) ผู้นำระดับสูงสร้างและส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยมีอะไรบ้าง	ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ปรับปรุงเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ดีขึ้น
ช่องทางการรับรู้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ใช้เป็นหลักคืออะไร มีช่องทางอะไรอีกที่ยังไม่ได้ใช้เต็มที่	หาทางใช้ช่องทางที่ยังไม่ได้ใช้เต็มที่ให้มากขึ้น
ผู้นำใช้ช่องทางใดในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้นำมุ่งมั่นปรับปรุงที่ระบบมากกว่าการกล่าวโทษตัวบุคคล	ทบทวนว่าช่องทางนั้นได้ผลเพียงใด พิจารณาว่าสมควรทดลองวิธีการอื่นๆ หรือไม่ แล้วทดลองทำ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือตัวอย่างการทำ RCA ที่ดีที่สุด 2-3 เรื่อง	ร่วมกันทบทวนว่าการวิเคราะห์นั้นได้ถึง root cause หรือไม่ จะมีแนวทางปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างไร
วิธีการที่สมาชิกสื่อสารกันภายในทีมเกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงคืออะไร	ร่วมกันทบทวนว่าเป็นการสื่อสารที่เพียงพอหรือไม่ ควรเพิ่มโอกาสและวิธีการในการสื่อสารให้บ่อยขึ้นอย่างไร โดยไม่เป็นภาระของผู้ปฏิบัติ
ผลการสำรวจ patient safety culture survey เป็นอย่างไร	นำประเด็นที่ได้รับมาพิจารณาว่าจะปรับปรุงอย่างไร
ขอให้นึกถึงอุบัติการณ์รุนแรงที่สุดที่เคยเกิดขึ้น ผู้คนตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างไร	ทบทวนว่าการตอบสนองดังกล่าวนั้นส่งผลดีหรือผลเสียต่อการแก้ไขและป้องกันปัญหา ความเชื่อและความกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูล รวมถึงผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในระยะยาว แล้วกำหนดแนวทางตอบสนองที่เหมาะสมยิ่งขึ้น
มีการปรับปรุงระบบงานอะไรที่เป็นผลมาจากการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	เรียนรู้ว่าการปรับปรุงดังกล่าวเกิดขึ้นได้อย่างไร หาทางส่งเสริมให้เกิดมากขึ้น
อะไรเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดจากการเยี่ยมหน้างานของผู้นำ	ส่งเสริมให้ผู้นำไปเยี่ยมหน้างานเพื่อพูดคุยเรื่องความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และตอบสนองต่อสถานการณ์หรือความต้องการการช่วยเหลืออย่างฉับพลัน

ข. การสื่อสารและจุดเน้นขององค์กร

- (1) ผู้นำระดับสูงสื่อสารกับบุคลากร, ให้อำนาจการตัดสินใจ, และจูงใจบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารสองทางที่ตรงไปตรงมาทั่วทั้งองค์กร. ผู้นำระดับสูงมีบทบาทเชิงรุกในการให้รางวัลและการยกย่องชมเชยเพื่อหนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน, การมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ, และการมุ่งเน้นผลงานที่ดี.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ขอตัวอย่างเรื่องที่จะต้องสื่อสารกับบุคลากรให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้	ทบทวนว่าผู้นำสื่อสารกับบุคลากรอย่างไร ได้ผลหรือไม่ ควรปรับปรุงวิธีการสื่อสารอย่างไร
อะไรคือช่องทางการสื่อสารสองทางที่ได้ผล	หาทางขยายผลการสื่อสารในลักษณะดังกล่าว
ควรเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องอะไรเพิ่มเติมจากที่เป็นอยู่	สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร แนวทาง ทรัพยากร และความมั่นใจ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อการตัดสินใจที่รวดเร็วและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ
ปัจจัยและสิ่งแวดล้อมอะไรที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องการพัฒนากระบวนการทำงานของตน	ส่งเสริมปัจจัยและสิ่งแวดล้อมดังกล่าว
การให้รางวัลและแรงจูงใจที่ให้ผลดีสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่มคืออะไร	เชื่อมโยงการให้รางวัลดังกล่าวกับการมุ่งเน้นผู้ป่วย การทำงานที่มีผลงานดี มีคุณภาพและปลอดภัย

- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อปรับปรุงผลงาน การบรรลุวัตถุประสงค์และวิสัยทัศน์ขององค์กรรวมทั้งระดับความคาดหวังในจุดเน้นดังกล่าว. ผู้นำระดับสูงทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อระบุการดำเนินการที่จำเป็น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือจุดเน้นที่ต้องการให้มีการปฏิบัติอย่างจริงจัง จุดเน้นดังกล่าวได้มาจากการพิจารณาข้อมูลอะไรบ้าง มีการกำหนดระดับที่คาดหวังชัดเจนหรือไม่ มีความตื่นตัวในการนำไปปฏิบัติอย่างไร ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายที่คาดหวังหรือไม่	หาทางทำให้เกิดความตื่นตัวในการปฏิบัติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวัง

I-1.2 การกำกับดูแลกิจการและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรแสดงถึงระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดีที่ความรับผิดชอบต่อสาธารณะสร้างความมั่นใจว่ามีการดำเนินงานอย่างมีจริยธรรมและมีส่วนสนับสนุนต่อสุขภาพของชุมชน.

ก. การกำกับดูแลกิจการ

- (1) องค์กรทบทวนและแสดงให้เห็นระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี ในด้านความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ของผู้บริหาร, ความรับผิดชอบด้านการเงิน, ความโปร่งใสในการดำเนินงาน, การตรวจสอบที่เป็นอิสระทั้งภายในและภายนอก, และการพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กลไกกำกับดูแลการทำงานของผู้บริหารสูงสุดคืออะไร	ทบทวนให้เกิดความชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าการกำกับดูแลนั้นผ่านไปตามสายการบังคับบัญชาหลายชั้น ทำให้เกิดความชัดเจนในเรื่อง การทำสัญญาข้อตกลง การรายงานต่อผู้กำกับดูแล และการสนองตอบต่อรายงาน
อะไรคือความเสี่ยงต่อข้อครหาในเรื่องความโปร่งใสในการดำเนินงานขององค์กรและการตัดสินใจของผู้บริหาร	วางมาตรการเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความโปร่งใสสำหรับเรื่องเหล่านั้น
ข้อเสนอแนะสำคัญจากผลการตรวจสอบภายในในรอบปีที่ผ่านมาคืออะไรบ้าง	ทำให้มั่นใจว่ามีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะอย่างเหมาะสม
ข้อเสนอแนะสำคัญจากผลการตรวจสอบภายนอกมีอะไรบ้าง	ทำให้มั่นใจว่ามีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะอย่างเหมาะสม
อะไรคือผลประโยชน์ที่องค์กรต้องพิทักษ์ให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ	วางมาตรการพิทักษ์ผลประโยชน์อย่างเหมาะสม
เสียงสะท้อนและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อผู้บริหารมีอะไรบ้าง	ตอบสนองต่อเสียงสะท้อนดังกล่าวอย่างเหมาะสม

- (2) องค์กรประเมินผลงานของผู้นำทุกระดับ. ผู้นำระดับสูงใช้ผลการทบทวนเหล่านี้ไปปรับปรุงประสิทธิผลของผู้นำแต่ละคน และประสิทธิผลของระบบการนำ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
Managerial competency ของผู้นำที่องค์กรให้ความสำคัญมีอะไรบ้าง	นำไปใช้ในการประเมินและปรับปรุง

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้นำให้ความหมายของประสิทธิผลของระบบการนำว่าอย่างไร อะไรคือประเด็นสำคัญที่ผู้นำมุ่งเน้น	ทบทวนในกลุ่มผู้นำและรับเสียงสะท้อนจากบุคลากรต่อประเด็นต่างๆ ที่ผู้นำให้ความสำคัญ เพื่อนำมาสู่การปรับปรุง

ข. พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามกฎหมายและมีจริยธรรม

- (1) องค์กรระบุและคาดการณ์ถึงความเสี่ยง / ผลกระทบด้านลบต่อสังคม และความกังวลของสาธารณะ เนื่องมาจากบริการ/การดำเนินงานขององค์กร. องค์กรมีการเตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว รวมถึงการใช้กระบวนการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าและรักษาสิ่งแวดล้อม. มีการกำหนดกระบวนการ ตัวชี้วัด และเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อบังคับและกฎหมาย รวมทั้งลดความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบเหล่านั้น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือความเสี่ยงหรือผลกระทบด้านลบสำคัญที่มีต่อสังคม จากการให้บริการของ รพ.	เตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว โดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน
อะไรคือความกังวลของประชาชนหรือสาธารณชนต่อการให้บริการของ รพ.	เตรียมการเชิงรุกในประเด็นดังกล่าว โดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน
ค่าใช้จ่ายด้านพลังงานของ รพ.ในแต่ละปีเป็นอย่างไร เพิ่มขึ้นในอัตราเท่าใด	วางมาตรการในการประหยัดพลังงานที่ได้ผล
การใช้ทรัพยากรใดที่มีโอกาสจะลดลงได้โดยไม่มีผลเสียต่อการบริการผู้ป่วย	ร่วมรณรงค์เพื่อลดการใช้ทรัพยากรดังกล่าว
รพ.ปล่อยของเสียหรือสร้างการรบกวนต่อสิ่งแวดล้อมอะไรบ้าง	ตรวจสอบผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด และปรับปรุง
มีข้อบังคับหรือกฎหมายอะไรที่ รพ.ยังไม่สามารถปฏิบัติตามได้ หรือยังไม่ได้ทบทวนว่ามีการปฏิบัติตามเพียงใด	ทบทวนและปรับปรุง

- (2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.มีความเสี่ยงด้านจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารอย่างไรในประเด็นต่อไปนี้ การคิดค่าบริการ การส่งตรวจโดยได้รับคำตอบแทนพิเศษ	กำหนดนโยบายที่ชัดเจน จัดให้มีแนวทางป้องกัน ป้องปราม ติดตามกำกับ และดำเนินการอย่างเหมาะสมเมื่อมีการฝ่าฝืนหลักจริยธรรม

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การสั่งยาหรือสั่งการรักษาที่เกินความจำเป็น การ ประชาสัมพันธ์ การตัดสินใจรับไว้/ส่งต่อ	
รพ.จัดบริการที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม อะไรบ้างเช่นการรักษาผู้มีบุตรยากการปลูกถ่าย อวัยวะการผ่าตัดแปลงเพศ	วางแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและรัดกุมเพื่อป้องกัน ปัญหาดังกล่าว
กรณีที่ยากต่อการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ เนื่องจากความไม่ลงตัวของมุมมองต่างๆมี อะไรบ้าง (เช่นการตัดสินใจการยุติการรักษาการ เลือกช่วยชีวิตคนหนึ่งแต่ต้องสละโอกาสช่วยชีวิต อีกคนหนึ่ง)	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ในด้านนั้นๆ
จริยธรรมวิชาชีพต่อไปนี้เป็นเรื่องใดที่ยังเป็นโอกาส พัฒนา: การรักษาความลับ, การเปิดเผยข้อเท็จจริง , การหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อน, การยึดมั่นใน ความรับผิดชอบของวิชาชีพ	ส่งเสริมให้วิชาชีพจัดเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อ ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ดี

I – 2 การบริหารเชิงกลยุทธ์

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STM.1)

องค์กรกำหนดกลยุทธ์และวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองกับความท้าทายขององค์กรและสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

- (1) ผู้นำระดับสูง ด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนกลยุทธ์ตามขั้นตอน และใช้กรอบเวลาที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์และกำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์และข้อได้เปรียบขององค์กร. มีกระบวนการที่ช่วยให้องค์กรทราบถึงจุดอ่อนหรือจุดด้อยสำคัญที่อาจถูกมองข้าม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการกำหนดจังหวะเวลาและขั้นตอนของการทบทวนแผนกลยุทธ์ในแต่ละปีอย่างชัดเจนหรือไม่	เตรียมข้อมูล เตรียมคน ให้พร้อมที่จะทบทวนแผนกลยุทธ์ตามกำหนดเวลา
อะไรคือความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร	ทบทวนว่าความท้าทายนั้นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคตเพียงใด มีประเด็นอื่นสำคัญกว่าหรือไม่
อะไรคือข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร	ทบทวนว่าข้อได้เปรียบนั้นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญจริงหรือไม่ มีประเด็นอื่นสำคัญกว่าหรือไม่
วันนี้เรารู้อะไร ที่เราไม่เคยรู้มาก่อนเมื่อ 5 ปีที่แล้ว	นำสิ่งที่รู้ไปใช้ประโยชน์ในการทำ/ปรับแผนกลยุทธ์ หาวิธีทำให้รู้ในสิ่งเหล่านี้ได้เร็วขึ้น
คนอื่นมีการเตรียมตัวอย่างไร ในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัวไว้มาก่อน	รีบปรับตัวในสิ่งที่เราไม่ได้เตรียมตัว หาวิธีรู้ให้เร็วขึ้นว่าคนอื่นเตรียมตัวล่วงหน้าอย่างไร
มีความผิดพลาดหรือการเสียโอกาสอะไรที่ดูเหมือนจะเกิดขึ้นได้อีก	วางแผนทางป้องกันความผิดพลาดหรือการเสียโอกาส
วัฒนธรรมของเรามีข้อจำกัดอะไร	หาทางปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมที่เป็นข้อจำกัด
ประเด็นอะไรที่เป็นเรื่องที่น่ามาพูดคุยกันไม่ได้ในองค์กรแห่งนี้	หาเวทีที่จะทำให้พูดคุยเรื่องเหล่านี้ได้อย่างปลอดภัย
แผนกลยุทธ์ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อหลายปีก่อนมีความเหมาะสมเพียงใด	ทำให้แผนกลยุทธ์มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมตลอดเวลา

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างที่เราไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้สำหรับอนาคต	ปรับแผนให้ตอบสนองการเปลี่ยนแปลง คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีอะไรเปลี่ยนแปลงอีก
อะไรคือศักยภาพหรือจุดอ่อนที่เราเคยมองข้ามไป	นำจุดที่เรามองไม่เห็นมาทบทวนแผนกลยุทธ์ ทบทวนวิธีการที่ช่วยให้เรามองเห็น blind spot เพื่อการทำแผนที่ดีขึ้น

- (2) ในกระบวนการวางแผนกลยุทธ์ มีการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ / ชุมชนที่รับผิดชอบ, จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคามขององค์กร รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ และความสามารถในการนำแผนกลยุทธ์ไปปฏิบัติ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่เป็นความท้าทายสำคัญ	ทบทวนว่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด และกลยุทธ์ที่วางไว้จะนำไปสู่การเอาชนะความท้าทายนั้นได้เพียงใด
อะไรคือจุดแข็งสำคัญขององค์กร 3 ประการ	ทบทวนว่ากลยุทธ์ขององค์กรได้ใช้จุดแข็งนั้นอย่างไร
อะไรคือจุดอ่อนสำคัญขององค์กร 3 ประการ	ทบทวนว่ากลยุทธ์ขององค์กรมีแนวทางปิดจุดอ่อนนั้นอย่างไร
อะไรคือสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นโอกาสสำคัญขององค์กร 3 ประการ	ทบทวนว่ากลยุทธ์ขององค์กรได้ใช้โอกาสนั้นอย่างไร
อะไรคือสิ่งแวดล้อมภายนอกที่คุกคามองค์กร	ทบทวนว่ากลยุทธ์ขององค์กรตอบสนองต่อสิ่งคุกคามนั้นอย่างไร
มุมมอง/ความคาดหวังของผู้รับบริการ/ชุมชนเป็นอย่างไร	ทบทวนว่ากลยุทธ์ขององค์กรตอบสนองต่อความคาดหวังดังกล่าวอย่างไร
สภาพแวดล้อมด้านความร่วมมือ การแข่งขัน และความสามารถขององค์กรที่ให้บริการในพื้นที่เดียวกันหรือมีลักษณะคล้ายกันเป็นอย่างไร	ทบทวนว่าองค์กรใช้กลยุทธ์อะไรเพื่อตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมดังกล่าว
นวัตกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีที่อาจมีผลต่อการจัดบริการมีอะไรบ้าง	ทบทวนว่ากลยุทธ์ขององค์กรใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมและเทคโนโลยีดังกล่าวอย่างไร
ความต้องการขององค์กรในด้านบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ เป็นอย่างไร	ทบทวนว่าองค์กรใช้กลยุทธ์อะไรเพื่อให้ได้บุคลากรและทรัพยากรดังกล่าว
โอกาสปรับเปลี่ยนการใช้ทรัพยากรไปสู่บริการหรือกิจกรรมที่มีความสำคัญสูงกว่า	ทบทวนว่าองค์กรให้ความสำคัญหรือปรับเปลี่ยนวิธีการใช้ทรัพยากรอย่างไร
อะไรคือความเสี่ยงด้านการเงิน สังคม จริยธรรม	ทบทวนว่าองค์กรมีกลยุทธ์เพื่อรองรับความเสี่ยง

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ระเบียบข้อบังคับ เทคโนโลยี	ต่างๆ ดังกล่าวอย่างไร
ความสามารถในการป้องกันและตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน	ทบทวนว่าองค์กรมีกลยุทธ์เพื่อเตรียมความพร้อมอย่างไร
สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปของระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจ	ทบทวนว่ากลยุทธ์ขององค์กรจะรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้อย่างไร
ปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับองค์กร	ทบทวนว่าองค์กรมีกลยุทธ์อะไรต่อปัจจัยดังกล่าว
อะไรที่จะเป็นอุปสรรคต่อการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ เช่น ทรัพยากร ความรู้ ความคล่องตัว การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน	วางแผนว่าจะพัฒนาความสามารถขององค์กรเพื่อฝ่าฟันอุปสรรคดังกล่าวอย่างไร

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- (1) มีการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ และกรอบเวลาที่จะบรรลุวัตถุประสงค์เหล่านั้น. (นำเสนอวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญ)

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญที่จะบรรลุในช่วง 1-2 ปีข้างหน้า	ทบทวนความเป็นไปได้ที่จะบรรลุตามกำหนดเวลาและความเชื่อมโยงกับพันธกิจขององค์กร
อะไรคือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สำคัญที่จะบรรลุใน 3-5 ปีข้างหน้า	ทบทวนว่าเหมาะสมที่จะใช้เป็นทิศทางระยะยาวขององค์กร เป็นสิ่งที่องค์กรต้องบรรลุเพื่อให้สามารถอยู่รอดได้ในระยะยาวหรือไม่

- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความท้าทายที่สำคัญและใช้ข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร, ตอบสนองต่อสถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มประชากรที่ให้บริการ และมีส่วนต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือความท้าทายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร	ทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าวเพียงใด
อะไรคือข้อได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ขององค์กร	ทบทวนว่ามีการนำข้อได้เปรียบดังกล่าวมาใช้ในการจัดทำกลยุทธ์เพียงใด
อะไรคือปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพที่สำคัญของชุมชน/ผู้รับบริการ	ทบทวนว่าวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการดังกล่าวอย่างไร จะทำให้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
	ผลลัพธ์สุขภาพในปัญหาหรือความต้องการดังกล่าวดีขึ้นอย่างไร
ประเด็นต่อไปนี้มีสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรหรือไม่: การเข้าถึง, การปรับบริการให้เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย, ชีตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร, การสร้างนวัตกรรมอย่างรวดเร็ว, การบริหารความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, การใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยีสารสนเทศ, คุณภาพและความปลอดภัย, การตอบสนองอย่างรวดเร็ว, การให้บริการในลักษณะบูรณาการ, การให้บริการที่มีต้นทุนต่ำ, การสร้างพันธมิตรและแนวร่วมใหม่ๆ	นำประเด็นที่สำคัญมาพิจารณากำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งที่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	ทบทวนว่าวัตถุประสงค์ดังกล่าวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรหรือไม่

I-2.2 การถ่ายทอดกลยุทธ์เพื่อนำไปปฏิบัติ (STM.2)

องค์กรถ่ายทอดวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและการถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ

- (1) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ, สร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เป็นผลจากแผนปฏิบัติการ. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้รับผิดชอบแต่ละกลยุทธ์มีใครบ้าง	ผู้รับผิดชอบกลยุทธ์ตรวจสอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จและความก้าวหน้า
แผนปฏิบัติการที่ทำหายหรือต้องใช้ความพยายามสูงมีอะไรบ้าง	ทีมนำร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและวางแนวทางแก้ไข/สนับสนุน
แผนปฏิบัติการที่ต้องการความเข้าใจและความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานสูงมีอะไรบ้าง	ทีมนำร่วมกันสร้างความเข้าใจและติดตามประเมินการรับรู้ของผู้ปฏิบัติงาน
การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดอย่างยั่งยืนมีอะไรบ้าง	วิเคราะห์อุปสรรคต่อความยั่งยืนและปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืน และดำเนินการอย่างเหมาะสม

- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล. องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านการเงินและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนปฏิบัติการ. องค์กรจัดสรรทรัพยากรอย่างสมดุลเพื่อให้มั่นใจว่าจะมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับสิ่งที่จำเป็นต้องปฏิบัติ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีความเสี่ยงด้านการเงินอะไรบ้าง	ดำเนินการสรรหาและวางแนวทางป้องกันความเสี่ยง
แผนงานที่อาจประสบปัญหาด้านการเงินมีอะไรบ้าง	สร้างความมั่นใจว่ามีการจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินอย่างสมดุล
แผนงานที่อาจประสบปัญหาทรัพยากรอื่นๆ ไม่เพียงพอมีอะไรบ้าง	สร้างความมั่นใจว่ามีการจัดสรรทรัพยากรด้านอื่นๆ อย่างสมดุล

- (3) มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ ในกรณีที่มีความจำเป็น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความไม่แน่นอนของสิ่งแวดล้อมภายนอกที่อาจส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการมีอะไรบ้าง	วางแผนทางในการเฝ้าระวัง เตรียมแผนสำรอง และเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนสำรอง
อุปสรรคภายในองค์กรที่อาจทำให้แผนไม่ก้าวหน้าไปตามเป้าหมายมีอะไรบ้าง จะมีผลต่อแผนใด	วางแผนทางในการลดอุปสรรคดังกล่าว
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการอะไรบ้าง มีที่มาอย่างไร	สรุปบทเรียนถึงความคล่องตัวในการปรับเปลี่ยนแผนและการนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปปฏิบัติ

- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ได้. แผนระบุผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นต่อบุคลากร และโอกาสที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เรื่องอะไรบ้างที่จำเป็นต้องทำแผนด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อสิ่งต่อไปนี้: การเพิ่มการตัดสินใจแก่บุคลากร, การประสานงานระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้บริหาร, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร, การปรับระบบบริหารค่าตอบแทน	จัดทำแผนด้านทรัพยากรเพื่อรองรับความต้องการดังกล่าว
มีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เรื่องอะไรบ้างที่ต้องพิจารณาความสามารถของบุคลากรหรืออัตรากำลังที่เปลี่ยนไปจากเดิม	จัดทำแผนด้านทรัพยากรเพื่อรองรับความต้องการดังกล่าว

- (5) มีการจัดทำตัวชี้วัดสำคัญเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผน. ระบบการวัดผลครอบคลุมประเด็นสำคัญ / ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด และหมุนเวียนให้ทั้งองค์กรมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของการปฏิบัติตามแผน 20 ตัวแรกมีอะไรบ้าง	ทบทวนว่าตัวชี้วัด 20 ตัวแรกครอบคลุมประเด็นสำคัญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดหรือไม่ ทิมนำวางแผนติดตามตัวชี้วัดดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ

ข. การคาดการณ์และเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลการดำเนินงานที่เป็นไปตามค่าที่คาดการณ์มีอะไรบ้าง	พิจารณาว่าควรปรับค่าคาดการณ์ให้ท้าทายยิ่งขึ้นหรือไม่
ผลการดำเนินงานที่ไม่เป็นไปตามค่าที่คาดการณ์มีอะไรบ้าง	ทบทวนปรับแผนปฏิบัติการ
มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับองค์กรที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องใดบ้าง ผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบเป็นอย่างไร	ตอบสนองต่อการเปรียบเทียบอย่างเหมาะสม เช่น นำมากำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย หรือปรับใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม ขยับจากผลงานขององค์กรที่ใกล้เคียงกัน มาเป็นผลงานของคู่แข่ง และผลงานที่เป็นเลิศตามลำดับ

I – 3 การมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

I-3.1 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน(PCF.1)

องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานของตนเพื่อให้มั่นใจว่าบริการที่จัดให้สอดคล้องกับความต้องการดังกล่าว.

ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรระบุการจำแนกส่วนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ. องค์กรกำหนดว่าจะมุ่งเน้นบริการสุขภาพสำหรับส่วนใดของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน กลุ่มผู้รับผลงาน และตลาดบริการสุขภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
องค์กรใช้จำแนกส่วนของผู้รับบริการอย่างไร	ทบทวนว่าการจำแนกดังกล่าวมีประโยชน์ต่อวิธีการรับฟังความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มหรือไม่ แต่ละกลุ่มมีความต้องการที่แตกต่างกันหรือไม่ สามารถใช้มากำหนดกลุ่มที่มุ่งเน้นได้หรือไม่
องค์กรกำหนดกลุ่มผู้รับบริการที่มุ่งเน้นหรือกลุ่มที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษเป็นกลุ่มใดบ้าง	ทบทวนเหตุผลของการกำหนดกลุ่มที่มุ่งเน้นหรือกลุ่มที่ต้องใส่ใจเป็นพิเศษ และแนวทางการตอบสนองความต้องการเฉพาะของกลุ่มดังกล่าว

- (2) องค์กรรับฟังและเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน รวมทั้งระดับความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน. วิธีการรับฟังเหมาะสมกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน แต่ละกลุ่มมีการนำความรู้นี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
องค์กรใช้วิธีการรับฟังความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการด้วยวิธีใดบ้างมีความแตกต่างกันระหว่างผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ อย่างไร	พิจารณาวิธีการรับฟังที่ยังไม่ได้ใช้ เช่น การสำรวจ การวิจัยตลาด การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยา การสนทนากลุ่ม การใช้ข้อมูลจาก web และการใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ และศึกษาวิธีการรับฟังที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือข้อมูลความต้องการที่ได้รับและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาได้	ติดตามว่ามีการดำเนินการตอบสนองอย่างไร
อะไรคือตัวอย่างของความต้องการด้านสุขภาพที่ประชาชนอาจไม่รับทราบ เช่น พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ	นำความต้องการดังกล่าวมาออกแบบบริการที่สอดคล้องกับปัญหา
อะไรที่ข้อมูลที่สะท้อนความต้องการลึกๆ ของผู้ป่วย	ทบทวนว่ารับรู้ข้อมูลดังกล่าวด้วยวิธีการใด มีการตอบสนองอย่างไร
แนวโน้มที่เปลี่ยนไปของความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยคืออะไร	ทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมการรองรับและปรับระบบบริการ

- (3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาสสร้างนวัตกรรม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โอกาสต่างๆ ในการทำให้เป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วยมากขึ้นมีอะไรบ้าง	สร้างความตื่นตัวให้มีการปฏิบัติอย่างทั่วถึง
โอกาสสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง	ผู้นำให้การสนับสนุนเพื่อสร้างนวัตกรรมดังกล่าว
มีระบบในการประมวลผลความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วยอย่างไร	สร้างความมั่นใจว่ามีระบบ ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ และส่งข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง

- (4) องค์กรปรับปรุงวิธีการรับฟังและเรียนรู้ให้ทันความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
เสียงสะท้อนของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับวิธีการรับฟังผู้รับบริการเป็นอย่างไร	นำข้อคิดเห็นมาพิจารณาปรับปรุงวิธีการรับฟัง

I-3.2 ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (PCF.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาความพึงพอใจและความร่วมมือ มีการประเมินและนำข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน.

ก. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อตอบสนองความต้องการ, เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธา, และเพื่อให้ได้รับความร่วมมือ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
สมมติเป็นผู้ป่วย หรือเดินตามหลังผู้ป่วยไปตามจุดบริการต่างๆ พิจารณาว่าผู้รับบริการมีความรู้สึกอย่างไรต่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้ให้บริการ ณ จุดต่างๆ แสดงออกต่อตน	ทบทวนแนวทางปฏิบัติของผู้ให้บริการ ณ จุดต่างๆ ซึ่งง่ายต่อการปฏิบัติและส่งผลดีต่อการสร้างความสัมพันธ์
กลุ่มต่างๆ ที่ได้รับการบริการหรือการสนับสนุนจากรพ. มีข้อเสนอแนะอย่างไรต่อความสัมพันธ์กับ รพ.	นำข้อเสนอแนะไปดำเนินการ
อะไรคือโอกาสสร้างความสัมพันธ์กับหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่	นำโอกาสไปดำเนินการ
ผู้ป่วยกลุ่มใดที่ต้องการความร่วมมือในการบำบัดรักษาสูงหรือมากกว่าที่เป็นอยู่	เรียนรู้จากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการเพิ่มความร่วมมือ
ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นศรัทธาของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง	ดำเนินการปรับปรุงตามปัจจัยดังกล่าว

- (2) มีช่องทางสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ค้นหาข้อมูลข่าวสาร ขอรับบริการ และเสนอข้อร้องเรียน. องค์กรจัดทำข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติสำหรับช่องทางการติดต่อแต่ละรูปแบบและสร้างความมั่นใจว่าข้อกำหนดดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนและในทุกขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง. มีการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการและคุณภาพบริการ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ช่องทางการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการของ รพ. มีอะไรบ้าง	ทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางที่มีอยู่เดิม พิจารณาเพิ่มช่องทางการค้นหาข้อมูลทาง internet ซึ่งมีข้อมูลต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องการ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ช่องทางการให้บริการจาก รพ. มีอะไรบ้าง	ทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางที่มีอยู่เดิม พิจารณาเพิ่มช่องทางการขอรับบริการด้วยระบบ นัด และช่องทางให้บริการต่างๆ เช่น การให้ คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้บริการร่วมกับชุมชน ฯลฯ
ช่องทางการเสนอข้อร้องเรียนต่อ รพ. มีอะไรบ้าง	ทบทวนประสิทธิภาพของช่องทางที่มีอยู่เดิม พิจารณาเพิ่มช่องทางการเสนอข้อร้องเรียนที่ สะดวก
มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการต่อ สาธารณะอะไรบ้าง	ทบทวนว่าข้อมูลดังกล่าวมีส่วนช่วยให้ประชาชน เข้าใจระดับคุณภาพและความพยายามในการ พัฒนาคุณภาพของ รพ. เพิ่มขึ้นหรือไม่ มีความ สมดุลในข้อมูลด้านต่างๆ หรือไม่

- (3) องค์กรจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อให้มีการแก้ไขอย่างได้ผลและทันทั่วถึง. มีการรวบรวมและ
วิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลการวิเคราะห์คำร้องเรียนของผู้รับบริการเป็น อย่างไร	นำมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสาร เพื่อให้มีการ ปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร รวมทั้งทบทวนการนำไป ตอบสนอง
ขั้นตอนใดบ้างที่ยังมีจุดอ่อนในระบบการจัดการกับ คำร้องเรียน ความรวดเร็วในการตอบสนองเป็น อย่างไร	ปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบจัดการกับคำ ร้องเรียนตามผลการวิเคราะห์
อะไรคือคำร้องเรียนที่สะท้อนถึงจุดอ่อนในระบบ การดูแลผู้ป่วยของ รพ.	PCT นำคำร้องเรียนดังกล่าวมาพิจารณาปรับปรุง
อะไรคือคำร้องเรียนที่เกิดขึ้นซ้ำๆ และไม่มีแนวโน้ม ลดลง	ทีมสนับสนุนให้วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบและ นำมาปรับปรุง

- (4) องค์กรปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์และช่องทางการติดต่อกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ให้ทันกับความต้องการของ
ผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร แนวโน้มของ	พิจารณาว่าจะปรับปรุงวิธีการสร้างความสัมพันธ์ และช่องทางการติดต่อกับผู้รับบริการอย่างไร

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ	

ข. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- (1) มีการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและใช้ข้อมูลนี้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน.

วิธีการวัดผลเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานแต่ละกลุ่ม และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการประเมินความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการมีอะไรบ้าง	ทบทวนว่ามีการตอบสนองอย่างไร ดำเนินการเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

- (2) มีการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการจากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานทันที เพื่อให้ได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปรับปรุง.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการติดตามผลหลังการเข้ารับบริการทันทีมีอะไรบ้าง	ทบทวนว่ามีการตอบสนองอย่างไร ดำเนินการเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

- (3) องค์กรปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีโอกาสปรับปรุงวิธีการประเมินความพึงพอใจและการติดตามผลหลังเข้ารับบริการอะไรบ้าง	ปรับปรุงตามความเหมาะสม

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCF.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ ที่องค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุขประกาศไว้ มีสิทธิผู้ป่วยด้านใดบ้างที่ยังไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ หรือยากลำบากในการปฏิบัติ	ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน
โอกาสที่ผู้รับบริการจะไม่ได้รับทราบข้อมูล หรือไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับข้อมูลในลักษณะที่ทำให้เกิดการตัดสินใจอย่างไม่เหมาะสมมีอะไรบ้าง	ทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนทางการให้ข้อมูลในสถานการณ์ดังกล่าวอย่างเหมาะสม

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความเชื่อและเจตคติที่ต้องการปลูกฝังให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในเรื่องสิทธิผู้ป่วยคืออะไร	ประเมินว่าผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อและเจตคติที่ต้องการเพียงใด จะปลูกฝังอย่างไร
การปฏิบัติงานง่าย ๆ ที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำได้ในชีวิตประจำวันในเรื่องสิทธิผู้ป่วยคืออะไรบ้าง	หาวิธีทำให้เป็นเรื่องง่าย เป็นเรื่องปกติ มีการสะท้อนกลับหรือแลกเปลี่ยนอย่างสม่ำเสมอ
การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ต้องประสานงานกันหลายฝ่าย ต้องมีระบบหรือขั้นตอนมารองรับมีอะไรบ้าง	ออกแบบระบบให้พร้อมที่จะตอบสนอง

(2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยนอกควรได้รับรู้สิทธิและหน้าที่ในเรื่องอะไรบ้าง	ประเมินระบบงาน การรับรู้ และนำไปปรับปรุง

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยในควรได้รับรู้สิทธิและหน้าที่ในเรื่องอะไรบ้าง	ประเมินระบบงาน การรับรู้ และนำไปปรับปรุง
ผู้ป่วยผ่าตัดควรได้รับรู้สิทธิและหน้าที่ในเรื่องอะไรบ้าง	ประเมินระบบงาน การรับรู้ และนำไปปรับปรุง
ผู้ป่วยฉุกเฉินและครอบครัวควรได้รับรู้สิทธิในเรื่องอะไรบ้าง	ประเมินระบบงาน การรับรู้ และนำไปปรับปรุง

(3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตามรอยผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับไปตามจุดบริการต่าง ๆ และพิจารณาว่าในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการนั้น มีโอกาสอะไรบ้างที่จะละเมิดสิทธิผู้ป่วย	ประมวลผลข้อมูล จัดลำดับความสำคัญ มอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงและสร้างความเข้าใจ

(4) ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายด้านร่างกาย เช่น ในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก	วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว
วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายด้านจิตใจ เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำที่คุกคาม เป็นปรักษ์ ไม่เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ปิดโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็น การข่มขู่ การกักขัง	วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว
วิเคราะห์ว่าในสถานการณ์ใดบ้างที่ผู้ป่วยมีโอกาสถูกทำร้ายด้านสังคม เช่น การใช้คำพูดหรือการกระทำบางอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย	วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการทำร้ายผู้ป่วยในสถานการณ์ดังกล่าว

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล จะเกิดขึ้นในสถานการณ์ใดบ้าง เช่น การซักประวัติที่ OPD, การ expose ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยรวม, ค่านิยมและความเชื่อ	วางแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในโอกาสดังกล่าว

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตามประเพณี	

(6) องค์การสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ทีมที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์สถานการณ์ต่างที่ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกัน จะได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน	ร่วมกันวางแผนทางปฏิบัติเพื่อลดความแตกต่างหรือการเลือกปฏิบัติ

ก. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

(1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์. การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
หอผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอะไรบ้าง	ส่งเสริมให้มีผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยงานดังกล่าว, จัดสิ่งแวดล้อมและระบบการดูแลที่คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ, ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้อยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดขณะที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม
ผู้ป่วยประเภทใดบ้างที่ไม่ควรเริ่มต้นกระบวนการรักษาเพื่อยืดชีวิต	วางแผนทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม กฎหมาย และวิชาการ

(2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยเด็กทั่วไปควรได้รับการคุ้มครองสิทธิอะไรบ้างเป็นพิเศษ เช่น สถานที่ การป้องกันอันตราย เครื่องมือและยาเฉพาะ เจ้าหน้าที่	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการคุ้มครองอย่างเหมาะสม
ผู้ป่วยเด็กที่ควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษมีอะไรบ้าง เช่น เด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล	ส่งเสริมให้มีระบบการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าว

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผู้ป่วยเด็กกลุ่มใดที่ควรเปิดโอกาสให้อยู่ร่วมกับพ่อแม่ขณะอยู่ใน รพ.	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กดังกล่าวได้อยู่ร่วมกับพ่อแม่
ผู้ป่วยเด็กกลุ่มใดที่ต้องพิจารณาถึงการให้การศึกษาระหว่างที่อยู่ รพ.	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กดังกล่าวได้รับการศึกษา
ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง	วางระบบการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว

(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกมัด อย่างเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีผู้ป่วยอะไรบ้างที่ได้รับการแยกหรือผูกมัด	วางระบบการดูแลโดยกำหนดข้อบ่งชี้ให้มีเหตุผลทางคลินิกที่สมควรหรือมีแนวทางในการใช้ทางเลือกทดแทน และติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม

I – 4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

I-4.1 การวัดวิเคราะห์และปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรจัดให้มีการวัดวิเคราะห์ปรับทิศทางบททวนและปรับปรุงผลงานโดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศในทุกระดับและทุกส่วนขององค์กร.

I-4.1 ก. การวัดผลงาน

- (1) องค์กรเลือก รวบรวมและเชื่อมโยงข้อมูล / สารสนเทศ / ตัวชี้วัดสำคัญที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามผลการปฏิบัติงานประจำวัน, ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวม, ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, สนับสนุนการตัดสินใจและการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวชี้วัดสำคัญ 5 ตัวแรกที่จะใช้ติดตามผลงานขององค์กรโดยรวมคืออะไร	พิจารณาความสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรและความครอบคลุมเป้าหมายสำคัญ
ตัวชี้วัดสำคัญ 5 ตัวแรกที่จะใช้ติดตามความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์คืออะไร	พิจารณาความสม่ำเสมอในการติดตามและการตอบสนองต่อข้อมูล
ตัวชี้วัดที่สามารถหรือสมควรรวมจากตัวชี้วัดหลายๆ ตัวมาเป็น composite indicator มีอะไรบ้าง	หาทางใช้ประโยชน์จาก composite indicator ให้มากขึ้น
ตัวชี้วัดสำคัญที่ช่วยในการสนับสนุนการตัดสินใจและสร้างนวัตกรรมขององค์กรมีอะไรบ้าง	ส่งเสริมให้มีการใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจและสร้างนวัตกรรมเพิ่มขึ้น
เป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้มีการปฏิบัติทั้งองค์กรในทิศทางเดียวกันมีอะไรบ้าง	พิจารณาตัวชี้วัดในเรื่องนั้น และทำให้ระบบวัดผลสอดคล้องกันในทุกส่วน ทุกระดับ

- (2) องค์กรเลือกข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญ และทำให้มั่นใจว่ามีการนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวชี้วัดสำคัญใดบ้างที่ควรเทียบเคียงกับค่าเฉลี่ยขององค์กรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน	หาแหล่งข้อมูลที่จะเทียบเคียง และดำเนินการเปรียบเทียบ
ตัวชี้วัดสำคัญใดบ้างที่ควรเทียบเคียงกับค่า top quartile ขององค์กรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน	หาแหล่งข้อมูลที่จะเทียบเคียง และดำเนินการเปรียบเทียบ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวชี้วัดสำคัญใดบ้างที่ควรเทียบกับ top quartile ของระบบบริการ	หาแหล่งข้อมูลที่จะเทียบเคียง และดำเนินการเปรียบเทียบ

- (3) องค์กรปรับปรุงระบบการวัดผลงานให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้องและทิศทางของบริการสุขภาพ, วัตถุประสงค์การเปลี่ยนแปลงภายในหรือภายนอกที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีโอกาสที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อะไรบ้าง เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสาร ปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ	พิจารณาว่าจะมีผลกระทบต่อการวัดผลงานอย่างไร และควรปรับปรุงระบบการวัดผลอย่างไร

I-4.1 ข. การวิเคราะห์ ทบทวน และปรับปรุงผลงาน

- (1) องค์กรทบทวนประเมินผลงานและขีดความสามารถขององค์กร. มีการวิเคราะห์เพื่อสนับสนุนการทบทวน ประเมินผลและสร้างความมั่นใจว่าได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือ. องค์กรใช้การทบทวนนี้เพื่อประเมินความสำเร็จของ องค์กร, ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ, และความสามารถในการตอบสนองการ เปลี่ยนแปลงขององค์กรและสิ่งแวดล้อมภายนอก.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในระดับหน่วยงาน ต้องการประเมินความสำเร็จเรื่องอะไรบ้าง	พิจารณาว่ามีข้อมูลอะไรบ้างที่จะบอกถึง ความสำเร็จนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้ม แยก ส่วน หรือตรวจสอบความสัมพันธ์
ในระดับองค์กรหรือระบบงาน ต้องการประเมิน ความสำเร็จเรื่องอะไรบ้าง	พิจารณาว่ามีข้อมูลอะไรบ้างที่จะบอกถึง ความสำเร็จนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้ม แยก ส่วน หรือตรวจสอบความสัมพันธ์
การเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกที่สำคัญคือ อะไร	พิจารณาว่ามีข้อมูลอะไรบ้างที่จะบอกถึง ความสามารถขององค์กรในการตอบสนองการ เปลี่ยนแปลงดังกล่าว
ความก้าวหน้าสำคัญตามแผนกลยุทธ์และ แผนปฏิบัติการคืออะไร	พิจารณาว่าจะใช้ข้อมูลอะไรเพื่อติดตาม ความก้าวหน้าดังกล่าว กำหนดรอบเวลาของการ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ

- (2) องค์กรนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลงานขององค์กรมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อการปรับปรุงและหาโอกาส สร้างนวัตกรรม, พร้อมทั้งถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือลำดับสำคัญเพื่อการพัฒนาที่ผู้นำกำหนด ในปีนี้	ทบทวนว่าลำดับความสำคัญดังกล่าวสอดคล้องกับ ผลการวิเคราะห์ใน I-4.1 ข (1) อย่างไร มีการ ถ่ายทอดลำดับความสำคัญนั้นไปสู่หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องอย่างไร

- (3) องค์กรนำผลการทบทวนประเมินผลงานขององค์กร ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญอย่างเป็น ระบบ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ในรอบปีที่ผ่านมา มีการปรับปรุงกระบวนการสำคัญ	การปรับปรุงดังกล่าวสอดคล้องกับผลการประเมิน

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรบ้าง	ในข้อ (1) อย่างไร หรือการประเมินในข้อ (1) ควร นำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการอะไร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการ ความรู้ (MAK.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีข้อมูลสารสนเทศซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ที่จำเป็นมีคุณภาพและพร้อมใช้งานสำหรับบุคลากร/ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. องค์กรสร้างและจัดการสินทรัพย์ความรู้ของตนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร.

ก. การจัดการทรัพยากรสารสนเทศ

(1) ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร/ผู้บริหาร/ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/องค์กรภายนอกมีความพร้อมใช้งาน เพื่อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย. แผนงาน และการจัดการสารสนเทศมีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ง่ายขึ้น มีอะไรบ้าง	นำความต้องการไปพัฒนาเพื่อให้มีข้อมูลพร้อมใช้
ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อการบริหารจัดการที่ดีขึ้น มีประสิทธิภาพขึ้นมีอะไรบ้าง	นำความต้องการไปพัฒนาเพื่อให้มีข้อมูลพร้อมใช้
ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อการตรวจสอบทางคลินิกและการพัฒนาคุณภาพมีอะไรบ้าง	นำความต้องการไปพัฒนาเพื่อให้มีข้อมูลพร้อมใช้
ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อการศึกษาและการวิจัยที่ดีขึ้น มีอะไรบ้าง	นำความต้องการไปพัฒนาเพื่อให้มีข้อมูลพร้อมใช้

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีความเชื่อถือได้ ป้องกันไม่ให้ข้อมูลรั่วไหล และใช้งานง่าย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
จุดอ่อนของระบบฮาร์ดแวร์ที่ต้องปรับปรุงมีอะไรบ้าง	ดำเนินการอุดช่องโหว่ของระบบ
โอกาสที่ข้อมูลจะรั่วไหลมีได้อย่างไรบ้าง	ดำเนินการปรับปรุงเพื่อป้องกันการรั่วไหล
โอกาสที่จะทำให้ระบบสารสนเทศใช้งานได้ง่ายขึ้นมีอะไรบ้าง	ดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้ใช้งานง่าย

- (3) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ มีความพร้อมใช้งานอย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
เหตุฉุกเฉินที่ไม่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง เช่น ไฟฟ้าดับเป็นเวลานาน	วางแผนเพื่อให้สามารถใช้งานระบบสารสนเทศได้ในภาวะดังกล่าว
อุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง	วางแผนเพื่อให้สามารถกู้คืนระบบสารสนเทศกลับมาโดยเร็วที่สุด

- (4) องค์กรปรับปรุงกลไกการจัดให้มีข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ที่พร้อมใช้ให้ทันกับความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ทิศทางของบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
เทคโนโลยีสารสนเทศที่กำลังเปลี่ยนแปลงมีอะไรบ้าง	พิจารณาว่าจะนำเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปมาใช้ปรับปรุงระบบสารสนเทศอย่างไร
มีระบบที่ตรวจสอบความพร้อมใช้และการทันความต้องการใช้ของผู้เกี่ยวข้องอยู่ตลอดเวลาหรือไม่	สร้างระบบติดตามและตอบสนองความต้องการ

ข. การจัดการความรู้ขององค์กร

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความรู้เชิงปฏิบัติที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของ รพ.มีอะไรบ้าง	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นดังกล่าว สรุปความรู้และทำให้อยู่ในระบบหรือสามารถนำมาใช้ได้ง่าย
มีความรู้อะไรที่จะเป็นประโยชน์หากมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน
วิธีการอะไรที่ง่ายและเป็นไปได้ที่จะมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอในหน่วยงานต่างๆ	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ
แนวปฏิบัติทางคลินิกใดที่นำมาใช้แล้วยังมีการปฏิบัติตามไม่มากนัก	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาวิธีการในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตาม
แนวปฏิบัติทางคลินิกใดที่สมควรนำมาใช้เพิ่มจากที่มีอยู่เพื่อให้ครอบคลุมโรคที่ให้การดูแลให้มากที่สุด	ทำ gap analysis วิเคราะห์โอกาสพัฒนา, ใช้แนวคิด Human Factors Engineering เพื่อออกแบบระบบงานให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้ง่าย, การตามรอยการปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเน้นความครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญให้มากที่สุด และเชื่อมโยงกับการวัดผลทางด้านคลินิก
มีผู้ป่วยกลุ่มใดบ้างที่สมควรเชิญมาร่วมให้ข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงบริการ	จัดสนทนากลุ่มกับผู้ป่วย
มีเรื่องใดบ้างที่ควร benchmark กับองค์กรอื่นที่ทำได้ดี	เลือกองค์กรที่เหมาะสมและดำเนินการ

ก. คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศ และความรู้

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องสร้างความมั่นใจในถูกต้องแม่นยำมีอะไรบ้าง เช่น ตัวชี้วัด ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย	วางระบบตรวจสอบเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องแม่นยำ

- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีข้อมูลและสารสนเทศอะไรบ้างที่จำเป็นต้องเก็บรักษาเป็นความลับ	ตามรอยเพื่อสร้างความมั่นใจว่าในทุกขั้นตอนมีการจัดการที่จะรักษาความลับได้อย่างรัดกุม และปรับปรุงในจุดที่เป็นปัญหา

I – 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

I-5.1 ความผูกพันของบุคลากร (HRF.1)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากรจัดระบบค่าตอบแทนและแรงจูงใจเพื่อบรรลุความสำเร็จในระดับองค์กรและระดับบุคคล.บุคลากรและผู้นำได้รับการพัฒนาเพื่อใหสร้างผลงานที่ดี.

ก. การเพิ่มคุณค่าบุคลากร

(1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน และความพึงพอใจ ของบุคลากรแต่ละกลุ่ม และแต่ละส่วน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันสำหรับบุคลากรแต่ละกลุ่ม	เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล (ถ้ายังไม่มี) ดำเนินการปรับระบบเพื่อสร้างความผูกพันตามข้อมูลที่ได้
ตัวอย่างเรื่องเล่าที่แสดงออกถึงความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานมีอะไรบ้าง	นำไปขยายผล
ตัวอย่างเรื่องเล่าที่แสดงออกถึงการได้รับมอบหมายให้ทำงานที่ท้าทายมีอะไรบ้าง	นำไปขยายผล

(2) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี และมีแรงจูงใจ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ตัวอย่างการสร้างความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ/หน่วยงาน ที่ทำได้จนเป็นวัฒนธรรมมีอะไรบ้าง	ขยายผลให้ทำได้มากขึ้น สม่่าเสมอขึ้น ส่งเสริมให้ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี
ตัวอย่างการสื่อสารสองทางกับผู้บริหารที่เรียบง่าย และได้ผลมีอะไรบ้าง	ขยายผลให้ทำได้มากขึ้น สม่่าเสมอขึ้น ส่งเสริมให้ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี
ตัวอย่างการเสริมพลังและให้อำนาจตัดสินใจที่ทำงานบ่อยๆ มีอะไรบ้าง	ขยายผลให้ทำได้มากขึ้น สม่่าเสมอขึ้น ส่งเสริมให้ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี
ตัวอย่างการใช้ความคิดริเริ่มและสร้างนวัตกรรมให้กระบวนงานมีอะไรบ้าง	ขยายผลให้ทำได้มากขึ้น สม่่าเสมอขึ้น ส่งเสริมให้ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี
ตัวอย่างการใช้ประโยชน์จากความหลากหลายในข้อคิดและวัฒนธรรมของบุคลากรมีอะไรบ้าง	ขยายผลให้ทำได้มากขึ้น สม่่าเสมอขึ้น ส่งเสริมให้ช่วยให้บุคลากรมีผลงานที่ดี

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

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
performance management system มีส่วนช่วยในการสื่อสารความคาดหวังขององค์กรให้กับบุคลากรแต่ละคนเพียงใด และนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพเพื่อตอบสนองความคาดหวังขององค์กรอย่างไร	ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของ performance management system
อะไรคือจุดเน้นของความคาดหวังขององค์กรที่ผู้บริหารสื่อถึงบุคลากรในระหว่างการประชุมผลการปฏิบัติงาน	ส่งเสริมให้ทั้งผู้บริหารและบุคลากรให้ความสำคัญกับการสื่อสารความคาดหวังขององค์กร
อะไรคือการพัฒนาบุคลากรที่อยู่ในแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) ส่วนใหญ่	ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล และปรับปรุงการทำแผนในรอบต่อไป

ข. การพัฒนาบุคลากรและผู้นำ

- (1) ระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากร พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ปัญหาในการปฏิบัติงานหรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยหรือรุนแรงมีอะไรบ้าง	นำประเด็นดังกล่าวมากำหนดเป็น learning need และดำเนินการพัฒนา
แผนกลยุทธ์ในเรื่องใดที่บุคลากรต้องมีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น	นำประเด็นดังกล่าวมากำหนดเป็น learning need และดำเนินการพัฒนา
Core competency ขององค์กรคืออะไร	กำหนดแนวทางการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้องค์กรมี core competency ดังกล่าวอย่างแท้จริง
มีการนำผลของการเฝ้าติดตามและพัฒนาคุณภาพ/ความปลอดภัย มาสร้างการเรียนรู้ต่อยอดอย่างไร	วางแผนใช้ประโยชน์จากผลการเฝ้าติดตามและพัฒนาคุณภาพให้มากที่สุด และครอบคลุมบุคลากรให้มากที่สุด
มีการฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอะไรบ้าง	เชื่อมโยงให้เกิดการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน
เนื้อหาของ learning need ในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเปลี่ยนไปอย่างไร	ทบทวนว่าการกำหนด learning need ดังกล่าวได้พิจารณาประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นอย่างไร และเพิ่มเติมตามความเหมาะสม
รูปแบบการเรียนรู้ที่ง่ายและได้ผลที่ควรได้รับการ	นำแนวทางดังกล่าวไปขยายผล

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
สนับสนุนมากขึ้นมีอะไรบ้าง (เช่น การเรียนรู้ด้วยตนเอง การจับคู่หรือมีพี่เลี้ยง การมอบหมายให้ทำงานบางเรื่อง การเรียนรู้เป็นกลุ่ม)	
ประเด็นที่ควรติดตามเพื่อหนุนเสริมการปฏิบัติตามความรู้ที่เรียนมามีอะไรบ้าง	ดำเนินการติดตามประเมินผลการนำความรู้ไปปฏิบัติ

(2) ระบบพัฒนาและเรียนรู้สำหรับผู้นำ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
Learning need สำหรับผู้นำควรมีอะไรบ้าง	นำไปวางแผนพัฒนา
รูปแบบการพัฒนาผู้นำที่ได้ผลที่เคยใช้สำหรับที่นี่คืออะไร ที่เห็นแบบอย่างจากที่อื่นมีอะไรบ้าง	ขยายผลและทดลองแนวทางใหม่ๆ เพิ่มเติม

(3) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบการพัฒนาและเรียนรู้สำหรับบุคลากรและผู้นำ โดยพิจารณาผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลและผลงานขององค์กรร่วมด้วย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ประเด็นที่อยากเห็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ความสามารถของบุคลากรมากที่สุดคืออะไร	นำประเด็นดังกล่าวไปประเมินทั้งในระดับความรู้ การประยุกต์ใช้ความรู้ และในระยะยาววางแผนประเมินผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผลสัมฤทธิ์ของงาน

(4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ. องค์กรมีการวางแผนสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือตัวอย่างการจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานที่ รพ.วางระบบไว้แล้ว	พิจารณาเพิ่มเติมให้ดียิ่งขึ้น กำหนดคุณสมบัติและเกณฑ์ให้ชัดเจน ส่งเสริมการฝึกอบรมที่จำเป็น รวมทั้งขยายสู่กลุ่มบุคลากรที่ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องความก้าวหน้าหรือการเติบโต
อะไรคือตัวอย่างการสร้างผู้บริหารและผู้นำสำหรับอนาคต	พิจารณาการกำหนดตำแหน่งบริหารที่ต้องจัดทำ succession plan, กำหนด competency ในด้านการนำและการบริหาร, ค้นหาผู้ที่อยู่ในข่าย (candidate), จัดการพัฒนาและฝึกอบรม, ติดตาม

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
	ผลการปฏิบัติงาน

ค. การประเมินความผูกพันของบุคลากร

- (1) องค์กรประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากร ด้วยวิธีการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละส่วนของบุคลากร, และใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้เพื่อปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลการประเมินความผูกพันและความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร	นำข้อมูลมาปรับปรุงความผูกพันของบุคลากร

- (2) องค์กรนำผลการประเมินความผูกพันของบุคลากรมาเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กร ในตอนที่ IV เพื่อระบุโอกาสในการปรับปรุงทั้งความผูกพันของบุคลากรและผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ / กิจกรรมขององค์กร. (ข้อนี้เป็นตัวเลือกให้ รพ.พิจารณาใช้เมื่อมีความพร้อม)

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ผลการเปรียบเทียบแนวโน้มของคะแนนความผูกพัน และผลลัพธ์ของบริการสุขภาพหรือผลลัพธ์ตามแผนยุทธศาสตร์ ในรอบสามปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร (ถ้ามี)	นำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงความผูกพันและผลลัพธ์การดำเนินงาน

I-5.2 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (HRF.2)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ. องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่สนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย.

ก. จิตความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร

(1) องค์กรประเมินขีดความสามารถของบุคลากรและระดับกำลังคนที่ต้องการ. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถของบุคลากรและข้อกำหนดในกฎหมาย.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
แผนบุคลากรกำหนดอัตรากำลังและระดับความรู้ทักษะ ความสามารถของบุคลากรในสายงานต่างๆ ไว้อย่างไร	ทบทวนความสอดคล้องกับพันธกิจ, แผนยุทธศาสตร์, core competency ขององค์กร, ปัญหาการดูแลผู้ป่วย และทิศทางการพัฒนาในอนาคต
ข้อกำหนดตามกฎหมายในเรื่องคุณสมบัติของบุคลากรกับการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ที่รพ. ต้องใส่ใจ มีอะไรบ้าง	ทำให้มั่นใจว่าการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบนั้นเป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย ทบทวนความเสี่ยงที่อาจมีการปฏิบัติงานนอกเหนือหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างเป็นทางการ
การปฏิบัติหน้าที่อะไรบ้างที่ผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ความสามารถเฉพาะหรือต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ (เช่น วิชาชีพพยาบาล)	จัดทำคุณสมบัติสำหรับผู้ที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว (ครอบคลุมทั้งการฝึกอบรมและจำนวนผู้ป่วยหรือจำนวนชั่วโมงที่มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ดังกล่าว) และจัดระบบที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

(2) มีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุลงตำแหน่ง และธำรงรักษาบุคลากรใหม่. มีการรวบรวมตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของบุคลากรในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรเป็นตัวแทนของความหลากหลายทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม และความคิดอ่านของชุมชน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ. ได้บุคลากรใหม่มาจากแหล่งใดบ้าง	ทบทวนประสิทธิผลของการสรรหา พิจารณาความเป็นไปได้ในแหล่งทางเลือกอื่นๆ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
รพ.มีเอกสารคุณสมบัติบุคลากรครบถ้วนเพียงใด	ตรวจสอบให้มั่นใจว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้
รพ.มีความหลากหลายของบุคลากรในด้านใดบ้าง	ทบทวนว่าได้เปิดโอกาสให้ใช้ความหลากหลายในด้านข้อคิดและวัฒนธรรมของบุคลากรอย่างเต็มที่

(3) องค์กรบริหารและจัดระบบบุคลากรเพื่อ:

- ให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ
- ใช้ประโยชน์จากความรู้เฉพาะพิเศษขององค์กร
- หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน / การให้บริการสุขภาพ
- ให้ผลดำเนินการเป็นไปตามความคาดหวังหรือดีกว่า
- ตอบสนองต่อความท้าทายเชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ
- คล่องตัวพอที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ความสำเร็จขององค์กรที่ต้องการคืออะไร	ออกแบบโครงสร้าง แรงจูงใจ เป้าหมาย การสื่อสาร การรายงานผล ให้เอื้อต่อความสำเร็จที่ต้องการ
Core competency (ความสามารถหลัก) ของ รพ. คืออะไร	จะจัดระบบบริหารบุคลากรเพื่อส่งเสริมและใช้ประโยชน์จาก core competency ของ รพ.
ลักษณะการให้บริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยที่อยากเห็นคืออะไร	จัดระบบการทำงานของบุคลากรเพื่อให้ได้ลักษณะที่ต้องการเห็น
หากจะให้ระบบการทำงานตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อะไรคือความคล่องตัวหรือความยืดหยุ่นที่ต้องการ	ออกแบบระบบการทำงานให้มีความคล่องตัวหรือความยืดหยุ่นดังกล่าว

(4) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านขีดความสามารถและความเพียงพอ. องค์กรบริหารบุคลากร ความต้องการของบุคลากรและความต้องการขององค์กรเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, เพื่อป้องกันการลดบุคลากร, และเพื่อลดผลกระทบจากการที่บุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อมีความจำเป็น.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ขีดความสามารถที่บุคลากรควรมีเพิ่มขึ้นใน 3 ปี ข้างหน้ามีอะไรบ้าง	วางแผนเตรียมบุคลากรให้มีขีดความสามารถดังกล่าว
จุดที่บุคลากรขาดแคลนมากที่สุดในปัจจุบันคืออะไร	ในระยะสั้น จัดระบบที่ทำให้มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย, วางแผนสรรหาบุคลากรเพิ่มเติม

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
	หรือปรับระบบงานในระยะยาว
สาเหตุสำคัญที่จะทำให้บุคลากรลดลงในอนาคตมีอะไรบ้าง	ทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคลากรและหาวิธีการป้องกันเชิงรุก

ข. บรรยากาศในการทำงาน

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ปลอดภัย และมีการป้องกันภัย. มีการกำหนดตัววัดผลงานและเป้าหมายการปรับปรุงสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว. (นำไปประเมินรวมในหัวข้อ II-3.1 ก)

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
จุดเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยสำหรับบุคลากรมีอะไรบ้าง	กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และดำเนินการปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัย

- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของบุคลากรที่มีความหลากหลายแต่ละกลุ่ม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
นโยบาย บริการ และสิทธิประโยชน์ที่บุคลากรแต่ละกลุ่มต้องการคืออะไร	ดำเนินการตอบสนองตามความเป็นไปได้

ค. สุขภาพบุคลากร

- (1) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
พฤติกรรมสุขภาพสำคัญที่บุคลากรของ รพ.ควรปฏิบัติเป็นปกติประจำให้ได้คืออะไร	ออกแบบกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติ ส่งเสริมการใช้ศิลปะ ดนตรี งานอดิเรก เพื่อสุขภาพที่ดี
โรคหรือปัญหาสุขภาพของบุคลากรที่จะมีผลต่อการปฏิบัติงานและการดูแลในระยะยาวมีอะไรบ้าง	ติดตามพฤติกรรม การดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิก ตั้งเป้าหมายผลลัพธ์ทางคลินิกของแต่ละคน จัดชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ

- (2) บุคลากรมีข้อตกลงร่วมกันในการเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และแบบอย่างวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างเสริมสุขภาพ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โอกาสที่บุคลากรจะเป็นแบบอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่สังคมมีอะไรบ้าง	ส่งเสริมให้บุคลากรใช้โอกาสดังกล่าว และทำข้อตกลงในบุคลากรทั้งองค์กรที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นแบบอย่างที่ดี ละเว้นจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี

- (3) องค์กรประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อวัน โรคไวรัสตับอักเสบ บี และ HIV จากผู้ป่วย, เข็มฉีดยาหรือของมีคมบาด, สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ก๊าซผสม และยาเคมีบำบัด.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
โอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการทำงานของบุคลากรที่สำคัญมีอะไรบ้าง	ทบทวนประเมินความรัดกุมและผลลัพธ์ของมาตรการป้องกันที่ใช้อยู่ ตอบสนองอย่างเหมาะสม

- (4) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจสุขภาพทั่วไป ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกัน ประวัติการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ลักษณะเฉพาะของหน่วยงานที่มีผลต่อสุขภาพของบุคลากร หรือต้องตรวจสุขภาพบุคลากรก่อนปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าวมีอะไรบ้าง	ตรวจสุขภาพเพิ่มเติมตามความจำเป็นของหน่วยงานที่จะเข้าทำงาน

- (5) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งการติดเชื้อ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อันตรายและการเจ็บป่วยจากการทำงานที่สำคัญมีอะไรบ้าง พิจารณาโดยสัมพันธ์กับลักษณะงานที่รับผิดชอบ	จัดระบบการตรวจสุขภาพและการเฝ้าระวังตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ

- (6) บุคลากรได้รับภูมิคุ้มกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
บุคลากรแต่ละกลุ่มควรได้รับภูมิคุ้มกันอะไรบ้าง	ทบทวนความครอบคลุมของการได้รับภูมิคุ้มกันในบุคลากรแต่ละกลุ่ม และให้ภูมิคุ้มกันเพิ่มให้ครบ

(7)บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับทั้งการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ข้อบ่งชี้ในการจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อซึ่งครอบคลุมถึงการให้ภูมิคุ้มกันและการจำกัดการปฏิบัติงาน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานที่เคยเกิดขึ้นมีอะไรบ้าง	สัมภาษณ์ผู้ที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บว่าได้รับการดูแลอย่างไร มีข้อเสนอแนะอะไร นำไปปรับปรุง
การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่มีโอกาสเกิดขึ้น แม้ยังไม่เคยเกิด มีอะไรบ้าง	ทบทวนระบบที่วางไว้ว่ามีความเหมาะสม เป็นไปตามข้อแนะนำทางวิชาการเพียงใด

I-6.1 การออกแบบระบบงาน

องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตนออกแบบระบบงานและกระบวนการสำคัญเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่นๆ, พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน, และบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. ความเชี่ยวชาญพิเศษ/สมรรถนะหลัก (core competency) ขององค์กร

(1) องค์กรกำหนดงานที่เป็นความเชี่ยวชาญพิเศษของตน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพันธกิจ สิ่งแวดล้อม และแผนปฏิบัติการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
พันธกิจขององค์กรคืออะไร	ความสามารถที่องค์กรควรมีเพื่อให้พันธกิจนั้นสำเร็จอย่างยั่งยืนคืออะไร วางแผนพัฒนาให้เก่งขึ้น ใช้ประโยชน์ให้มากขึ้น
สภาพแวดล้อมที่มีความเฉพาะสำหรับองค์กรคืออะไร	ความสามารถที่องค์กรควรมีเพื่อตอบสนองกับความเฉพาะดังกล่าวคืออะไร วางแผนพัฒนาให้เก่งขึ้น ใช้ประโยชน์ให้มากขึ้น

(2) องค์กรออกแบบระบบงานโดยรวม และสร้างนวัตกรรมให้กับระบบงาน โดยใช้ทรัพยากรจากภายนอก (และภายใน) อย่างเหมาะสม.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ระบบงาน/บริการใดบ้างที่องค์กรควรมีแต่ยังไม่มี	พิจารณาว่าควรจะทำเองหรือสร้างความร่วมมือกับภายนอก
งานใดที่ควรจ้างเหมา หรือมีการจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก	วางแผน/ทบทวนการทำพันธสัญญาที่จะให้ความมั่นใจว่างานนั้นมีคุณภาพตามที่ต้องการ จัดระบบการเชื่อมต่อและควบคุมกำกับที่เหมาะสม
งานใดที่ควรมีหรือมีการสร้างความร่วมมือกับพันธมิตร/หน่วยงานภายนอก	วางแผน/ทบทวนการทำข้อตกลงที่มีข้อกำหนดแสดงถึงความคาดหวังที่ชัดเจนต่อกัน เพื่อให้มั่นใจว่างานนั้นมีคุณภาพตามที่ต้องการ จัดระบบการเชื่อมต่อและควบคุมกำกับที่เหมาะสม
ระบบงานสำคัญโดยรวมมีอะไรบ้าง	สร้างแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ และความสัมพันธ์กับพันธกิจ/วัตถุประสงค์ขององค์กร

ข. การออกแบบกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรกำหนดกระบวนการทำงานสำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับความเชี่ยวชาญพิเศษขององค์กร. กระบวนการเหล่านี้ นำไปสู่การส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ และความสำเร็จขององค์กร. (นำเสนอกระบวนการทำงานที่สำคัญ)
- (2) องค์กรจัดทำข้อกำหนด (คุณลักษณะที่คาดหวัง) ที่สำคัญของกระบวนการข้างต้น โดยใช้ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่นๆ ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอก. (นำเสนอข้อกำหนด / ความคาดหวังที่สำคัญ)
- (3) องค์กรออกแบบและสร้างสรรค์นวัตกรรมสำหรับกระบวนการทำงานเพื่อตอบสนองข้อกำหนด/ความคาดหวังที่สำคัญข้างต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร โอกาสที่จะต้องปรับเปลี่ยน ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น รอบเวลา ผลผลิตภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ระบบงานที่มีความสำคัญต่อการบรรลุพันธกิจหรือวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กรมีอะไรบ้าง	ใช้แนวคิด process management เพื่อออกแบบระบบ ปรับปรุง และสร้างนวัตกรรมความเหมาะสม
ระบบงานที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ที่ควรได้รับการปรับปรุงมีอะไรบ้าง	ใช้แนวคิด process management เพื่อออกแบบระบบ ปรับปรุง และสร้างนวัตกรรมความเหมาะสม
ระบบงานสนับสนุนที่ควรมีการปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กรมีอะไรบ้าง	ใช้แนวคิด process management เพื่อออกแบบระบบ ปรับปรุง และสร้างนวัตกรรมความเหมาะสม

ค. ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน

องค์กรสร้างความมั่นใจในการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานเพื่อรองรับภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน, โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการผู้ป่วยและชุมชน การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินที่องค์กรมีโอกาสต้องเผชิญมีอะไรบ้างเช่น อัคคีภัย น้ำท่วม พายุ แผ่นดินไหว ระบบสาธารณูปโภคไม่ทำงาน มลภาวะในอากาศ เหตุระเบิด	วางแผนเตรียมความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ การสื่อสาร แผนสำรอง, ซักซ้อมความเข้าใจ/ฝึกซ้อม, ประเมินความพร้อมในการรองรับภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉินดังกล่าว
ภาวะที่ต้องให้บริการมากขึ้นอย่างฉับพลันมีอะไรบ้างเช่น การระบาดของโรคติดต่อ อุบัติเหตุ	วางแผนเตรียมความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ การสื่อสาร ระบบงาน, ซักซ้อมความ

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
หมู่ การเจ็บป่วยจากภัยธรรมชาติ	เข้าใจ/ฝึกซ้อม, ประเมินความพร้อมในการรองรับ การเพิ่มขึ้นของบริการและความพร้อมในการ ให้บริการอย่างต่อเนื่องแม้ในยามเกิดเหตุฉุกเฉิน

I-6.2 การจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรนำกระบวนการทำงานสำคัญไปปฏิบัติบริหารจัดการและปรับปรุงกระบวนการดังกล่าวเพื่อส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่นและเพื่อบรรลุความสำเร็จขององค์กร.

ก. การจัดการกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรนำกระบวนการทำงานที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และสร้างความมั่นใจว่าจะจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ (บรรลุคุณลักษณะที่คาดหวัง). มีการนำข้อมูลจากผู้ป่วย ผู้รับผลงานอื่น ผู้ส่งมอบ และผู้ร่วมงานจากภายนอกมาใช้ในการจัดการกระบวนการดังกล่าว. องค์กรใช้ตัวชี้วัดผลงานสำคัญ และตัวชี้วัดระหว่างการทำงาน เพื่อควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
กระบวนการสำคัญที่ควรมีระบบควบคุมกำกับที่ชัดเจนมีอะไรบ้าง	สร้างความมั่นใจว่ามีระบบควบคุมกำกับและตัวชี้วัดเพื่อให้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการ
การปฏิบัติในเรื่องใดบ้างที่ควรมีการประเมินความเข้าใจของบุคลากร	ดำเนินการประเมิน สร้างระบบสื่อสาร/แหล่งข้อมูลสนับสนุนที่เหมาะสม
การปฏิบัติในเรื่องใดบ้างที่ควรมีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ (compliance)	ดำเนินการประเมิน สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้่ายต่อการปฏิบัติ
ข้อมูลหรือ feedback จากผู้ป่วยที่จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้มีอะไรบ้าง	วางระบบรับรู้ข้อมูลดังกล่าวและนำมาใช้ประโยชน์
ข้อมูลหรือ feedback จากผู้รับผลงานอื่นที่จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้มีอะไรบ้าง	วางระบบรับรู้ข้อมูลดังกล่าวและนำมาใช้ประโยชน์
ข้อมูลหรือ feedback จากผู้ส่งมอบที่จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้มีอะไรบ้าง	วางระบบรับรู้ข้อมูลดังกล่าวและนำมาใช้ประโยชน์
ข้อมูลหรือ feedback จากผู้ร่วมงานจากภายนอกที่จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้มีอะไรบ้าง	วางระบบรับรู้ข้อมูลดังกล่าวและนำมาใช้ประโยชน์

- (2) มีการพิจารณาความคาดหวังของผู้ป่วย. มีการอธิบายกระบวนการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ที่น่าจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สามารถตอบสนองได้. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและนำความสมัครใจ (preference) ของผู้ป่วยมาพิจารณาในการให้บริการ.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
อะไรคือความคาดหวังของผู้ป่วยที่มักจะเกินความเป็นจริงที่องค์กรจะตอบสนองได้	วางแนวทางสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง
การมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวทำได้ดีในเรื่องใด ควรปรับปรุงในเรื่องใด	นำบทเรียนในเรื่องที่ได้ดีมาขยายผลในเรื่องที่ควรปรับปรุง

- (3) องค์กรพยายามที่ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมในการตรวจสอบ ป้องกันการต้องทำงานซ้ำและความผิดพลาด.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
การตรวจสอบที่ใช้เวลาและทรัพยากรค่อนข้างมาก มีอะไรบ้าง	หาทางลดการตรวจสอบดังกล่าวด้วยการออกแบบระบบให้เกิดคุณภาพแต่เริ่มแรก
การทำงานซ้ำที่เกิดขึ้นบ่อยๆ มีอะไรบ้าง	หาทางลดการทำงานซ้ำโดยการออกแบบระบบงานที่ดีและติดตามแนวโน้ม
ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นบ่อยๆ มีอะไรบ้าง	หาทางป้องกันความผิดพลาดและติดตามแนวโน้ม

ข. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน

องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้ได้ผลงานที่ดีขึ้น ลดความแปรปรวน ยกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ และเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทิศทางด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการปรับปรุงและบทเรียนระหว่างหน่วยงานและกระบวนการต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้และนวัตกรรมในองค์กร.

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
มีความสูญเสียเปล่าสำคัญในระบบงานขององค์กรอะไรบ้าง (DOWNTIME) เช่น waiting, patient flow, inventory, excessive processing, transportation & motion, การสูญหายหรือทำซ้ำ	นำแนวคิด Lean มาปรับปรุงเพื่อขจัดความสูญเสียเปล่า
มีโอกาสมี่จะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดบริการสุขภาพไปจากเดิมอะไรบ้าง เช่น จากบริการผู้ป่วยในเป็นบริการผู้ป่วยนอก จากบริการที่โรงพยาบาลเป็นบริการที่บ้าน การใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ (เช่น ระบบ IT และการสื่อสาร)	ทดลองปรับเปลี่ยนในขอบเขตเล็กๆ แล้วขยายผล

คำถามเพื่อตรวจสอบตนเอง	ดำเนินการปรับปรุง
พิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่อาจทำให้เห็นโอกาสปรับปรุงกระบวนการที่ดำเนินการอยู่ เช่น ผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ ความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยง หลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพ เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กรความทันเวลา การเข้าถึง การประสานงาน ความต่อเนื่องของการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ความคาดหวังที่หลากหลาย ความเพียงพอหรือขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะที่จำเป็น	ทดลองปรับเปลี่ยนในขอบเขตเล็กๆ แล้วขยายผล
มีบทเรียนของการพัฒนาอะไรบ้างที่สมควรแบ่งปันให้ผู้อื่นได้ทราบ	จัดเวทีเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย จัดระบบคัดเลือกผลงานที่สามารถขยายผลไปใช้ได้ และสร้างกลไกเพื่อให้เกิดการขยายผลไปใช้ทั่วทั้งรพ.

ฉบับที่ 5

5th Edition

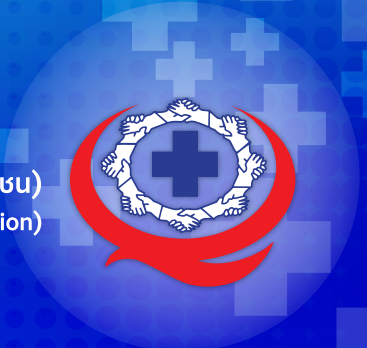
มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



ฉบับที่ 5

5th Edition

มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ

Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: พฤศจิกายน 2564

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.

--นนทบุรี : สถาบัน, 2564.

256 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 978-616-8024-36-2

ออกแบบ: P2P

พิมพ์: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด

คำนำ

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ในปี 2560 โดยมาตรฐานฉบับดังกล่าวได้รับการรับรองจากองค์กรสากลคือ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA) ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย

เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ของโลกและประเทศ ความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย และเป็นไปเพื่อการต่ออายุกระบวนการรับรองมาตรฐานในระดับสากลอย่างต่อเนื่อง สถาบันจึงปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 5 โดยการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ และองค์กรวิชาชีพ มีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับโดยยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกันก็ได้มีการยกเว้นเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

หวังว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับนี้จะช่วยชี้นำการพัฒนากระบวนการและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ ภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ตุลาคม 2564

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ที่ปรึกษา

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

ที่ปรึกษาคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ศ.คลินิก นพ.วิทยา ธิวาทน์

พล.อ.ท.อนุตตร จิตตินันทน์

ผศ.นพ.กำธร มาลาธรรม

นพ.สุรชัย ปัญญาภทธีพงศ์

นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ

ดร.กฤษดา แสงวงศ์

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์

นายเชาวลิต เมฆศิริกุล

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ประธานอนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการ

อนุกรรมการและเลขานุการ

บรรณาธิการ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

นางสาววิญววรรณ แมตสสถาน และนักวิชาการสถาบัน

คำนำ	iii
แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	1
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร (Organization Management Overview)	13
I-1 การนำ (Leadership)	14
I-2 กลยุทธ์ (Strategy)	24
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)	30
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management)	40
I-5 บุคลากร (Workforce)	46
I-6 การปฏิบัติการ (Operation)	58
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (Key Hospital Systems)	71
II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)	72
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)	84
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)	91

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)	101
II-5 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)	112
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)	119
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)	132
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)	147
II-9 การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)	152

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes) 157

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)	158
III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)	163
III-3 การวางแผน (Planning)	168
III-4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)	173
III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families)	195
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	198

ตอนที่ IV ผลลัพธ์ (Results)

205

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)	206
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results)	206
IV-3 ผลด้านบุคลากร (Workforce Results)	207
IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)	207
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)	208
IV-6 ผลด้านการเงิน (Financial Results)	208
 ภาคผนวก 1 Scoring Guideline	 209
ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation	218
ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4	237

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. ได้รับการจัดตั้งเป็นองค์การมหาชน ในปี พ.ศ. 2552 โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงาน และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการ ประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

คณะกรรมการสถาบันได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพ ร่วมดำเนินการกำหนด หลักการ ทิศทาง และพัฒนามาตรฐานของสถาบัน ส่งผลให้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 มีจุดเด่นดังนี้

1. มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวางและครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมสำรวจ โรงพยาบาล ประชาชน มีการทดลอง ใช้มาตรฐานในสถานพยาบาลและนำผลการทดลองใช้มาปรับให้เหมาะสม
2. การนำมาตรฐานต่างประเทศ และหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับสากล The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA) มาเป็นแนวทาง การพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม
3. การบูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อ COVID-19 และวิถีหรือแนวปฏิบัติใหม่ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

4. การคาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อชี้แนะและส่งเสริมการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
5. การบูรณาการเอกลักษณ์ของไทย เช่น มิติจิตวิญญาณ (Spiritual Healthcare Appreciation: SHA) การแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ และการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ ในมาตรฐาน
6. การเรียบเรียงเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินรับรอง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 จึงเป็นเสมือนเครื่องมือในการบริหารองค์กรและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

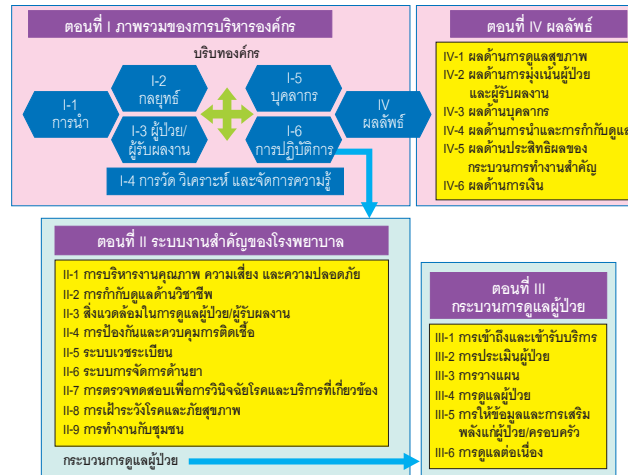
มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ I ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ II ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตอนที่ IV ผลลัพธ์ เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท โดยเรียงลำดับแต่ละบทตามตัวเลขอารบิกตามหลังด้วยเลขโรมัน ดังนี้

มาตรฐานตอนที่ I ประกอบด้วยมาตรฐานบทที่ I-1 ถึง I-6 ครอบคลุมการบริหารองค์กรตั้งแต่การนำองค์กร การกำหนดกลยุทธ์ การคำนึงผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ บุคลากร และการปฏิบัติการ

มาตรฐานตอนที่ II ประกอบด้วย มาตรฐานตอนที่ II-1 ถึง II-9 ครอบคลุมระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ดังนี้ การบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

- มาตรฐานตอนที่ III ประกอบด้วย บทที่ III-1 ถึง III-6 เริ่มตั้งแต่ กระบวนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง จนถึงการดูแลต่อเนื่อง
- มาตรฐานตอนที่ IV จะเป็นการแสดงถึงผลลัพธ์ บทที่ IV-1 ถึง IV-6 ประกอบด้วยผลด้านต่างๆ ดังนี้
ผลด้านการดูแลสุขภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน บุคลากร การนำและการกำกับดูแล ประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ และผลด้านการเงิน



แผนภาพที่ 1 ภาพรวมมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

หน้าแรกของแต่ละบท ได้มีการสรุปเนื้อหาจัดทำเป็นแผนภาพไว้ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของเนื้อหาภายในบทนั้นๆ นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดหมวดหมู่ของทุกส่วนในมาตรฐาน มีการกำหนดหัวข้อหลัก และข้อย่อย โดยเรียงลำดับ แต่ละตอน บท และข้อกำหนด เพื่อให้สะดวกต่อการศึกษา สร้างการเรียนรู้ และการสืบค้น

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ได้มีการปรับปรุงแบบและวิธีการเขียนบางประการ การใช้สัญลักษณ์ รวมถึงการเพิ่มคำขยายความที่สำคัญ ตามเสียงสะท้อนที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นและการทดลองใช้เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นดังนี้

1. รูปแบบการเขียนให้เป็นลักษณะหัวข้อที่เข้าใจง่าย โดยใช้เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์แทนความหมายต่างๆ ดังนี้

เครื่องหมายหัตภาค (.) ใช้เพื่อแสดงการจบเนื้อหาของประโยค

เครื่องหมายทวีภาค (;) ใช้ต่อท้ายคำอธิบาย ซึ่งอาจเป็นลำดับขั้น ตัวอย่าง หรือประเด็นที่หลากหลายในข้อกำหนดย่อย (multiple requirement)

เลขโรมัน i, ii, iii... เป็นอนุข้อย่อย แสดงถึงประเด็นที่จะช่วยให้ข้อกำหนดย่อยประสบความสำเร็จ โดยพิจารณาตามบริบทของโรงพยาบาลซึ่งอาจไม่ต้องทำทุกข้อ

เครื่องหมายอัฒภาค (;) ใช้ตามหลังอนุข้อย่อยว่ายังมีข้อต่อไปแสดงถึงความเชื่อมโยงของเนื้อหามาตรฐาน
เครื่องหมายทับ (/) ระหว่างคำสองคำที่ต่อเนื่องกัน หมายความว่าหรือในคำที่มีความหมายอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

2. ปรับภาษาและการเขียนคำที่เข้าใจง่าย โดยอ้างอิงภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. ปรับการขึ้นต้นประโยคด้วยคำนามหรือกริยา ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในแต่ละหัวข้อ
4. การอธิบายคำที่มีความหมายเฉพาะ หรือยกตัวอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อการนำไปปฏิบัติ ในเชิงอรรถ (footnote)

เนื้อหาของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 5 ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ 4 ในหลายประเด็น โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วย**ตัวอักษรสีม่วง** ผู้ใช้มาตรฐานสามารถดูหัวข้อหลักของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4 ได้จากตารางเปรียบเทียบในภาคผนวก

มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนดในตอนต้นที่ 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนต้นที่ 2 และตอนที่ 3 เท่าที่เกี่ยวข้องมาใช้

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

1. การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ
2. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ

ทิศทางนำ: visionary leadership, system perspective, agility

ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility

คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach

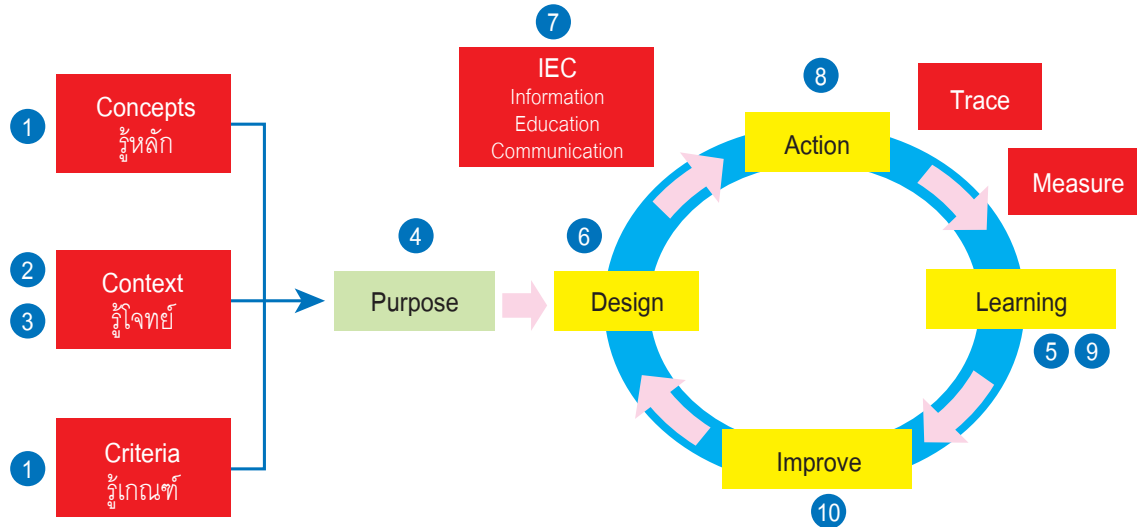
พาเรียนรู้: learning, empowerment

3. วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
4. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

1. ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด สำหรับข้อความหรือศัพท์ที่เข้าใจได้ยากหรือนึกถึงวิธีนำไปปฏิบัติไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอรรถ (footnote)
2. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
3. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อกับองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
4. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย
5. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
6. ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
7. เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

1. **ถอดรหัสมาตรฐาน** อะไรคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
2. **รับรู้** รู้สถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดของผู้ป่วย (ตามเงา สัมภาษณ์เชิงลึก)
3. **วิเคราะห์** เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
4. **ตั้งเป้า** วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัวชี้วัด
5. **เฝ้าดู** หา baseline ของตัวชี้วัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
6. **ออกแบบ** ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
7. **สื่อสาร** ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
8. **ปฏิบัติ** สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อมเอ๊ะในผู้ปฏิบัติงาน
9. **ติดตาม/เรียนรู้** มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย
10. **ปรับปรุง** ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

กิจกรรมการเรียนรู้กับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุม การทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

- 1) **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing)** โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งจะทำให้ คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด
- 2) **การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning)** เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่าง กว้างขวาง การมอบหมายให้ผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ
- 3) **สุนทรียสนทนา (dialogue)** เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า
- 4) **การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ (presentation)** เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติ บางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 5) **การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio)** จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตาม ประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

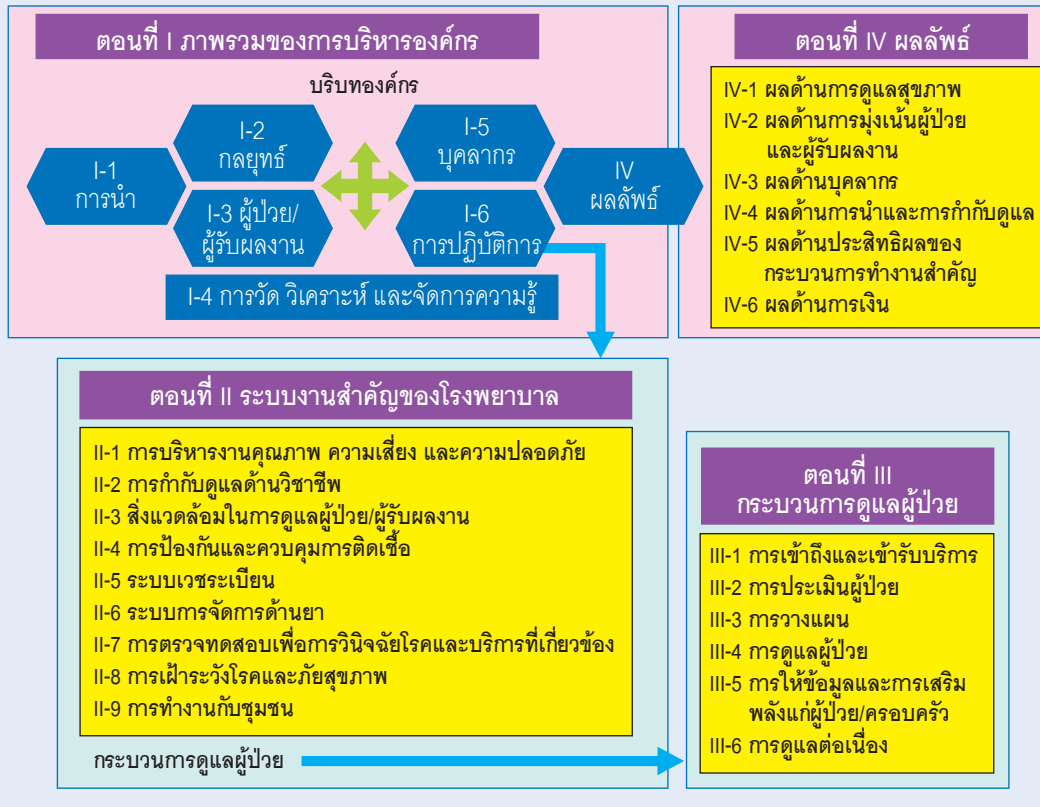
- 6) **การใช้ตัวตามรอย (tracer)** เป็นการติดตามสิ่งที่เราค้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน
- 7) **การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit)** เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเหมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า
- 8) **การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review)** ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป
- 9) **การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment)** เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย
- 10) **การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities)** เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

พึงระวังว่าจะไม่ใช้การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์ เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

- 11) **การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน** (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด
- 12) **การทบทวนเวชระเบียน** (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

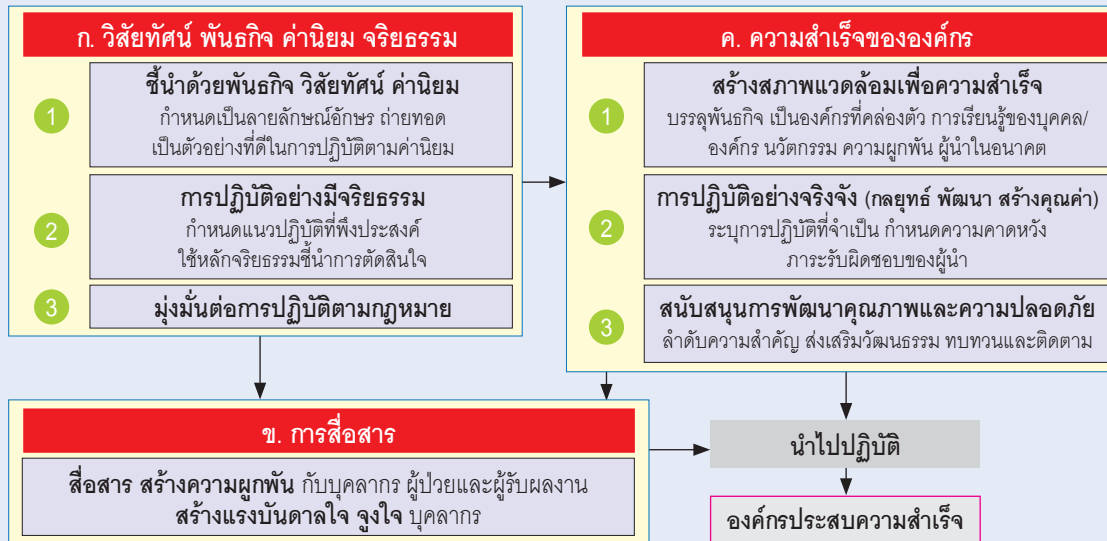
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร



I-1 การนำ (Leadership)

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

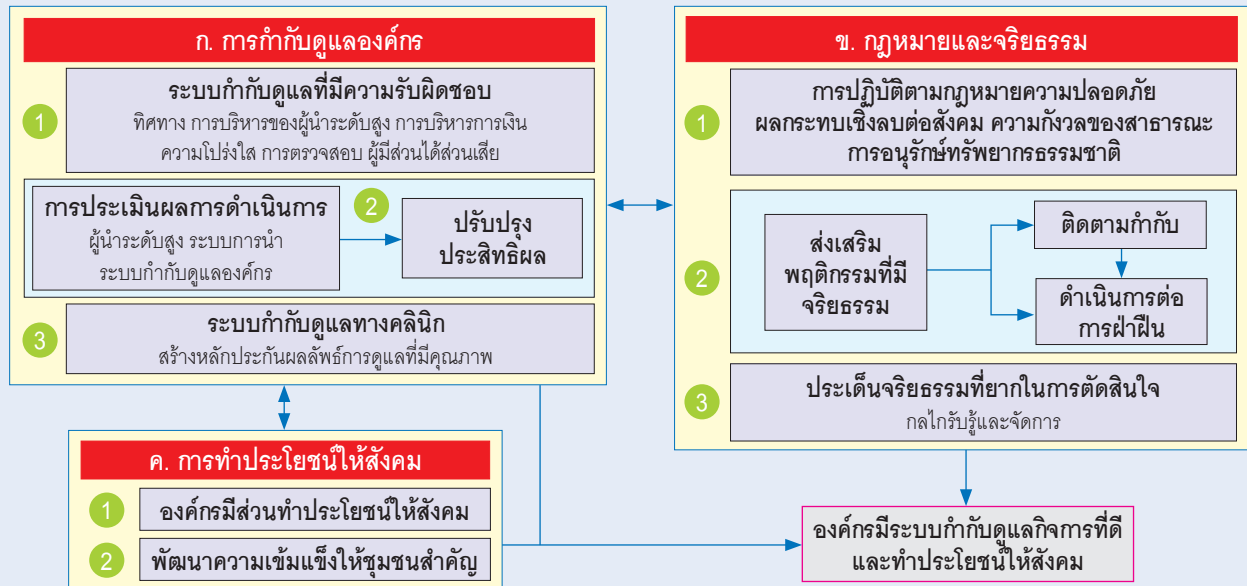
ผู้นำระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้งานในระบอบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม



I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กร**ประสบความสำเร็จ** ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม (Vision, Mission, Values and Ethics)

(1) ผู้นำระดับสูงชี้แนะองค์กร:

- (i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ¹;
- (ii) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร และการทำงานเป็นทีม.

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

- (i) กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม² (ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร;

¹ การถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ หมายถึง การถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปยังบุคลากร ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

² หลักจริยธรรม หมายถึง หลักแห่งความประพฤติปฏิบัติชอบ ซึ่งมีรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญา และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นหลักประพฤติปฏิบัติตนเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (ii) ส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรม ซึ่งนำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย³/ผู้รับผลงาน⁴ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.
- (3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย⁵.

ข. การสื่อสาร (Communication)

- (1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร และผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่สำคัญ:
 - (i) สื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย;
 - (ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น;

³ **ผู้ป่วย** หมายถึง ผู้ที่มารับบริการสุขภาพในการดูแลรักษาโรค การบาดเจ็บ หรืออาการที่ไม่ปกติต่างๆ ทางสุขภาพ และครอบคลุมถึงผู้รับบริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น รับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

⁴ **ผู้รับผลงาน** หมายถึง ผู้รับบริการด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านบริการสุขภาพ และผู้รับผลงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้รับบริการ เช่น ครอบครัวของผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยม ชุมชนที่สถานพยาบาลไปเสริมพลัง ดำรงชีวิตที่มากขึ้น และสื่อมวลชนที่ต้องการข่าว เป็นต้น

⁵ **กฎหมาย** หมายถึง กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของสถานพยาบาล ครอบคลุม กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการคลัง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับยา วัตถุ และเครื่องมือทางการแพทย์ และกลุ่มกฎหมายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ เพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดีและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ค. ความสำเร็จขององค์กร (Organization's success)

- (1) ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อม⁶ ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:
 - (i) ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และเป็นองค์กรที่คล่องตัว;
 - (ii) ปลุกฝังการเรียนรู้ขององค์กรและบุคลากรแต่ละคน รวมทั้งส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม;
 - (iii) มีวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและบุคลากร;
 - (iv) มีการพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (Focus on Action):
 - (i) กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร;
 - (ii) กำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการขององค์กร และจุดมุ่งเน้นที่การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.
 - (iii) แสดงให้เห็นถึงการรับผิดชอบของผู้นำ (personnel accountability) ต่อการดำเนินการขององค์กร.

⁶ ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อม หมายถึง ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการทำงานที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ เช่น วิธีการตอบสนองขององค์กร, ระบบการนำ (โครงสร้าง การสื่อสาร การตัดสินใจ), การตอบสนองของคนทำงาน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) ผู้นำระดับสูงสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:
- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
 - (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
 - (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม⁷ (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และ
การเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational Governance)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:
- (i) ทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - (ii) การบริหารงาน (operational management)⁸ ของผู้นำระดับสูง;
 - (iii) การบริหารทางการเงิน (financial management)⁹ และงบประมาณ;

⁷ การทำประโยชน์ให้สังคม (societal contribution) หมายถึง การที่องค์กรคำนึงถึงความผาสุกและประโยชน์ของสังคม โดยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติประจำ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี การปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับ และการสนับสนุนชุมชน โดยมีการกำหนดชุมชนและเรื่องที่เป็นบุคลากรในองค์กรจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งตามขนาดและความสามารถขององค์กร ซึ่งการทำประโยชน์ให้สังคมขององค์กรอาจเป็นตัวขับเคลื่อนความผูกพันของผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากร

⁸ การบริหารงาน (operational management) หมายถึง การดำเนินนโยบาย การกำหนดเป้าประสงค์หรือเป้าหมายในอนาคตสำหรับบริการต่างๆ ขององค์กรผ่านการวางแผนและการกำหนดงบประมาณ การสร้างกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านั้น การจัดสรรทรัพยากรและทำให้มั่นใจว่าจะบรรลุตามแผน

⁹ การบริหารทางการเงิน (financial management) หมายถึง การวางแผน การตรวจสอบ การจัดระเบียบและการควบคุม การเงินและสินทรัพย์ขององค์กร

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iv) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใสในการดำเนินการ;
 - (v) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล;
 - (vi) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.
- (2) องค์กรประเมินและปรับปรุง**ประสิทธิผล**การดำเนินการของ:
- (i) ผู้นำระดับสูง;
 - (ii) ระบบการนำ;
 - (iii) ระบบกำกับดูแลองค์กร.
- (3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก¹⁰ **ที่มีประสิทธิผล**
- (i) **กำหนดให้มีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก**¹¹กำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล¹² การจัดการสารสนเทศ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของ

¹⁰ **การกำกับดูแลทางคลินิก** (clinical governance) หมายถึง กรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

¹¹ **คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก** หมายถึง คณะกรรมการที่องค์กรมอบหมายให้กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุมโดยมีผู้บริหารสูงสุดทางด้านการแพทย์เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย

¹² **การเปิดเผยข้อมูล** (openness) หมายถึง การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องราวร้องเรียน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ผู้ประกอบการวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร;

- (ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ.

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

- (1) องค์กรส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบ ประกอบด้วย:

- (i) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย;
- (ii) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง¹³;
- (iii) การคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อการดำเนินการหรือการปฏิบัติการณ์ที่มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ¹⁴ รวมถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ.

¹³ กฎหมายและระเบียบ (Law and regulation) ควรครอบคลุมถึง กฎหมายและระเบียบที่คุ้มครองการจ้างงานผู้พิการ อาชีวอนามัย โครงสร้างอาคาร การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม การจัดการของเสีย พรบ.โรคติดต่อที่ต้องรายงาน พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค ความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กฎหมายของวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนวิชาชีพ มาตรฐานทางเทคนิคต่างๆ เช่น พรบ.คอมพิวเตอร์

¹⁴ ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันกาล สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:
 - (i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม¹⁵ ในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;
 - (ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.
- (3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ¹⁶ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

ค. การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution)

- (1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม.
- (2) องค์กรกำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน¹⁷.

¹⁵ **พฤติกรรมที่มีจริยธรรม** ครอบคลุมจริยธรรมทางการแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น ความตรงไปตรงมากับคู่ค้าหรือผู้ส่งมอบ การประเมินผลงานระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง เป็นต้น

¹⁶ **ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ** (ethical dilemma) หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก

¹⁷ **สร้างความเข้มแข็งของชุมชน** หมายถึง ความร่วมมือในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในงานบริการ การศึกษา สุขอนามัย และการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น

I-2 กลยุทธ์ (Strategy)

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

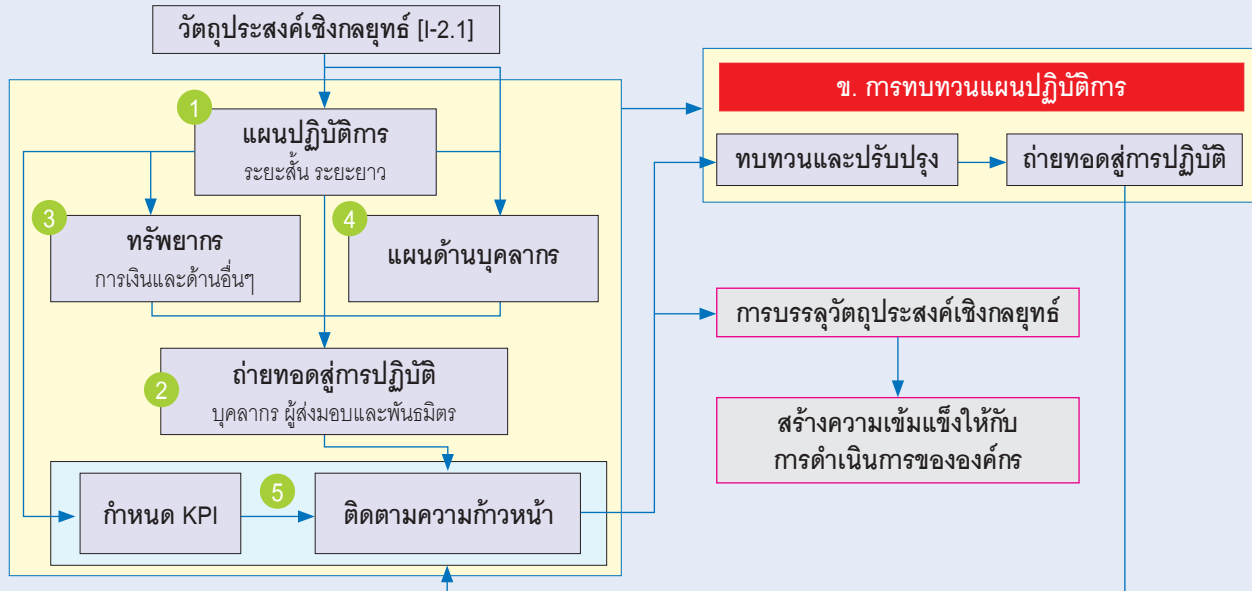
องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.



I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ



ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ

ทบทวนและปรับปรุง → ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

สร้างความเข้มแข็งให้กับ
การดำเนินการขององค์กร

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

(1) องค์กรมีกระบวนการในการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม:

- (i) มีกระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลา ที่เหมาะสม;
- (ii) มีการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากร และข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสมในการวางแผนระบบบริการ;
- (iii) มีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว.

(2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:

- (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ;
- (ii) สมรรถนะหลักขององค์กร;
- (iii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์;
- (iv) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
- (v) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (vi) ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ.
- (3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.
- (4) องค์กรตัดสินใจ¹⁸เรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

- (1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เป้าประสงค์ (goals) ที่วัดได้และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ.¹⁹

¹⁸ การตัดสินใจพิจารณาจากสมรรถนะหลักขององค์กร การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับองค์กรภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพขององค์กร.

¹⁹ การสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยา (healthy and healing environment).

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action Plan Development and Deployment)

(1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดย:

- (i) มีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด;
- (ii) จัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;
- (iii) มีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ.²⁰

(2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:

- (i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;
- (ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์.

²⁰ วัตถุประสงค์ของการดำเนินการควรครอบคลุม วัตถุประสงค์ของระบบบริการต่างๆ ที่ขึ้นอยู่กับ จำนวนและประเภทของกิจกรรมการบริการ ที่วางแผนไว้ ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปยังแผนอื่นๆ ภายในองค์กร เช่น ทรัพยากรมนุษย์ ความเสี่ยง การสื่อสาร และแผนทางการเงิน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (financial viability).
- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากร²¹ เพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.
- (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

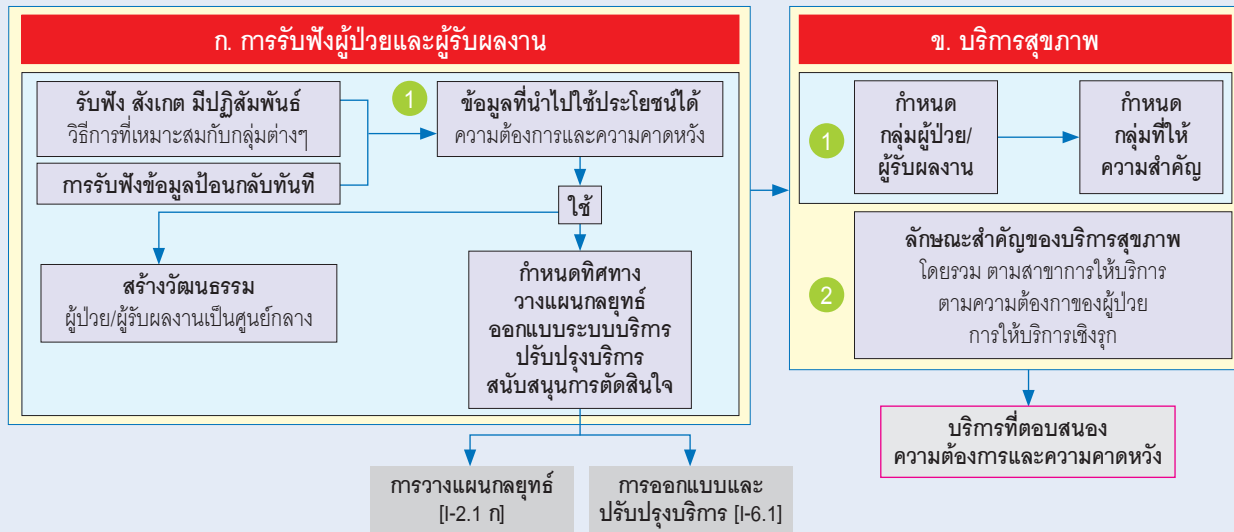
องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น.

²¹ แผนด้านบุคลากร ครอบคลุมเรื่องการทำแผนเพื่อกำหนดจำนวนบุคลากร กลุ่มบุคลากรที่มีความสามารถความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทักษะหรือความรู้เฉพาะหรือผสมผสานที่ต้องพัฒนาบุคลากร และการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ให้สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ รวมถึงระบบบริการที่สำคัญให้บรรลุเป้าหมายองค์กร

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)

I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)

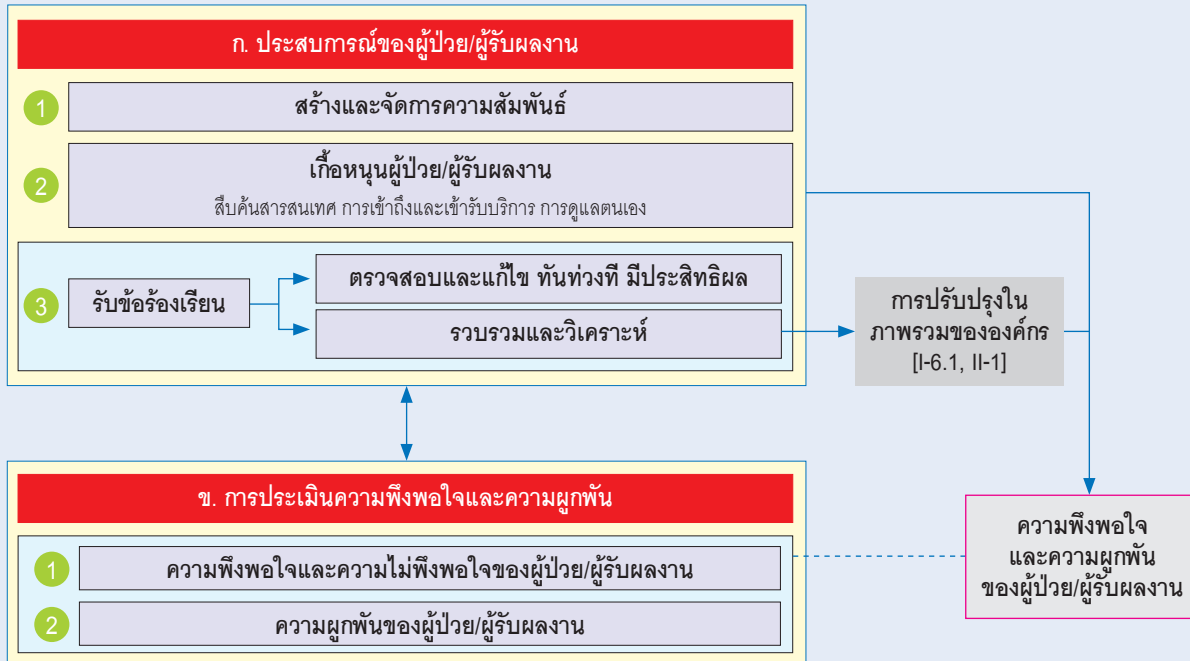
องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

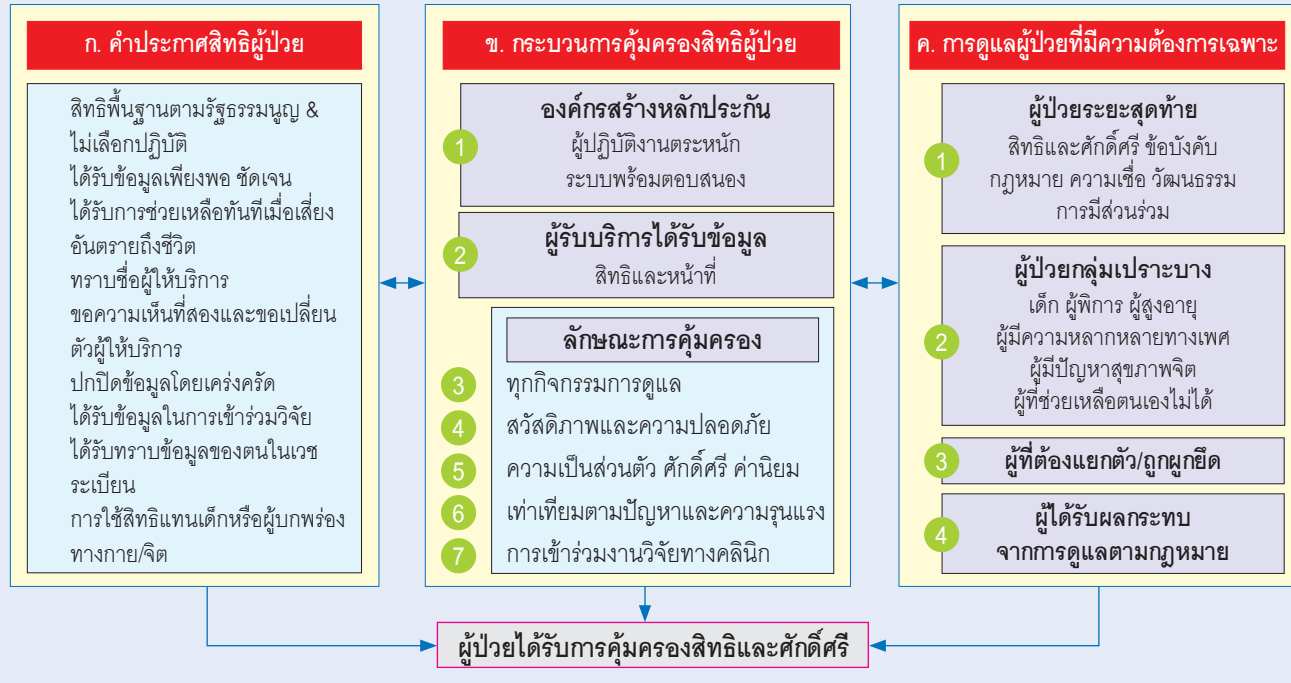
I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน.



I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.



I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน²²(Patient/Customer Listening)

(1) องค์กรรับฟัง สังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:

- (i) นำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้/วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;
- (ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
- (iii) ค้นหาข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันทั่วทั้งที่สามารถนำไปใช้ได้;
- (iv) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการปรับปรุงกระบวนการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ;
- (v) ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people-centred or patient/customer focused culture).

²² การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง การรับฟังเสียงที่สะท้อนหรือแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความคาดหวัง ความต้องการ ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งอาจเกิดจากการพูด การตอบแบบสอบถาม การส่งข้อความ การแสดงออก และการกระทำ เป็นต้น โดยอาจใช้กระบวนการรับฟังโดยตรง หรือการสังเกต

ข. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

- (1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ.
- (2) องค์กรกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ/ความต้องการความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การกำหนดลักษณะสำคัญครอบคลุม:
 - (i) บริการสุขภาพในภาพรวม²³;
 - (ii) บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ²⁴;
 - (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน²⁵;
 - (iv) บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ²⁶.

²³ บริการสุขภาพในภาพรวม เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

²⁴ บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ เช่น บริการสุขภาพสาขาเฉพาะทางต่างๆ และบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ

²⁵ บริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น บริการโรคเรื้อรัง บริการผู้สูงอายุ และบริการอาชีวเวชกรรม

²⁶ บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ เช่น บริการเยี่ยม/ดูแลที่บ้าน บริการเชิงรุกในชุมชน/สถานประกอบการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล (respect personal preferences) เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.
- (2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้สามารถสืบค้นข้อมูล/สารสนเทศ และรับการช่วยเหลือ: (ดู II-1.1 ก.(9) ร่วมด้วย)
 - (i) ข้อมูลและสารสนเทศ²⁷ เกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;
 - (ii) สนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.
- (3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันทั่วทั้งที่และมีประสิทธิผล:
 - (i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ;

²⁷ ข้อมูลและสารสนเทศ หมายถึง ข้อมูลและสารสนเทศที่สืบค้นเพื่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชน ควร มีหลายภาษาที่ตอบสนองความต้องการ ความหลากหลายของกลุ่มประชากรและชุมชน โดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเข้าถึงและ ค้นหาข้อมูลดังกล่าว รวมถึงควรมีการสื่อสารและเผยแพร่ต่อสาธารณะที่ชัดเจน เช่น การเผยแพร่ผ่าน website

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด;
- (iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร.

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Determination of Patient/ Customer Satisfaction and Engagement)

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข²⁸.

²⁸ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อมูลจากคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ได้แก่ 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษา จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ 4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีเป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่ 6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย 7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่²⁹ ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) องค์กรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) องค์กรจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย. ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงของโรคเหมือนกัน จะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
- (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

²⁹ หน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ตามประกาศของแพทยสภา ที่ 50/2563

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (Care for Patients with Specific Needs)

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ **ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ** ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.
- (3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกมัด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.
- (4) **ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม³⁰.**

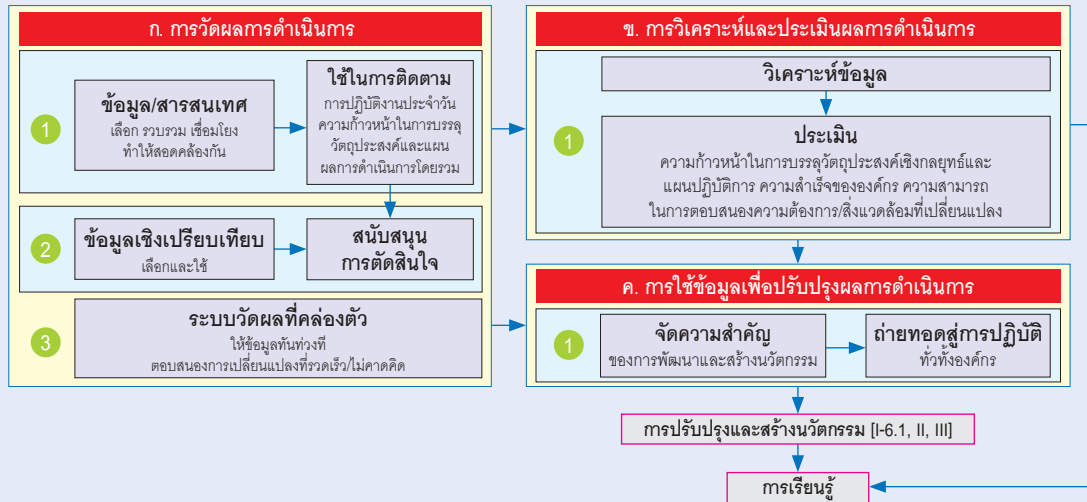
³⁰ เช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ

I-4

การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management)

I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis and Improvement of Organizational Performance)

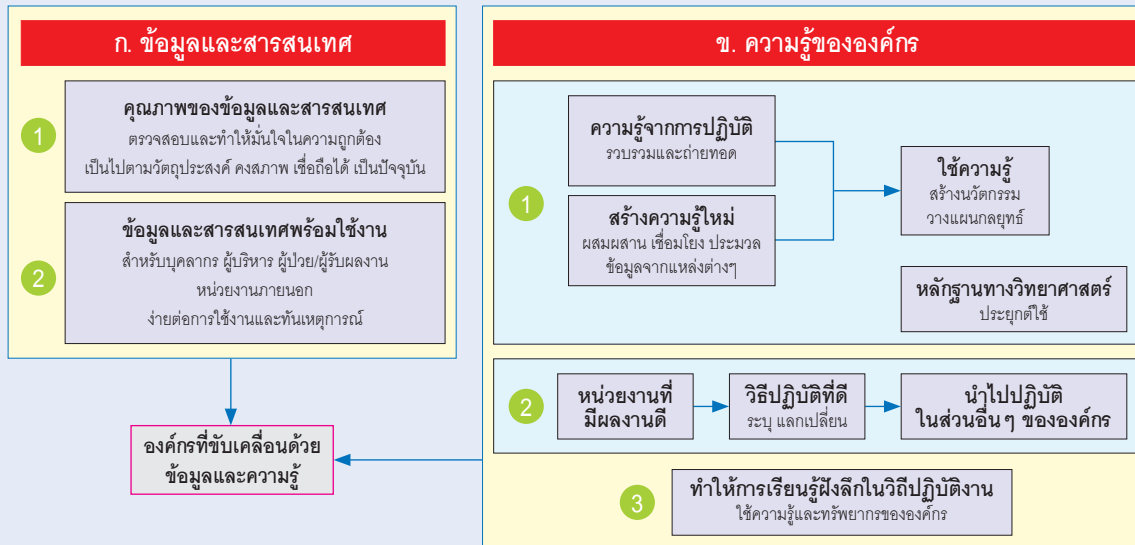
องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.



I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร (Measurement, Analysis, and Improvement of Organizational Performance)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

(1) องค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อติดตามการปฏิบัติงานและผลการดำเนินการขององค์กร ในลักษณะที่เชื่อมโยงและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน:

(i) ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน;

(ii) ติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;

(iii) ติดตามผลการดำเนินการโดยรวม ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการ ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย³¹ ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลการดำเนินการของระบบบริการ³² ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร ผลลัพธ์ด้าน

³¹ ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากกระบวนการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents/adverse events)

³² ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จาก การร้องเรียน (complaint) คำชมเชยและข้อเสนอนะ (compliment and concerns) ตัววัดผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient/service user's satisfaction) รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพของบริการ (utilization and efficiency of services)

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

การเงิน ตลาด และกลยุทธ์. (ดูตอนที่ IV ร่วมด้วย)

- (2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ³³ ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง.
- (3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันท่วงทีเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ (Performance Analysis and Review)

- (1) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร:
 - (i) ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) ความสำเร็จขององค์กร;
 - (iii) ขีดความสามารถในการตอบสนองความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

- (1) องค์กรนำผลการทบทวนผลการดำเนินการมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร. (ดู II-1.1ก.(6) ร่วมด้วย)

³³ แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล (data) สารสนเทศ (information) สินทรัพย์ความรู้ (knowledge asset) ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ. ในด้านต่างๆ ดังนี้:
 - (i) ความถูกต้อง (accuracy) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (validity);
 - (ii) ความคงสภาพ³⁴(integrity) เชื่อถือได้ (reliability);
 - (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current).
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

³⁴ ความคงสภาพ (integrity) หมายถึง คุณสมบัติของการจัดการข้อมูลที่ต้องสามารถรักษาความถูกต้องครบถ้วนไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้หรือประมวลผล สาเหตุที่ทำให้ข้อมูลขาดการคงสภาพ มักเกิดจากฐานข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนกัน ปัญหาจากการอ้างอิงเวลาต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล หรือเมื่อต้องมีการปรับปรุงข้อมูลที่เก็บไว้ในฐานข้อมูล

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

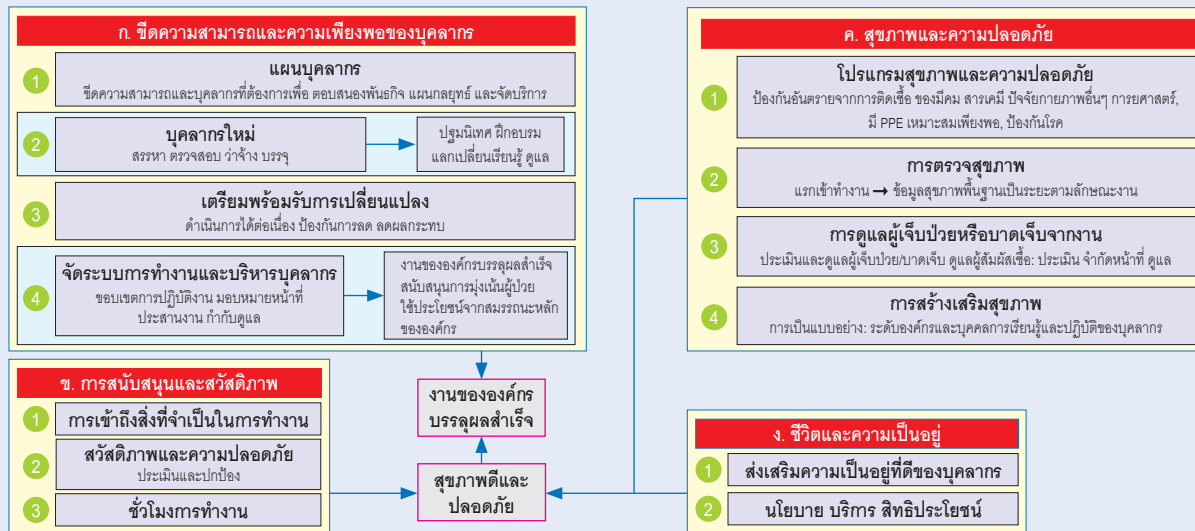
- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. ประกอบด้วย:
 - (i) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร;
 - (ii) **ผสมผสาน เชื่อมโยง** และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
 - (iii) **รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง** เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนกลยุทธ์;
 - (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการและเทคโนโลยีสำหรับบริการสุขภาพ (healthcare intervention & technology) มาประยุกต์ใช้.
- (2) องค์กรแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) ขององค์กร. ดังนี้:
 - (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี;
 - (ii) ระบุวิธีหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;
 - (iii) นำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.
- (3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน³⁵ขององค์กร.

³⁵ **การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน** หมายถึง การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นการปฏิบัติจริงอย่างเป็นประจำ มี 2 รูปแบบ คือ 1. การฝังวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร และส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรงหรือเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญ 2. การสร้างองค์ความรู้และการแบ่งปันองค์ความรู้ทั่วทั้งองค์กร เช่น การฝังสินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) ที่ได้จากการเรียนรู้เข้าไปในการทำงานประจำ จนเกิดการปฏิบัติจริง เช่น การมีคู่มือ การมี work instruction ที่มีการปรับปรุงจากการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมที่นำไปใช้ในองค์กร

I-5 บุคลากร (Workforce)

I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

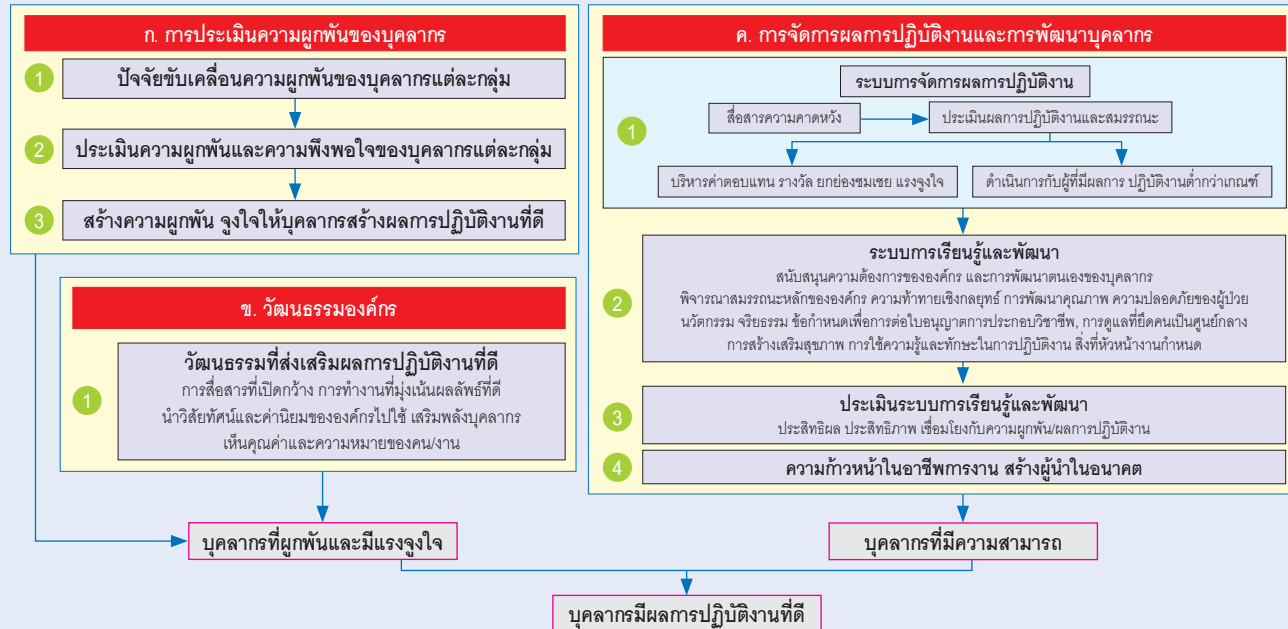
องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.



I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร³⁶ (Workforce Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและ**ความเพียงพอของบุคลากร**เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อ**สวัสดิภาพ**³⁷ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

ก. ขีดความสามารถ³⁸ และ**ความเพียงพอของบุคลากร**³⁹ (Workforce Capability and Capacity)

(1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร:

³⁶ **บุคลากร** หมายถึง บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

³⁷ **สวัสดิภาพ** (security) หมายถึง การปราศจากภัยอันตราย มั่นคง ปลอดภัย ปราศจากการบาดเจ็บ หรือตาย รวมทั้งการสูญเสียทรัพย์สินของมีค่าหรือเสียเวลาไป รวมถึง การดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และมีการเตรียมป้องกันภัยไว้ล่วงหน้า อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ ในสถานที่ทำงาน

³⁸ **ขีดความสามารถของบุคลากร** (workforce capability) หมายถึง ขีดความสามารถขององค์กรในการจัดการขีดความสามารถของ**บุคลากร**ให้บรรลุผลสำเร็จของงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของ**บุคลากร** ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

³⁹ **ความเพียงพอของบุคลากร** (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) กำหนดระดับอัตรากำลังและทักษะที่ต้องการเพื่อการจัดการบริการและการปฏิบัติงานตามพันธกิจ โดยพิจารณาข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ;
 - (ii) แผนบุคลากรตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์.
- (2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่:
- (i) การรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์;
 - (ii) การจัดให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน.
- (3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.
- (4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้งใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:
- (i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและและผู้ปฏิบัติงานอื่น;
 - (ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน⁴⁰ การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;
- (iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม.
- (v) ทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี.

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร (Workforce Work Support and Security)

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด.
- (3) องค์กรกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยคำนึงถึงสุขภาพ ความเครียด และประสิทธิภาพของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน.

⁴⁰ กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน เช่น ข้อตกลงความร่วมมือ/มาตรการที่ใช้ร่วมกันและ/หรือคณะกรรมการสำหรับการวางแผนการกำกับดูแลบุคลากร ในแต่ละหน่วยงาน

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (Workforce Health and Safety)

- (1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร โดยมีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ค ร่วมด้วย):
- (i) มีการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน โดยเฉพาะ วัณโรค โรคติดต่อทางเดินหายใจ หรือ โรคอุบัติใหม่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ เอชไอวี;
 - (ii) มีการป้องกันอันตรายจากเข็มและของมีคม รวมทั้งการสัมผัสแผลเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ;
 - (iii) มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ ยาผสมสลบ และยาเคมีบำบัด;
 - (iv) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี;
 - (v) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์;⁴¹
 - (vi) มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ;
 - (vii) มีการให้วัคซีน ยา หรือหัตถการที่เหมาะสมแก่บุคลากรเพื่อการป้องกันโรค.

⁴¹ การยศาสตร์ (Ergonomics) หมายถึง ศาสตร์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคน เครื่องจักร สิ่งแวดล้อม และระบบ แล้วทำการออกแบบ หรือ ปรับระบบ สิ่งแวดล้อม หรือเครื่องจักรเหล่านั้น ให้เกิดความสะดวกสบาย ความปลอดภัยเหมาะสมกับบุคคล และก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ในการปฏิบัติงาน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสอบสุขภาพ.
 - (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน;
 - (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.
- (3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน.
 - (i) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม;
 - (ii) องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ.
- (4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.
 - (i) องค์กรมีนโยบายและวิถีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
 - (ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
 - (iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

จ. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (Workforce Life and Well-being)

(1) องค์กรส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร:

- (i) กระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด (stress management) การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) การติดตามวัดระดับภาระงาน (workload monitoring) การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน (management of work-life balance) การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต⁴²(lifestyle) และแผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes)⁴³ เป็นต้น;
- (ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม.

(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม. ด้วยมาตรการต่อไปนี้:

- (i) การประกาศนโยบาย;
- (ii) การจัดบริการ;
- (iii) การให้สิทธิประโยชน์.

⁴² **แบบแผนการดำเนินชีวิต** (Lifestyle) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ชีวิต ใช้เวลา ใช้เงิน ของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาซ้ำๆ กัน ใน 4 มิติ คือ ลักษณะกลุ่มคนที่เข้าไปมีส่วนร่วม (demographics) กิจกรรมที่เข้าไปมีส่วนร่วม (activities) ความสนใจ (interest) และการแสดงความคิดเห็น (opinion) ตัวอย่าง การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี คือ การใช้วิถีชีวะเวชศาสตร์ หรือ Lifestyle Medicine

⁴³ **วิถีชีวิตสุขภาพดี** (health lifestyle programmes) หมายถึง โปรแกรมที่ออกแบบและปรับเปลี่ยนเฉพาะตัวบุคคลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี แข็งแรงและมีความสุข โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 องค์ประกอบ คือ การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร การนอนหลับ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน การทำงาน และการพักผ่อน

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร⁴⁴ มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษามูลค่าไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร (Assessment of Workforce Engagement)

- (1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากร ในแต่ละกลุ่ม.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพัน⁴⁵และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.
- (3) องค์กรนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

⁴⁴ ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญาของบุคลากร เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กร บรรลุผล

⁴⁵ การประเมินความผูกพัน หมายถึง การประเมินปัจจัยที่ขับเคลื่อนความผูกพันและประเมินระดับความผูกพัน ประกอบด้วย 1. วิธีการประเมินเป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินที่มีการวางรูปแบบอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารวิธีการประเมิน/ผลการประเมิน และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในวงกว้าง 2. วิธีการประเมินไม่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินในลักษณะกิจกรรมเสริม เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การสร้างความสัมพันธ์ หรือการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น สู่การวางแผนเชิงระบบ เช่น การทำ focus group หรือ การทำ exit interview เป็นต้น

ข. วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

- (1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร:
 - (i) มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง;
 - (ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;
 - (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
 - (iv) เสริมพลังบุคลากร;
 - (v) เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน.⁴⁶

ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

- (1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี พัฒนาความรู้ความสามารถให้เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล:

⁴⁶ การเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (Inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และคนรอบข้าง รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน กับองค์กรมีสำนึกร่วมกับชุมชน และมีพลังศรัทธาในงานและชีวิต การสร้างวัฒนธรรมดังกล่าว อาจใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดียิ่งขึ้นอย่างสม่ำเสมอ;
 - (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับภาระงานเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง;
 - (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
 - (iv) มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์.
- (2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
- (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
 - (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร;
 - (iv) การทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

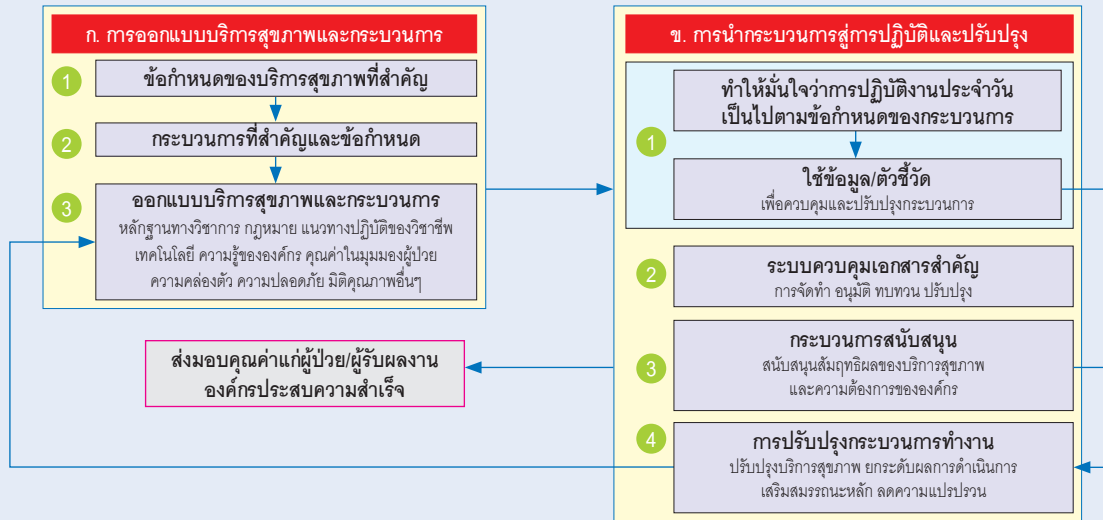
- (v) การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง⁴⁷ มิติทางสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน;
 - (vi) การสร้างเสริมสุขภาพ;
 - (vii) การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน;
 - (viii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.
- (3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.
- (4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

⁴⁷ การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people-centred care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัดของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการการดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลและลงนามยินยอมรับการดูแลรักษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ แต่ละกลุ่ม

I-6 การปฏิบัติการ (Operation)

I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

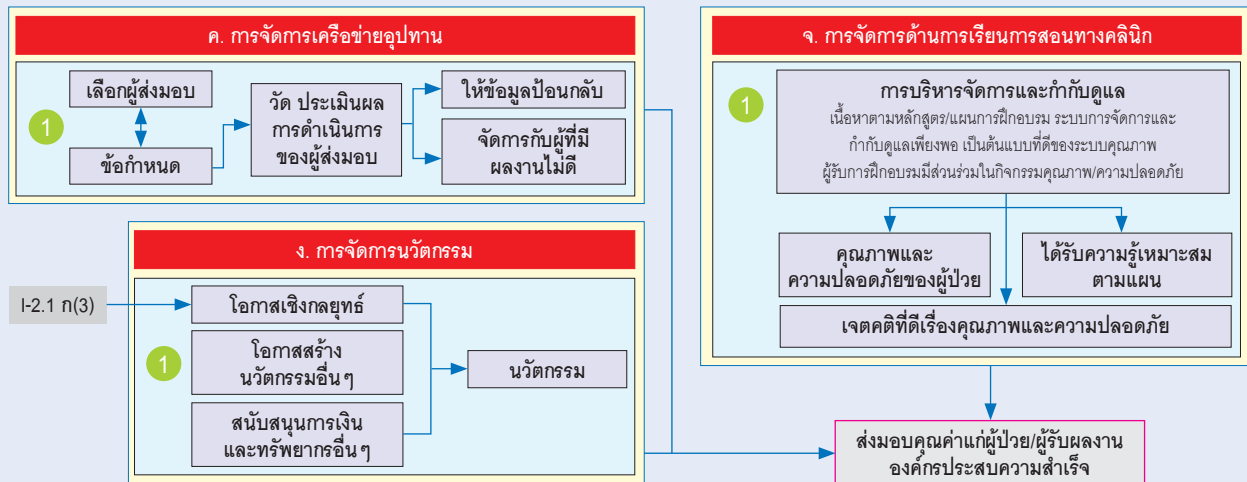
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

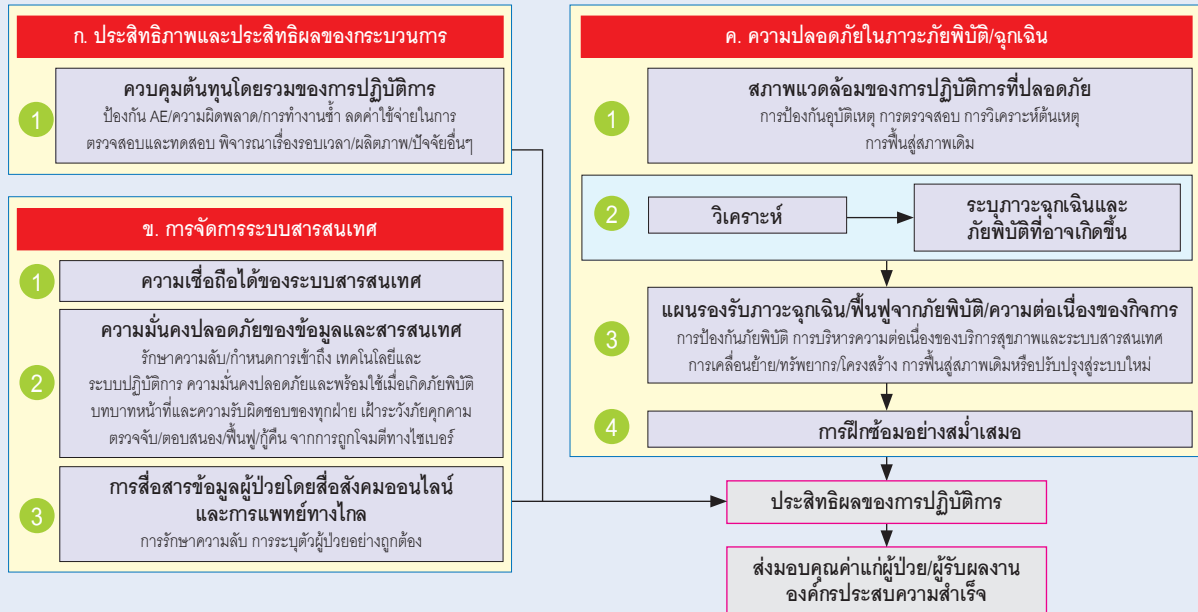
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้นั้นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน⁴⁸ และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน (Healthcare Service and Processes Design)

- (1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนดโดยนำหลักฐานทางวิชาการ กฎหมาย แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่างๆ มาใช้.

⁴⁸ เครือข่ายอุปทาน (supply network) หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการ จากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร ตามแนวคิดระบบนิเวศที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่ต่างๆ เหมือนห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) องค์กรจัดทำ อนุมัติ⁴⁹ ทบทวน และปรับปรุงเอกสาร นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานและระเบียบปฏิบัติสำหรับหน้าที่สำคัญขององค์กรตามระยะเวลาที่กำหนด.
- (3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร.
- (4) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:
 - (i) ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพและยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร;
 - (ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

⁴⁹ การอนุมัติ อาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผน/เอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

- (1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง⁵⁰/ผลิตภัณฑ์พัสดุ และบริการอื่น⁵¹ ที่มีคุณภาพสูง โดย:
- (i) เลือกผู้ส่งมอบ ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
 - (ii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุมเพื่อนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบ;
 - (iii) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
 - (iv) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
 - (v) จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

⁵⁰ บริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง หมายถึง บริการสุขภาพที่องค์กรให้หน่วยงาน กลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่นมาให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล โดยองค์กรเป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการในองค์กร หรือบริการสุขภาพที่องค์กรบริหารจัดการให้ได้รับบริการภายนอกองค์กร

⁵¹ ผลิตภัณฑ์ พักและบริการอื่น เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็นอย่างขาดแคลน เช่น N95, surgical mask, gown, alcohol และบริการอื่นๆ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหารระบบขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร เป็นต้น

ง. การจัดการนวัตกรรม (Innovation Management)

- (1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ มาพัฒนานวัตกรรม⁵² มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก (Clinical Education and Training Management)

- (1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก/ผู้เรียนอย่างเหมาะสม. ดังนี้:
 - (i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม;
 - (ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน;
 - (iii) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรม;

⁵² นวัตกรรมที่พัฒนาควรคำนึง คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบริการ ความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับในระบบบริการ และโอกาสพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

- (1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (Information System Management)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัย ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบปฏิบัติการที่สำคัญ ทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก. โดยมีการดำเนินการดังนี้:
 - (i) มีระบบการรักษาความลับและกำหนดการเข้าถึงทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามสิทธิที่เหมาะสม;
 - (ii) ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) ดูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ;
 - (iv) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
 - (v) เผื่อระงับภัยคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
 - (vi) ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญจากเหตุการณ์ที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจสอบ ตอบสนอง ปรับปรุงระบบสารสนเทศและกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์.
- (3) กรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล⁵³ (telemedicine and information-sharing platforms) เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้ และมีการดำเนินการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ.

⁵³ **ระบบบริการการแพทย์ทางไกล** (Telemedicine and information-sharing platforms) หมายถึง ระบบงานที่มีการนำดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพ และเสียง หรือวิธีการอื่นใด ในการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ⁵⁴และภาวะฉุกเฉิน⁵⁵

(Safety and Emergency/Disaster Preparedness)

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบการวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้พื้นที่เสี่ยงต่ำลงกว่าเดิม.
- (2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (3) องค์กรจัดทำและทบทวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/แผนฟื้นฟูจากภัยพิบัติ แผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากรและสถานที่ในการดำเนินการ⁵⁶ โดยคำนึงถึง:

⁵⁴ **ภัยพิบัติ** หมายถึง ภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน โดยส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของผู้นคนในสังคมเป็นวงกว้าง ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม, แผ่นดินไหว, พายุและการระบาดของโรคติดต่อ 2. ภัยพิบัติที่มนุษย์สร้าง เช่น อัคคีภัยในพื้นที่หรือชุมชน, อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม, และการก่อการร้ายทางชีวภาพ

⁵⁵ **ภาวะฉุกเฉิน (emergency)** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่ได้มีการคาดการณ์ล่วงหน้า มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้ หรือเหตุการณ์ที่ต้องปรับระบบบริการหรือเกิดความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย เช่น อุบัติเหตุหมู่ การประท้วง การเดินขบวน การบุกรุกสถานที่ การชว่วาระเบิดในสถานพยาบาล

⁵⁶ **การดำเนินการ** ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณสุขโรค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การขนส่ง การจัดเตรียมอาหาร การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) การป้องกันภัยพิบัติ⁵⁷;
 - (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง⁵⁸ของระบบบริการ และระบบสารสนเทศ;
 - (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
 - (iv) การฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงระบบใหม่.
- (4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ.

⁵⁷ **การป้องกันภัยพิบัติ** หมายถึง การป้องกันผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่จะมีผลกระทบต่อองค์กร และการดำเนินการขององค์กร

⁵⁸ **การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง** หมายถึง การเตรียมความพร้อมขององค์กรในการเผชิญกับภาวะฉุกเฉินโดยมีการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) โดยต้องมีการซ้อมแผนเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้เมื่อเกิดสถานการณ์จริง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

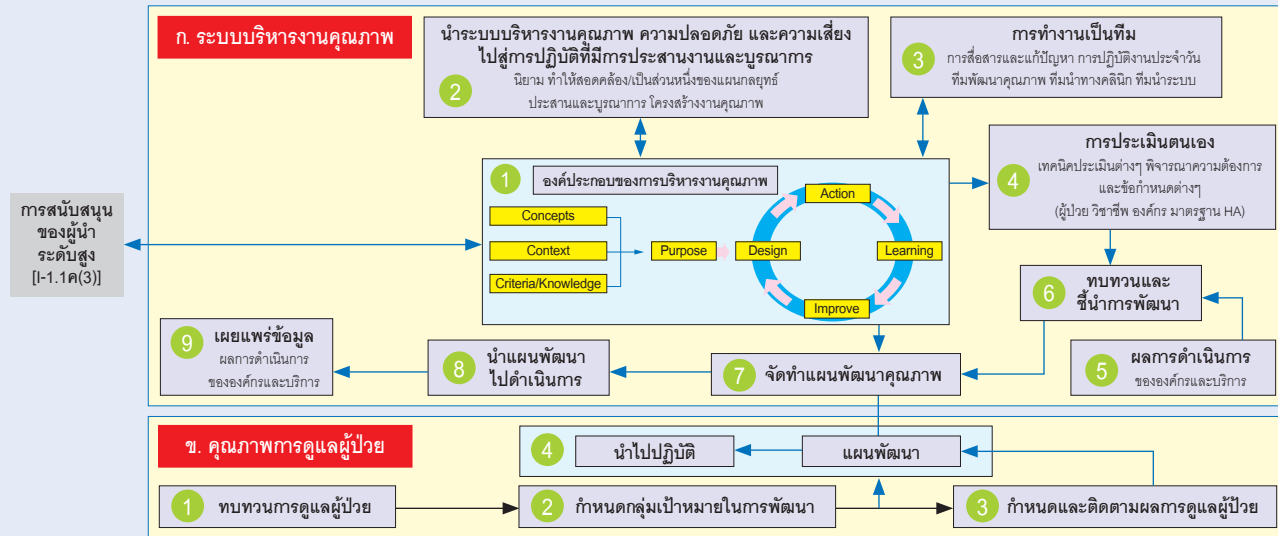


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

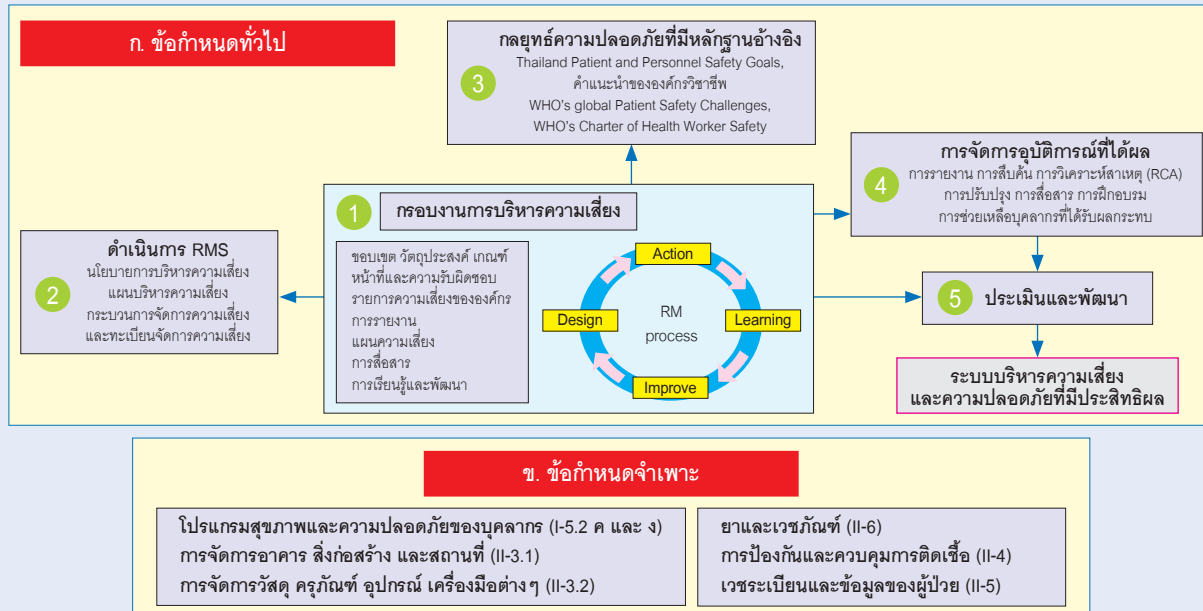
องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.



II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System)

- (1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การอ้าง การเรียนรู้ และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ.
 - (i) มีการบริหารคุณภาพตามหลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ (concept) โดยคำนึงถึงบริบทจำเพาะขององค์กร (context) รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และต้องสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดแจ้งและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);
 - (ii) มีการกำหนดวัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose) ที่ใช้ติดตามประเมินผลได้;
 - (iii) นำไปสู่การออกแบบ (design) ระบบ/กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people-centered) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (action) ที่ได้ผล โดยมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning) อย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงพัฒนาระบบ/กระบวนการ (improve) การสร้างนวัตกรรม การบูรณาการ รวมถึงการออกแบบใหม่ (re-design) อย่างเป็นระบบ;
- (2) องค์กรนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) กำหนดนิยาม “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” เพื่อนำไปปฏิบัติและสื่อสารในองค์กรให้เป็นในทิศทางเดียวกัน;
 - (ii) กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - (iii) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยทบทวนและกำกับติดตามผลและความก้าวหน้าการดำเนินการและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแก้ไขปัญหาอุปสรรค;
 - (iv) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยงในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล;
 - (v) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินการ.
- (3) องค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:
- (i) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (ii) มีความร่วมมือกันในกลุ่มบุคลากร ในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ;
 - (iii) ส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) จัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางการให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.
- (4) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:
- (i) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;
 - (ii) มีการประเมินกระบวนการที่ออกแบบระบบบริการเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (iii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ และตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ⁵⁹;
 - (iv) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

⁵⁹ องค์กรสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 และตอนที่ IV)
- (6) องค์กรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการวัดผลการดำเนินการมาใช้ในการทบทวนและชี้นำการพัฒนาคุณภาพ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1ค.)
- (7) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้:
 - (i) มีการกำหนดเป้าหมาย วัดคู่ประสงค์ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน;
 - (ii) ระบุกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัดคู่ประสงค์;
 - (iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
 - (iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
 - (v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ;
 - (vi) สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้.
- (8) องค์กรสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นำแผนไปดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.
- (9) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการต่อสาธารณะ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Quality)

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย⁶⁰ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก⁶¹ ที่จะเป็เป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและนำแผนไปดำเนินการ โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถ้องค์ร่วม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ปั่นฟู ตามความเหมาะสม.

⁶⁰ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการใช้ยา การทบทวนการใช้เลือด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัด โดยผู้ป่วยครอบคลุมถึงผู้รับบริการสุขภาพด้านสร้างเสริมและป้องกัน

⁶¹ กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง หรือ กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) กลุ่มเด็กวัยรุ่น (อายุ 15-21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) หรือกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้พิการ/ด้อยโอกาส เป็นต้น

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

(1) องค์กรกำหนดกรอบงานการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบงานการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วย:

- (i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;
- (ii) หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;
- (iii) รายการความเสี่ยงขององค์กร อย่างน้อยครอบคลุม ด้านกลยุทธ์ (strategic risk) ด้านคลินิก (clinical risk) ด้านการปฏิบัติการ (operational risk) และด้านการเงิน (financial risk);
- (iv) กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์⁶²;
- (v) สรุปแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk);

⁶² องค์กรอาจเข้าร่วมโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยบูรณาการข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรกับภาพรวมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบของประเทศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
 - (vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง.
- (2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง โดย:
- (i) นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ;
 - (ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;
 - (iii) กระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน⁶³ ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง จากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

⁶³ ตัวอย่างความเสี่ยงของผู้มาเยือน เช่น ญาติผู้ป่วยลื่นหกล้มในโรงพยาบาล การติดเชื้อ COVID-19 ของญาติผู้ป่วย เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.

- (i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals⁶⁴);
- (ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;
- (iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHO Global Patient Safety Challenges)⁶⁵ และกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร (WHO Charter on Health Worker Safety) ที่เผยแพร่ โดยองค์การอนามัยโลก เป็นต้น.

⁶⁴ **Thailand Patient and Personnel Safety Goals** หมายถึง เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ประกอบด้วยหัวข้อหลัก Patient Safety: S-Safe surgery, I-Infection prevention control, M-Medication and Blood Safety, P-Process of Care, L-Line, Tube, and Catheter & Laboratory, E-Emergency Response และ Personnel Safety: S-Security of information and Social media, I-Infection Exposure, M-Mental Health and Mediation, P-Process of Work, L-Lane and Legal, E-Environment Safety

⁶⁵ **Global Patient Safety Challenge** หมายถึง ประเด็นความท้าทายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดขึ้น และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคลื่อน ประกอบด้วย “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication without Harms (2017)”

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย:
- (i) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์⁶⁶ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
 - (ii) การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ⁶⁷ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
 - (iii) การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
 - (iv) การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - (v) การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุนความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
 - (vi) การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.
- (5) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

⁶⁶ ให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัย (safety incidents)

⁶⁷ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ถึงสาเหตุตั้งต้นที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการในเชิงกระบวนการหรือระบบ โดยหากสามารถจัดการหรือควบคุมได้ จะลดหรือจะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวซ้ำ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

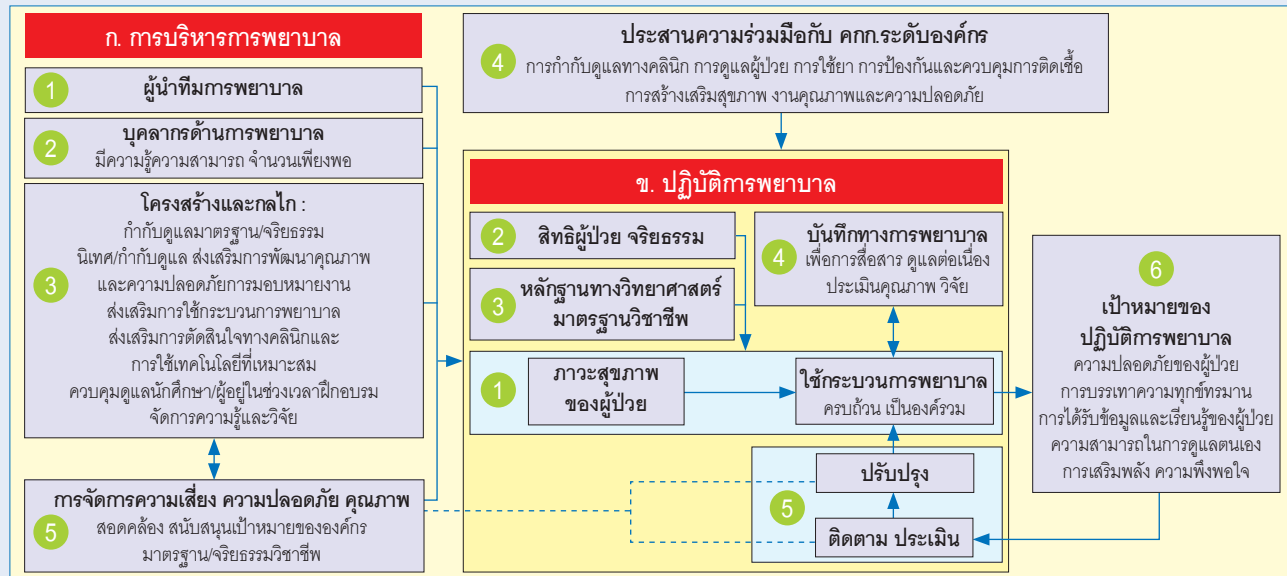
ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร
อย่างมีประสิทธิภาพ:

- (1) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร;
- (2) การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่;
- (3) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ;
- (4) ยาและเวชภัณฑ์;
- (5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
- (6) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย.

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

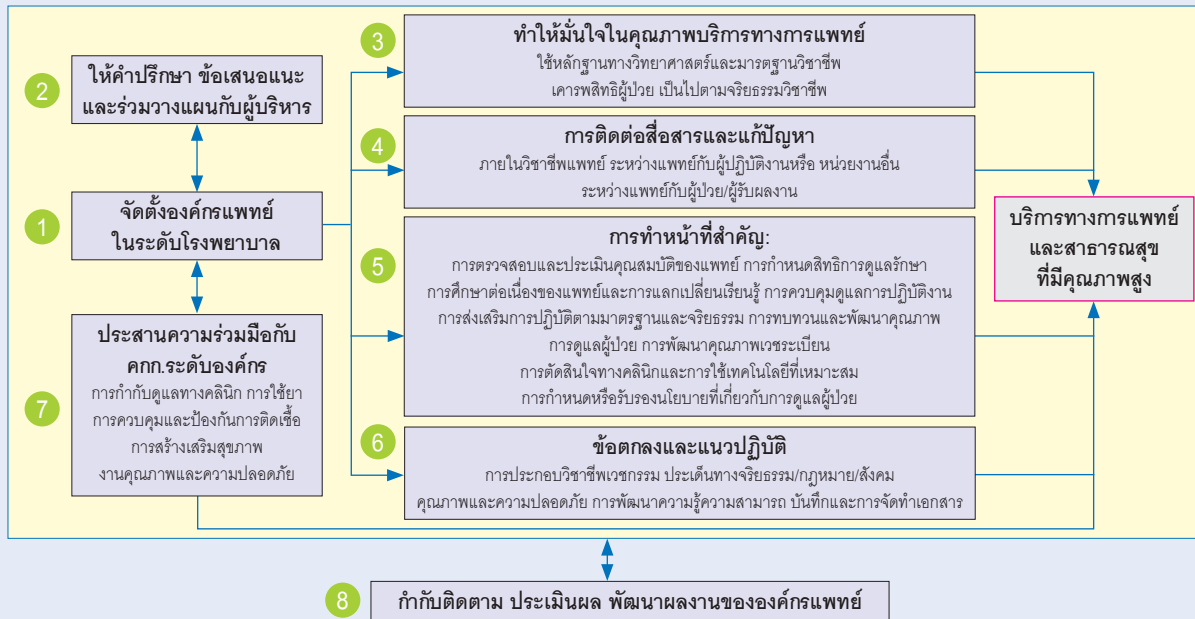
องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล (Nursing Administration)

- (1) ผู้นำสูงสุดและผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านการบริหาร⁶⁸และการปฏิบัติการพยาบาล.
- (2) มีระบบบริหารการพยาบาลที่สร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ⁶⁹ และจำนวนเพียงพอ⁷⁰ เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงาน

⁶⁸ เช่น การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

⁶⁹ การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความสามารถ และทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มอบหมาย การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

⁷⁰ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และบุคลากรปลอดภัย เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตามความหนักเบาหรือระดับความต้องการดูแล (Patient acuity) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน การบริหารจัดการให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนอัตรากำลังระยะสั้น ระยะยาว ที่สอดคล้องกับนโยบาย พันธกิจ หรือยุทธศาสตร์องค์กร

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ที่มาจากภายนอก.

- (3) มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีโครงสร้างและกลไกการทำงานที่สำคัญต่อไปนี้:
 - (i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร;
 - (iii) การมอบหมายงานที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ;
 - (iv) การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วย;
 - (v) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (vi) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาและพยาบาลที่อยู่ในช่วงเวลาการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
 - (vii) การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนางานวิชาชีพ.
- (4) มีระบบบริหารการพยาบาลที่ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ งานคุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) มีการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล ในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุง/พัฒนาระบบบริหารการพยาบาลและ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.

ข. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices)

- (1) ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยมีการประสานการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและครอบครัว ตลอดจนวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง ครอบคลุม ครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม.
- (2) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ.
- (3) ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.
- (4) บันทึกและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย.
- (5) มีการติดตามประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุปันธกิจขององค์กร.

- (1) องค์กรจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับการดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข **การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.**
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.
- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญ **เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม อย่างได้ผลดังต่อไปนี้:**
 - (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
 - (ii) การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความรู้ ความชำนาญหรือเชี่ยวชาญ;
 - (iii) การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ **การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ และ**

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

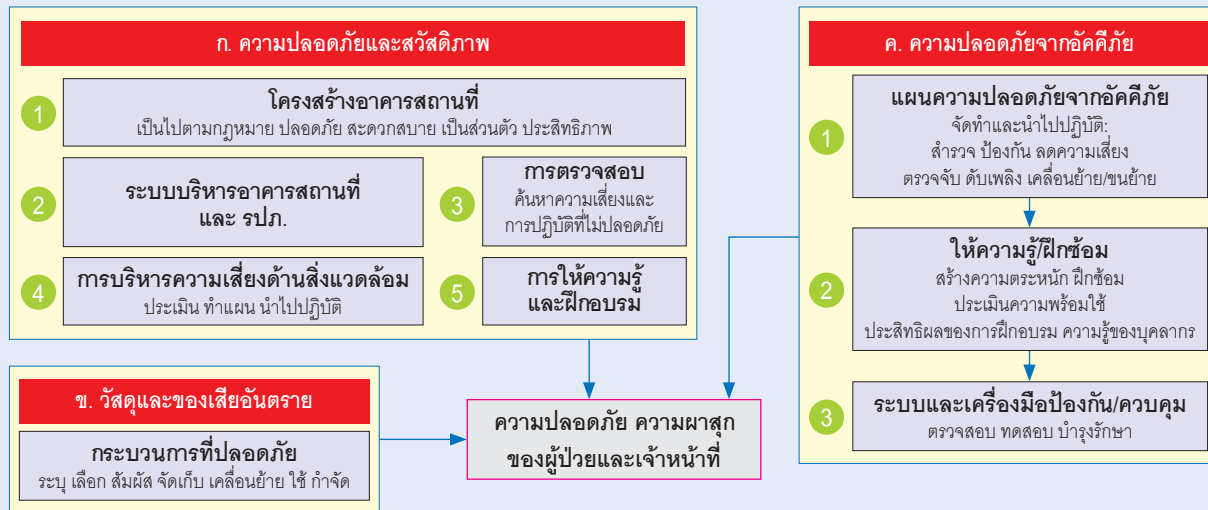
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้;

- (iv) การให้คำแนะนำ ปรึกษา และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
 - (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค/การตัดสินใจทางคลินิก การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้ evidence-based การคาดการณ์ และจัดการความเสี่ยง และการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง;
 - (vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้ดำเนินการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
 - (viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;
 - (ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย.
- (6) องค์กรมีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

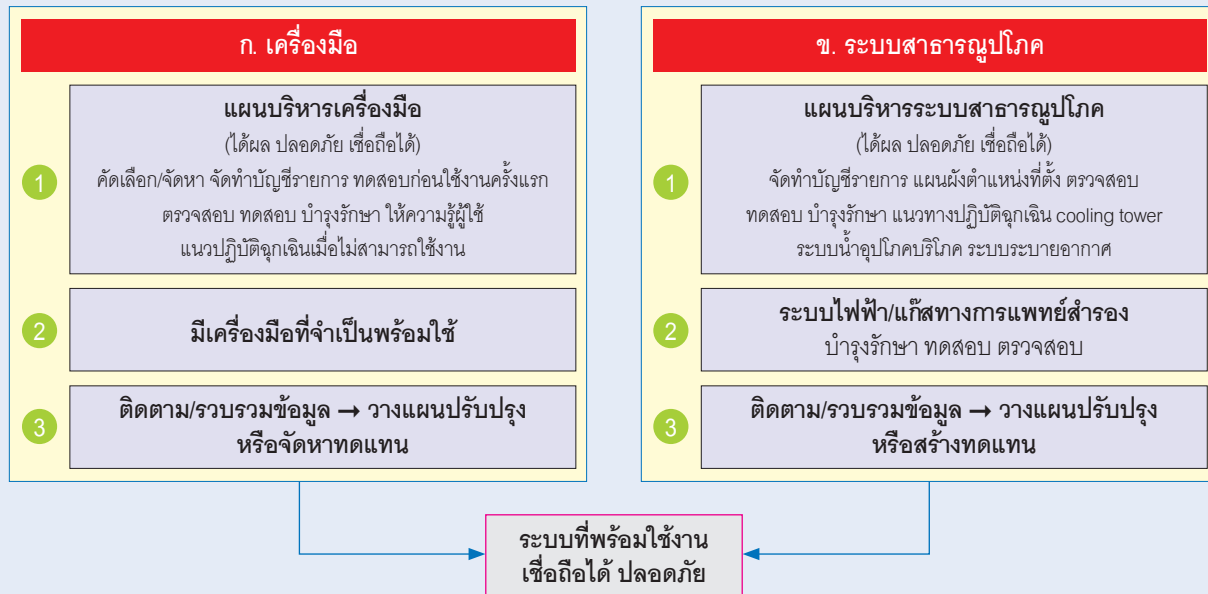
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

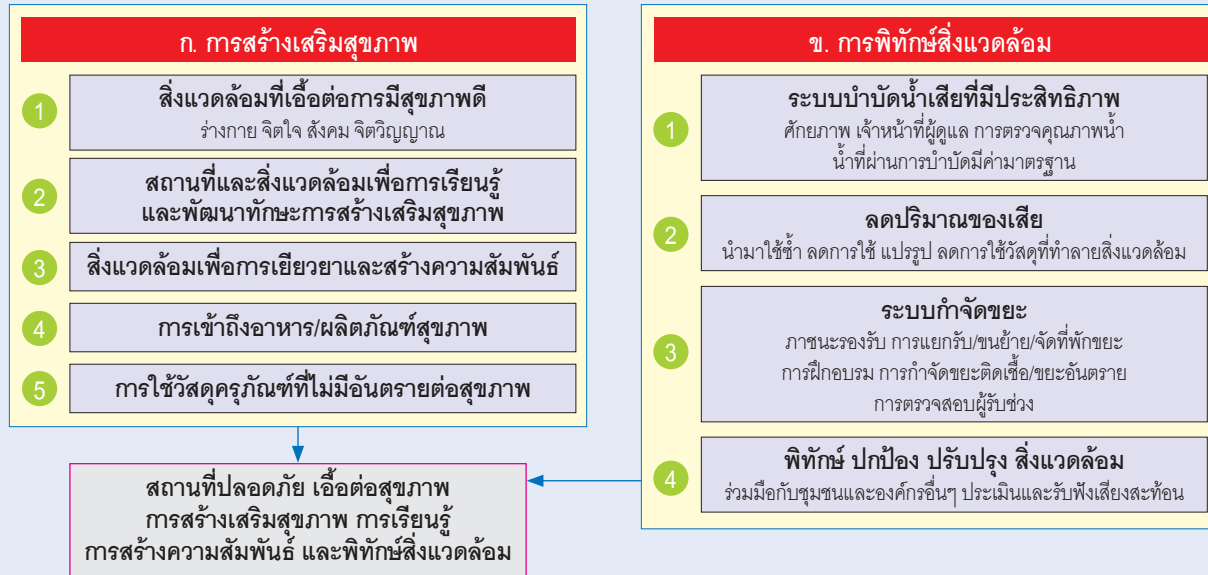
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ได้ตลอดเวลา.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.



II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (Safety and Security)

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ และมาตรฐานวิชาชีพ. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุก 6 เดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก⁷¹ มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย ชำรงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.

⁷¹ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

ข. วัสดุและของเสียอันตราย (Hazardous Materials and Waste)

- (1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตราย⁷² อย่างปลอดภัย ด้วยการระบุนายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการคัดเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย (Fire Safety)

- (1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุมการสำรวจพื้นที่เสี่ยง การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย.

⁷² วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ขยะที่ติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย⁷³ อย่างสม่ำเสมอ.

⁷³ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมี ดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ (Equipment)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:
 - (i) กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
 - (ii) การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
 - (iii) การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
 - (iv) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่กำหนด;
 - (v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
 - (vi) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.
- (2) องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้งานจากองค์กร และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ระบบสาธารณูปโภค⁷⁴ (Utility Systems)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
 - (i) การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;
 - (ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
 - (iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
 - (v) การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบเฝ้าระวังระบบ cooling tower และการป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค/บริโภค;
 - (vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด⁷⁵ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

⁷⁴ **ระบบสาธารณูปโภค** ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์และระบบสุญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

⁷⁵ **จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง** ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก ป้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระดุก/เนื้อเยื่อ/ยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศจุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(Environment for Health Promotion and Environment Protection)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

- (1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชนทั่วไป.
- (3) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และญาติ กับบุคลากร.
- (4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงวิถีชีวิต และไม่มีการใช้หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ.
- (5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment Protection)

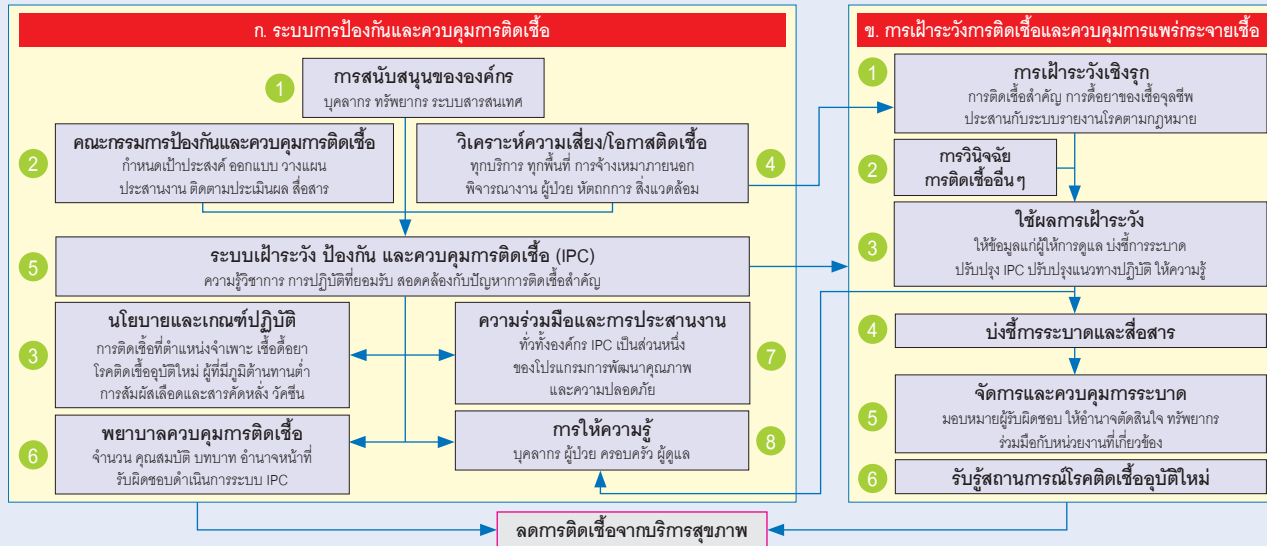
- (1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:
 - (i) มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
 - (ii) มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
 - (iii) มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
 - (iv) น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.
- (2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ซ้ำ (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.
- (3) องค์กรมีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกต้องลักษณะ:
 - (i) มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
 - (ii) มีกระบวนการแยกเก็บ/ขนย้าย/จัดที่พัก สำหรับ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม;
 - (iii) มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
 - (iv) มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม;
 - (v) มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.
- (4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม. องค์กรประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)

II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

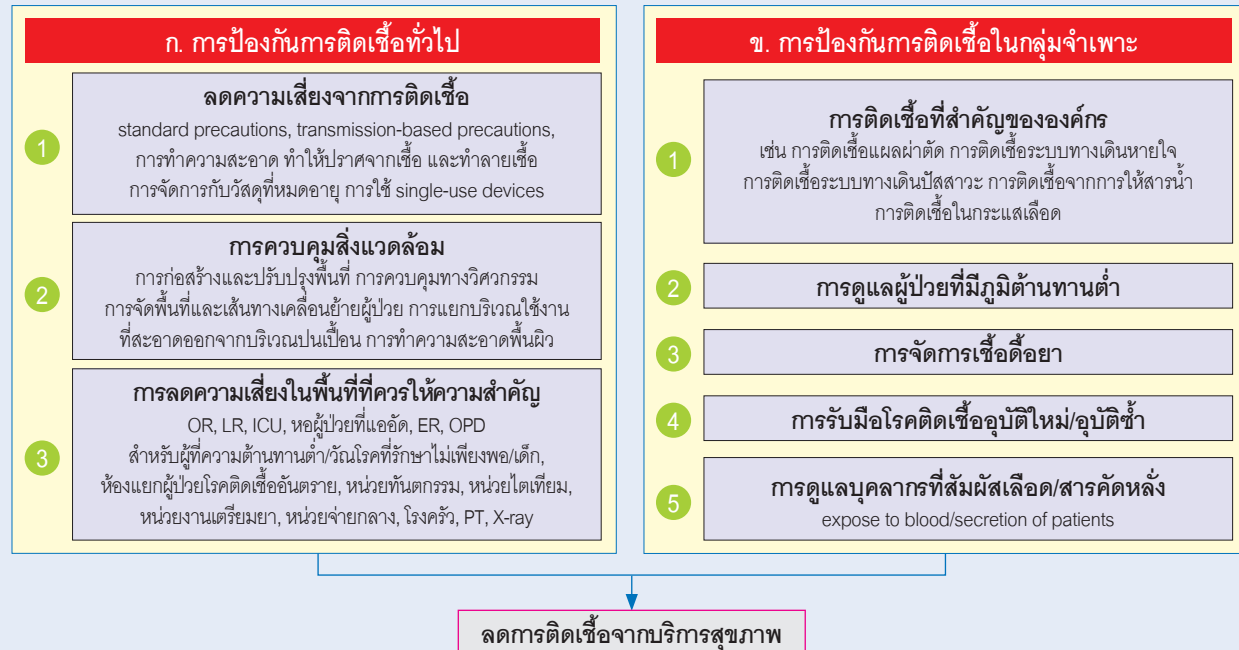
องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.



II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

- (1) ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ⁷⁶ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.
- (2) องค์กรจัดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่สอดคล้องกับภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น แพทย์⁷⁷ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักระบาดวิทยา และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. โดยให้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้:

⁷⁶ ผู้นำควรสร้างเสริมความสามารถของบุคลากร โดยสนับสนุนให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง ได้รับการอบรมหรือศึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรดังกล่าวมีความรู้ เข้าใจและสามารถร่วมกันพัฒนาและวางระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

⁷⁷ แพทย์ ควรเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวจากการปฏิบัติ หรือการศึกษาข้อมูลวิชาการ ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะการเข้ายาด้านจุลชีพออย่างเหมาะสมที่จัดขึ้นโดยองค์กรมาตรฐาน และควรมีการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการ ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
 - (ii) ออกแบบ/กำกับดูแลระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
 - (iii) วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ;
 - (iv) สรุปผลการดำเนินการและสื่อสารกับทุกภาคส่วนในองค์กรเพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.
- (3) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
- (i) การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดชนิดต่างๆ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
 - (ii) มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา⁷⁸ รวมถึงมีมาตรการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามแนวทางในข้อ II-6.1 ก(5);
 - (iii) มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุนิ;
 - (iv) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;

⁷⁸ องค์ประกอบหลักของการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามอัตราการพบเชื้อดื้อยา การแยกผู้ป่วยตามกลไกการแพร่กระจายเชื้อรวมทั้งการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และระบบบริหารจัดการแบบสหสาขาวิชาชีพ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (v) การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);
 - (vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.
- (4) องค์กรวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย หัตถการ และสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานจำแนกภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.
- (5) องค์กรออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ บริการ และกลุ่มเป้าหมายทั้งในผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร บนพื้นฐานของความรู้วิชาการและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.
- (6) องค์กรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infectious Control Nurse: ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควร มีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษา เมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล⁷⁹.

⁷⁹ นอกจาก ICN แล้ว องค์กรควรพิจารณาให้มี infection control practitioner ซึ่งเป็นแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์ ที่เข้าใจเรื่องการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมกับ ICN

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (7) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีภายในทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว.
- (8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยองค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นวัฒนธรรม.

ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Surveillance and Control)

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการดื้อยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.
- (6) องค์กรมีวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอกและชุมชน และมีการสื่อสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์.

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (General Infection Prevention Practices)

(1) มีการจัดทำระเบียบ/แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

- (i) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และสิ่งแวดล้อม (isolation precautions) ซึ่งประกอบด้วย standard precautions และ transmission-based precautions⁸⁰;
- (ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้

⁸⁰ Standard precautions หมายถึง ชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ อาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเมื่อคาดว่าจะมีการสัมผัสแหล่งโรค การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นตำ สุนัขนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วน transmission-based precautions แบ่งออกเป็น contact, droplet, vector และ airborne transmission

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวแต่มีราคาแพง หรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)⁸¹.
- (2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:
 - (i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
 - (ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมและระบบสาธารณสุขโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม⁸² และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
 - (iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;

⁸¹ การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำอาจทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

⁸² การควบคุมสภาพแวดล้อม เช่น ห้องแยกระบบความดันอากาศเป็นบวก ห้องแยกผู้ป่วยโรคที่แพร่เชื้อทางอากาศ biological safety cabinet การจัดระบบระบายอากาศและปรับอากาศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) องค์กรแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.
 - (v) การทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ.
- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:
- ห้องผ่าตัด;
 - ห้องคลอด;
 - หอผู้ป่วยวิกฤติ;
 - หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด;
 - หน่วยบริการฉุกเฉิน;
 - หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;
 - ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย;
 - หน่วยงานทันตกรรม;
 - หน่วยไตเทียม;
 - หน่วยงานเตรียมยา;
 - หน่วยจ่ายกลาง;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

โรงครัว;

หน่วยกายภาพบำบัด;

หน่วย X-RAY.

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (Specific Infection Prevention Practices)

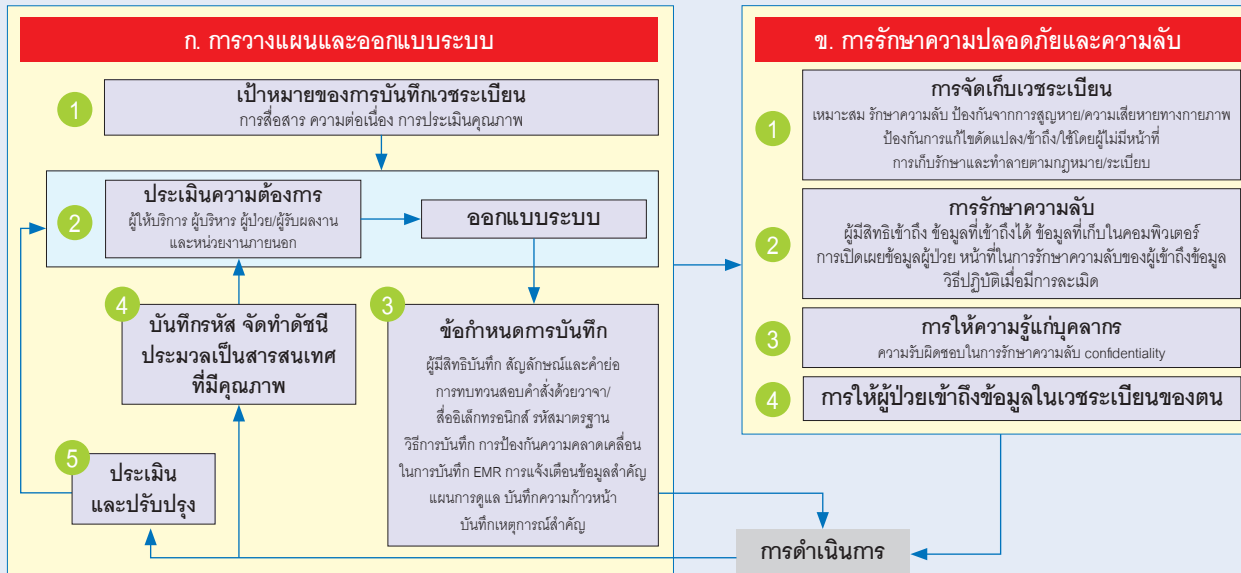
- (1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนด.
- (2) มีการดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ.
- (3) มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดื้อยาตามองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการควบคุมเชื้อดื้อยาที่มีผลกระทบสูงต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา เช่น เชื้อดื้อยาที่พบบ่อย มีอัตราตายสูง.
- (4) มีแผนปฏิบัติการและมีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ.
- (5) มีการดำเนินการตามแนวทาง/ขั้นตอนในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสแผลเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. มีการจัดให้บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็นตามความเหมาะสม บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากบุคลากรผู้ติดเชื้อ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)

II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Medication Record Management System)

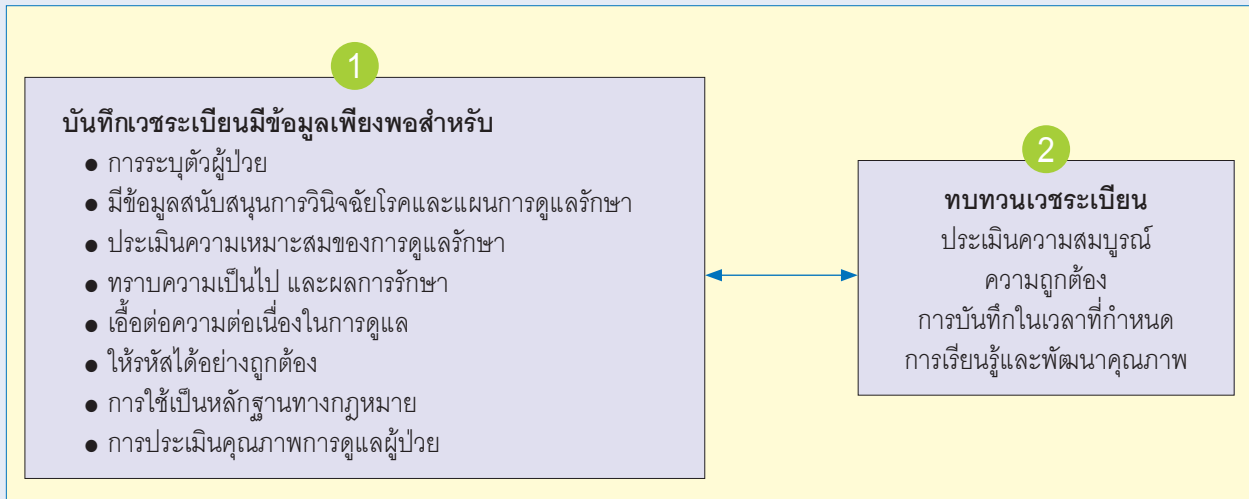
องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.



II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน⁸³ (Medication Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ (Planning and Design)

- (1) องค์กรกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุม การสื่อสาร การใช้งาน ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก.

⁸³ **เวชระเบียน** หมายถึง บันทึกทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผล หรือผลการชันสูตรพลิกศพ ผลการบันทึก รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานพยาบาล หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย **ครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์⁸⁴** (Electronic Medical Record). การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:

- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;
- (ii) การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
- (iii) การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา **หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;**
- (iv) การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน;
- (v) การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนามที่ชัดเจน;
- (vi) กรณีเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ควรมีการออกแบบการบันทึกเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลซึ่งครอบคลุมข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ข้อมูลรูปภาพ ออกแบบการสอบทาน และการลงนามทางอิเล็กทรอนิกส์ **ที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสื่อสารทำความเข้าใจตรงกันในองค์กร;**
- (vii) การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
- (viii) บันทึกความก้าวหน้า **สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย และมีแผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน;**

⁸⁴ **เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์** หมายถึง เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้มที่ถูกบันทึกข้อมูลบริการ ข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยพื้นฐานแพลตฟอร์มของโรงพยาบาลหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (ix) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น⁸⁵.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกทบทวนและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ (Security and Confidentiality)

- (1) การจัดเก็บเวชระเบียนทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์:
- (i) มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม;
 - (ii) มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้;
 - (iii) มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ รวมถึงการโจมตีทางไซเบอร์ การแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่;
 - (iv) ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง.

⁸⁵ การบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเวชระเบียน เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและทีมผู้ให้การรักษา ในการติดตาม เฝ้าระวัง และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:
- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
 - (ii) การระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้;
 - (iii) มาตรการในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
 - (iv) การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย;
 - (v) หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล;
 - (vi) วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด.
- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนหรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายได้ โดยมีการทำความเข้าใจในเนื้อหาและข้อจำกัดของสิ่งที่บันทึกอย่างถูกต้องเหมาะสม.

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(1) บันทึกวเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:

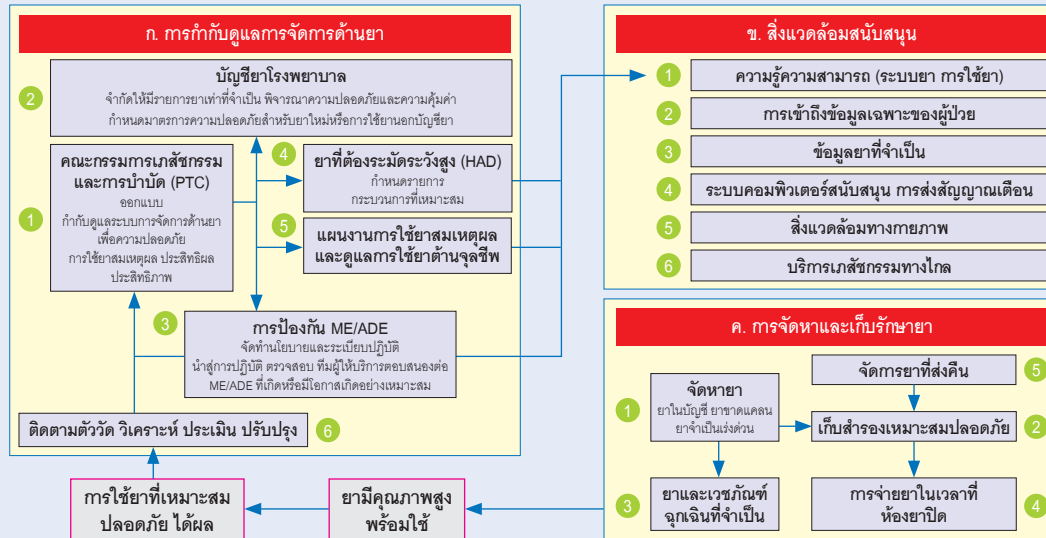
- (i) สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุตัวผู้ป่วย;
- (ii) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- (iii) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
- (iv) ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- (v) เชื่อมต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
- (vi) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
- (vii) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- (viii) ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด และการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการ.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)

II-6.1 การกำกับดูแลด้านยาและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้น้้นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.



II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมี⁸⁶ ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (Medication Management Oversight)

- (1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee-PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยา⁸⁷ ครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล⁸⁸ (telepharmacy) ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการใช้ยาอย่าง

⁸⁶ ยา นิยามตามพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2562 หมายถึง วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ (ซึ่งครอบคลุม ตำรายาแผนปัจจุบัน เช่น ตำรายาของประเทศไทย ตำรายามาตรฐานสมุนไพรไทย และตำรายาแผนโบราณ) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์สำเร็จรูป หรือ วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

⁸⁷ กำกับดูแลยาทุกชนิดในโรงพยาบาล ทั้งสารที่บ่งชี้หรือสารที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ในหัตถการ ผ่าตัด วัคซีน รวมถึงสมุนไพรและยาแผนไทย ที่มีใช้ในโรงพยาบาล โดยอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญด้านยาแต่ละประเภทเข้าเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการภายใต้ PTC และมีการติดตามผลการใช้ยาดังกล่าวในระบบของโรงพยาบาล เช่น การแพ้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น

⁸⁸ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) หมายถึง การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) และการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร (telecommunication) รวมทั้งการส่งมอบยาถึงบ้านผู้ป่วย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

สมเหตุผล⁸⁹ มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล.

- (2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น⁹⁰. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง⁹¹ และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น⁹².
- (3) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา⁹³ แล้วนำสู่การปฏิบัติ. และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น

⁸⁹ **การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

⁹⁰ **การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น** ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือก ซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

⁹¹ **มาตรการความปลอดภัย** เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

⁹² **กรณีที่ต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา** มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

⁹³ **นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา** เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

หรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

- (4) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง⁹⁴ และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ลังใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียมจ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับกับการใช้ยา.
- (5) องค์การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นและมีนโยบายที่เอื้ออำนวยให้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดสามารถติดตามกำกับ การดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการให้มีการใช้อย่างเหมาะสม⁹⁵.
- (6) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีการวิเคราะห์ ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

⁹⁴ ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication) หมายถึง ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

⁹⁵ เช่น การให้ยาด้านจุลชีพเฉพาะเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ หรือใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำมาตรฐาน การไม่ให้ยาด้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เป็นต้น รวมทั้งมีการวัดผลการปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารผลการปฏิบัติงานสู่ผู้เกี่ยวข้องสม่ำเสมอ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Supportive Environment)

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ⁹⁶ได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา⁹⁷ การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป⁹⁸ การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น⁹⁹.
- (3) องค์กรมีข้อมูลยาที่จำเป็น¹⁰⁰ ในรูปแบบที่ใช้งานง่าย ในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา **โดยมีการเตือนอย่างเหมาะสม** สำหรับอันตรายระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.
- (5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย บริหารยา **และผลิดยา** กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมารถกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

⁹⁶ ผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

⁹⁷ ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

⁹⁸ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

⁹⁹ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

¹⁰⁰ เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (6) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีกำหนดแนวทางปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ¹⁰¹

ค. การจัดหาและเก็บรักษายา (Medication Procurement and Storage)

- (1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน¹⁰² และยาที่จำเป็นเร่งด่วน¹⁰³.
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว¹⁰⁴ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีระบบการเก็บยา การแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน

¹⁰¹ ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

¹⁰² การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

¹⁰³ การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรั่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

¹⁰⁴ การสร้างความมั่นใจว่ายามีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด ก๊าซและสารละลายที่ระเหยง่าย สำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

- (3) องค์กรจัดให้มียาและ/หรือเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม¹⁰⁵ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) องค์กรมีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ต้องการยาปิด.
- (5) องค์กรจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

¹⁰⁵ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

II-6.2 การปฏิบัติการใช้ยา (Medication Use Practices)

การใช้ยามีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอคำสั่ง (Ordering and Transcribing)

- (1) ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:
 - (i) “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้¹⁰⁶;
 - (ii) การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ คำสั่งด้วยวาจา และคำสั่งผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;
 - (iii) คำสั่งใช้ยาที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า (pre-printed order) และจัดทำข้อปฏิบัติ (protocol) สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
 - (iv) เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.
- (2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

¹⁰⁶ “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้ เช่น ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล สั่งยาเป็น ซีซี. เพราะอาจจะมองเป็นเลขศูนย์ได้ เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;
 - (ii) ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ¹⁰⁷ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
 - (iii) ส่งมอบรายการยาล่าสุดของผู้ป่วยที่ใช้ในรพ. ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานที่บ้านให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป¹⁰⁸
 - (iv) เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น ลังช้า ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - (v) มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Computerised Physician Ordering Entry system: CPOE) ระบบดังกล่าวมีการออกแบบเพื่อลดข้อผิดพลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา และมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา.

¹⁰⁷ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา วันเวลาที่ใช้ยาครั้งสุดท้าย (last dose taken)

¹⁰⁸ เช่น การส่งมอบรายการยาล่าสุด เพื่อรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยในมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา (Preparing, Labelling, Dispensing, and Delivery)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยาครั้งแรกของยาแต่ละขนาน หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน. มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง และผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด. เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม รวมทั้งเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมในตู้ปลอดเชื้อที่ควบคุมการไหลของม่านอากาศเป็นทิศทางเดียว (laminar air flow cabinet).
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท.¹⁰⁹ มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีการส่งมอบยาให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัดและยาอันตรายอื่นๆ มีการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ทำความสะอาดยาหรือสารอันตรายหกกระเด็น (hazardous

¹⁰⁹ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

drug spill kit) ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.

- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม¹¹⁰ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ครอบคลุมการพิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่งยาในรูปแบบอื่นๆตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง.

ค. การบริหารยา (Administration)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ¹¹¹ ก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง

¹¹⁰ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความปลอดภัย ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น

¹¹¹ การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ หมายถึง การตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม โดยผู้ตรวจสอบคนละคน ที่เป็นอิสระต่อกัน หากกรณีมีข้อจำกัดมีบุคลากรสำหรับการตรวจสอบเพียงคนเดียว ต้องทำการ double check โดยการดูซ้ำอีกครั้ง และเป็นการใช้ cognitive review ไม่ใช่เพียงทำตามขั้นตอน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้พิจารณาตามความเหมาะสมอาจรวมถึงชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และสิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค¹¹² และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology/Medical Imaging Services)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

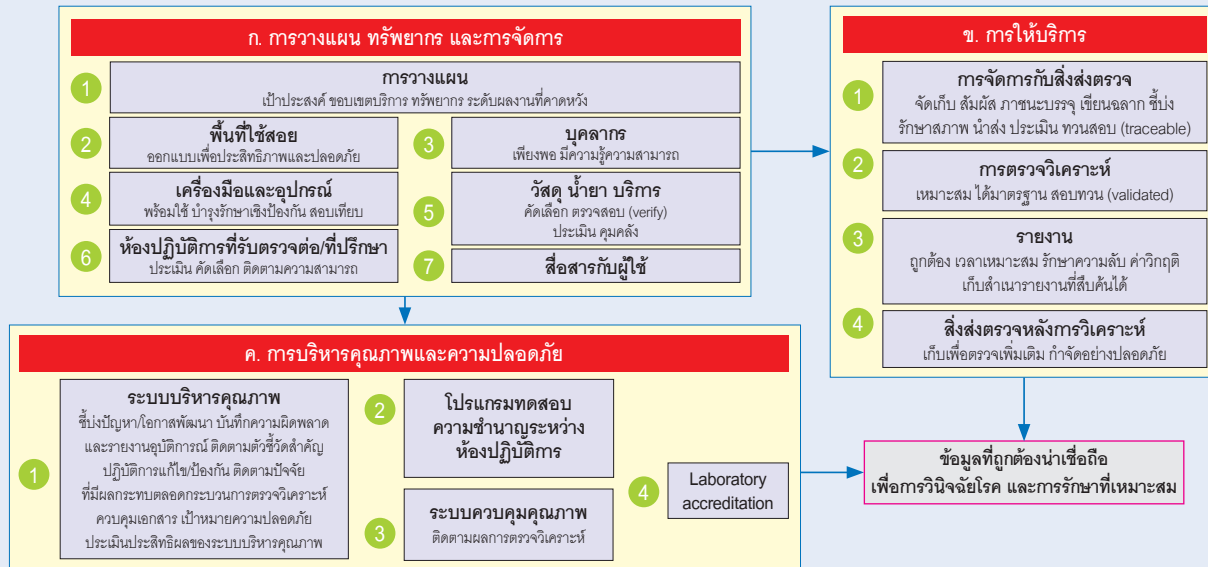


¹¹² บริการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค; บริการตรวจทางรังสีวิทยา/medical imaging; บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory/Clinical Pathology Service)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

- 1 ปฏิบัติตามมาตรฐานที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

- 1 ปฏิบัติตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดย
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์
แห่งประเทศไทย มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

- 1 การจัดการผู้ป่วย
ประเมินก่อนตรวจ เตรียมผู้ป่วย ให้ข้อมูล ขอความยินยอมในบริการที่เสี่ยงสูง
- 2 แปลผลโดยผู้มีความรู้
การบันทึก การสื่อสาร

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology/Medical Imaging Services)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resource and Management)

- (1) องค์กรวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ¹¹³ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) องค์กรมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง.
- (3) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์ และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

¹¹³ ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เพื่อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย¹¹⁴.
- (5) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการ ให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด¹¹⁵.
- (6) องค์การจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ¹¹⁶.
- (7) องค์การประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.
- (8) องค์การสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

¹¹⁴ **พื้นที่ใช้สอย** ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้: การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

¹¹⁵ เช่น การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, โบอนุญาตผลิต มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

¹¹⁶ **เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา** ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล (3) จอแสดงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การให้บริการรังสีวิทยา (Radiology Service Provision)

- (1) ผู้ป่วยมีใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ. คำขอส่งตรวจระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์การวิชาชีพ. การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.
- (2) ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย. มีระบบทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะที่ได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ควรซักประวัติการแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.

- (6) ผู้ให้บริการมีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี¹¹⁷. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสี.
- (7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการพิจารารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ผู้ส่งตรวจ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

- (1) ผู้ให้บริการมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ, การแพ้สารทึบรังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์, การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.

¹¹⁷ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล ทำที่ถ่าย มีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายหรือขวา ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ exposure factor.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) ผู้ให้บริการมีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี¹¹⁸, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น¹¹⁹, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) องค์กรมีระบบบริหารคุณภาพ ประกอบด้วย: ผู้รับผิดชอบระบบ, เอกสารนโยบายและคู่มือการปฏิบัติงาน, ระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์, การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานพร้อมทั้งบันทึกประวัติ, แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดหาและทดแทนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์, ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ, การบริหารความเสี่ยง (ดู II-1.2), การติดตามและประเมินผลระบบงาน, การรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ร่วมงาน, แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

¹¹⁸ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

¹¹⁹ เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory/Clinical Pathology Service)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resources, and Management)

- (1) องค์การวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง¹²⁰.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกส่วนปฏิบัติการ รุกรการและสถานที่จัดเก็บตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจทดสอบ¹²¹.
- (3) ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

¹²⁰ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn-around time

¹²¹ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับการตรวจสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย¹²² โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการพิจารณาผลการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) องค์กรคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการอย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.
- (7) องค์กรสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ มีการแลกเปลี่ยนความเห็นหรือข้อมูลอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การประชุม การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

¹²² สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้ง การกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การให้บริการ (Service Provision)

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี ได้แก่ การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การขึ้น่ง การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.
- (2) องค์กรมีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการสอบทวน (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verify) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) ผู้ให้บริการส่งมอบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ให้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้.
- (4) องค์กรจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

- (1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:
 - (i) การชี้บ่งปัญหา/โอกาสพัฒนา;
 - (ii) บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
 - (iii) การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
 - (iv) การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
 - (v) การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ (Pre-analytical and Post-analytical);
 - (vi) การควบคุมเอกสาร;
 - (vii) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร;
 - (viii) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ.
- (2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing-PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สมาคมนิติเวชการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย¹²³.

¹²³ ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทยมีการประเมินและรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลินิก พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา นิติเวชศาสตร์ นิติเวชคลินิก และธนาคารเลือด/บริการโลหิต

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

- (1) องค์การนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ที่จัดทำโดยองค์การวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

- (1) องค์การนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

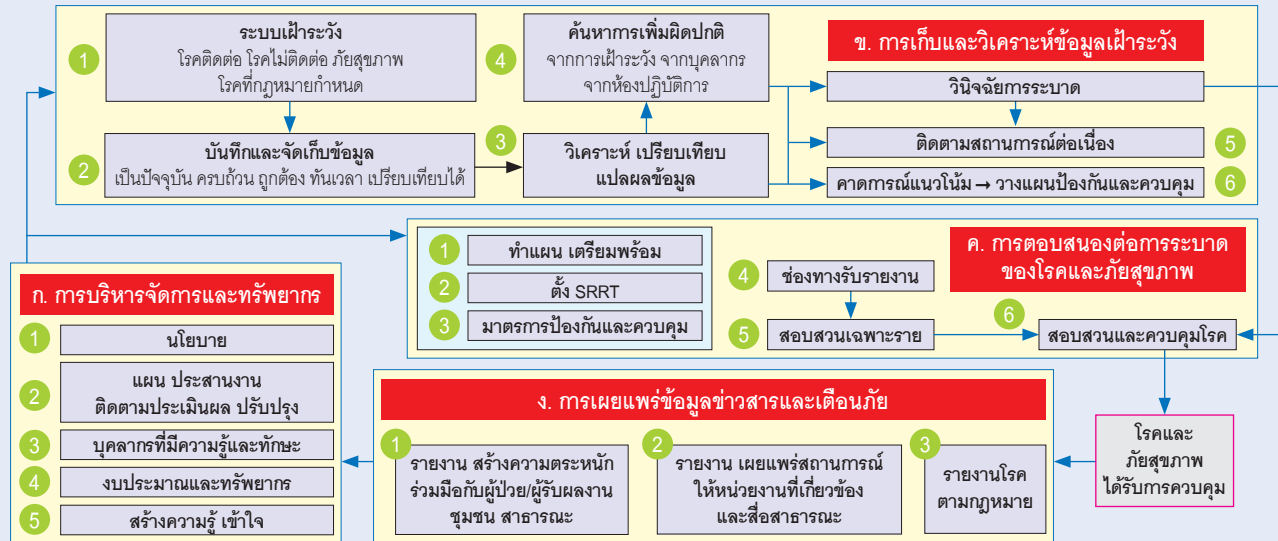
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ บันทึกสรุปสิ่งที่พบ¹²⁴ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

¹²⁴ **สรุปสิ่งที่พบ** ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามียุทธศาสตร์การเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.



II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร (Management and Resources)

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร¹²⁵ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) องค์กรมีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) องค์กรสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

¹²⁵

ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-5.1 ค.สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร และ II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง (Data Collection and Analysis for Surveillance)

- (1) องค์กรมีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) ทีมผู้ให้บริการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (3) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการค้นหาและตรวจจับการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค¹²⁶ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) องค์กรติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) องค์กรคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

¹²⁶ **การระบาด** แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ (1) Epidemic หมายถึง การเกิดโรคมกผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ (mean $\pm$ 2 S.D.) มักเกิดกับโรคที่พบบ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด (2) Outbreak หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (common activity) มักเกิดกับโรคที่พบประปราย แต่จำนวนไม่มาก (sporadic disease) เช่น การระบาดของอาหารเป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้ว และกลับมาเป็นอีก ถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็นการระบาด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ¹²⁷

(Response to an Epidemic of Diseases and Health Hazards)

- (1) องค์กรมีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- (2) องค์กรมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team-SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- (3) องค์กรกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- (4) องค์กรมีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง.
- (5) องค์กรดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันทั่วทั้งที่.
- (6) ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคมีทรัพยากรและอำนาจตามกฎหมายในการตรวจสอบและใช้มาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันเหตุการณ์เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น.

¹²⁷ **ภัยสุขภาพ** หมายถึง สภาวะ สิ่งแวดล้อม พืช สัตว์ สารเคมี/สารอื่นๆทั้งสถานะของเหลว ของแข็ง ก๊าซ หรือเป็นองค์ประกอบร่วมกัน ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ สุขภาวะ หรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สูญเสีย ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ต่อบุคคลใดๆ เช่น การบริโภค ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การจมน้ำ และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยจากภาคอุตสาหกรรม/เกษตรกรรม ภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

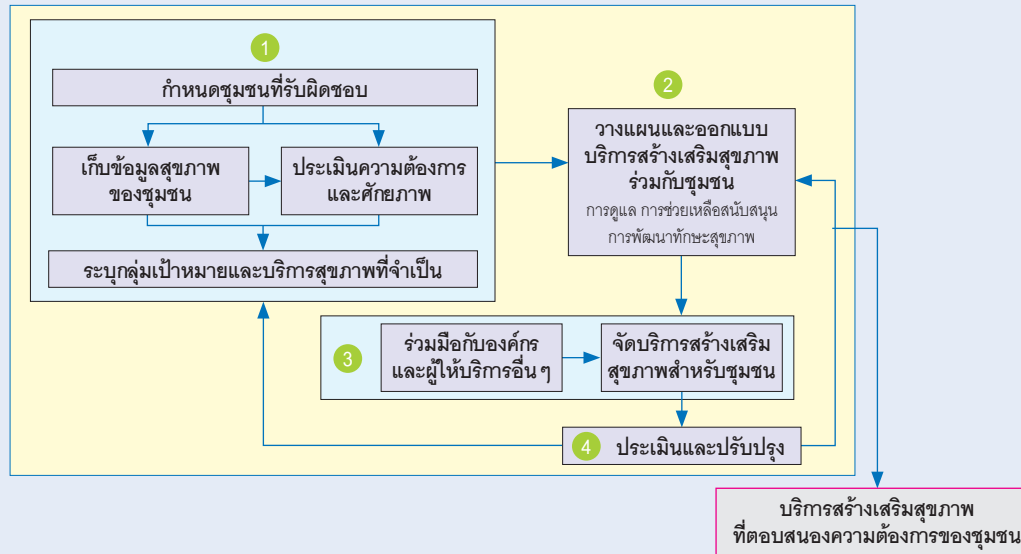
ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย (Information Dissemination and Alert)

- (1) องค์กรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพเพื่อสื่อสารข้อมูล สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานชุมชน และสังคม.
- (2) องค์กรจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรรายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

II-9 การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Communities)

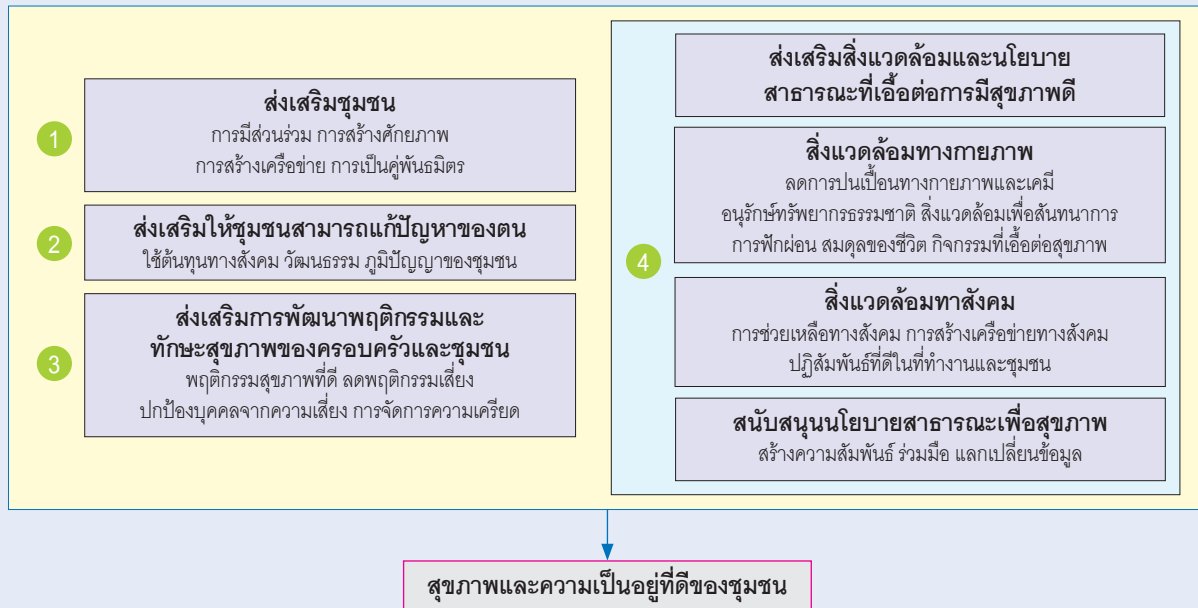
องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.



II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Communities)

องค์กรร่วมกับชุมชน¹²⁸ จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน¹²⁹ และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ¹³⁰ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน.
- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

¹²⁸ ชุมชน อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

¹²⁹ การประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

¹³⁰ บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร¹³¹ ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญโดยใช้ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล¹³² และครอบครัว.
- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ¹³³ และทางสังคม¹³⁴ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง.

¹³¹ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

¹³² พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

¹³³ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่น, ละอองในอากาศ, สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร, เสียง, การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิต และกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

¹³⁴ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม), การสร้างเครือข่ายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

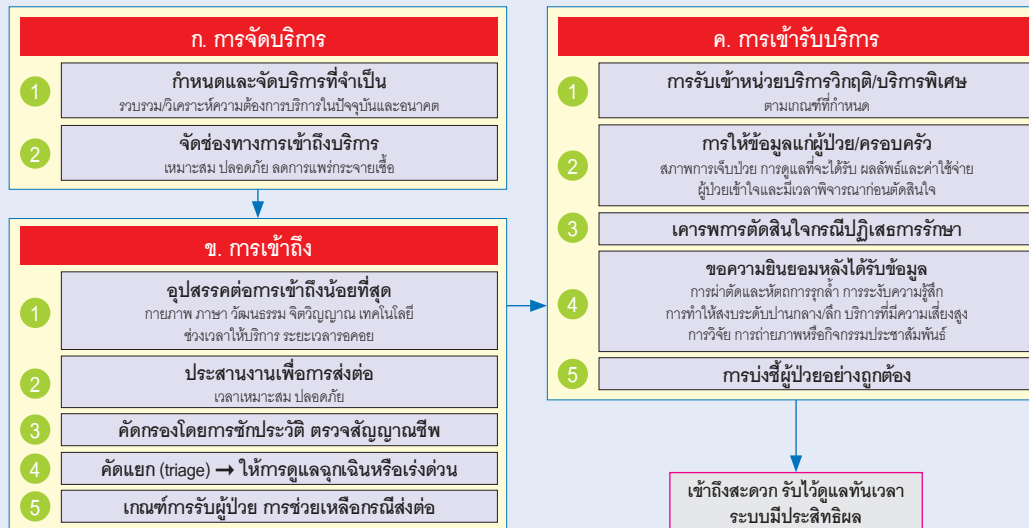
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ.



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ.

ก. การจัดบริการ (Service Provision)

- (1) ทีมผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และชุมชน ในปัจจุบันและอนาคต เพื่อกำหนดและจัดบริการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย¹³⁵ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ.

ข. การเข้าถึง (Access)

- (1) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด.
 - (i) โครงสร้าง อาคาร สถานที่เกี่ยวกับบริการ สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการลดข้อจำกัดทางกายภาพสำหรับการเข้าถึงบริการ¹³⁶;

¹³⁵ ช่องทางการเข้าถึงของผู้ป่วย เช่น การมารับบริการด้วยตนเอง การมาด้วยระบบ EMS การใช้ tele-health หรือ telemedicine การเยี่ยมบ้าน การจัดบริการที่บ้าน เป็นต้น

¹³⁶ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทางลาดสำหรับผู้พิการรถเข็น บ้ายบอกทางที่ชัดเจน หรือระบบเทคโนโลยีในการนำทาง เป็นต้น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (ii) ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เทคโนโลยี และอุปสรรคอื่นๆ;
 - (iii) ทีมผู้ให้บริการจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท;
 - (iv) ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสอดคล้องกับความจำเป็นของโรคและสภาวะของผู้ป่วย เช่น โรคระยะต่างๆ.
- (2) องค์กรประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา¹³⁷ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) โดยการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้น เพื่อจำแนกกลุ่มการให้บริการตรวจรักษาในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยบุคลากรที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.
- (5) ผู้ให้บริการมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

¹³⁷ เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจ รพ.สต. หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

ค. การเข้ารับบริการ (Entry)

- (1) การรับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.
 - (i) ข้อมูลที่ให้อย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
 - สภาพการเจ็บป่วย;
 - การดูแลที่จะได้รับ;
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.
 - (ii) องค์การทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ สามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอจะตัดสินใจ.
- (3) องค์การเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา.
- (4) ผู้ให้บริการมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:
 - (i) การทำผ่าตัดและหัตถการรุกราน (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก;
 - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;

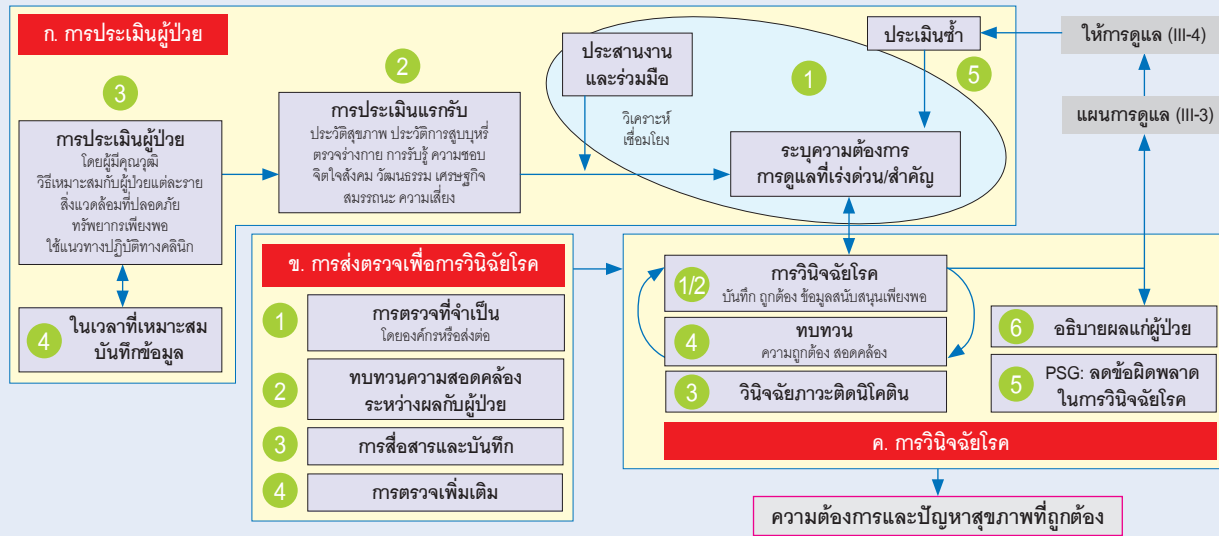
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (iii) การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;
 - (iv) การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขต ที่ให้ความยินยอมไว้.
- (5) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา.

III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.



III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

- (1) การประเมินผู้ป่วยมีการประสานงานและร่วมมือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการประเมินผู้ป่วย:
 - (i) ประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านร่วมกันและลดความซ้ำซ้อน;
 - (ii) วิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน;
 - (iii) ระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วน/สำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติสุขภาพ;
 - ประวัติการสูบบุหรี่;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย¹³⁸;

¹³⁸ ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย (preferences of patients) เช่น จะเรียกขานตัวบุคคลว่าอย่างไร, ตัวเลือกในการดูแลและวิธีรักษาผู้ป่วย (their care and treatment options), ผลกระทบจากการเรียกขาน เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมื้ออาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยือน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ;

การประเมินความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน (functional assessment).

การประเมินเพื่อระบุผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษา¹³⁹มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม.

- (3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ¹⁴⁰. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนตามข้อกำหนดขององค์กรในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

¹³⁹ ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม โอกาสในการติดเชื้อ โภชนาการ ผลจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น ผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

¹⁴⁰ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ควรพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Investigation)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร และได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นตามความเหมาะสม.
- (2) มีการทบทวนความสอดคล้องระหว่างผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคกับสภาวะโรคของผู้ป่วย.
- (3) ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามีความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องชัดเจน โดยอธิบายเหตุผลผลความจำเป็นกับผู้ป่วย/ญาติ.

ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูล**ที่บันทึก**เพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.
- (2) มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.
- (3) ผู้ป่วยที่**สูบบุหรี่**ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยโรคภาวะติดนิโคติน (nicotine dependence).
- (4) ทีมผู้ให้บริการทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.

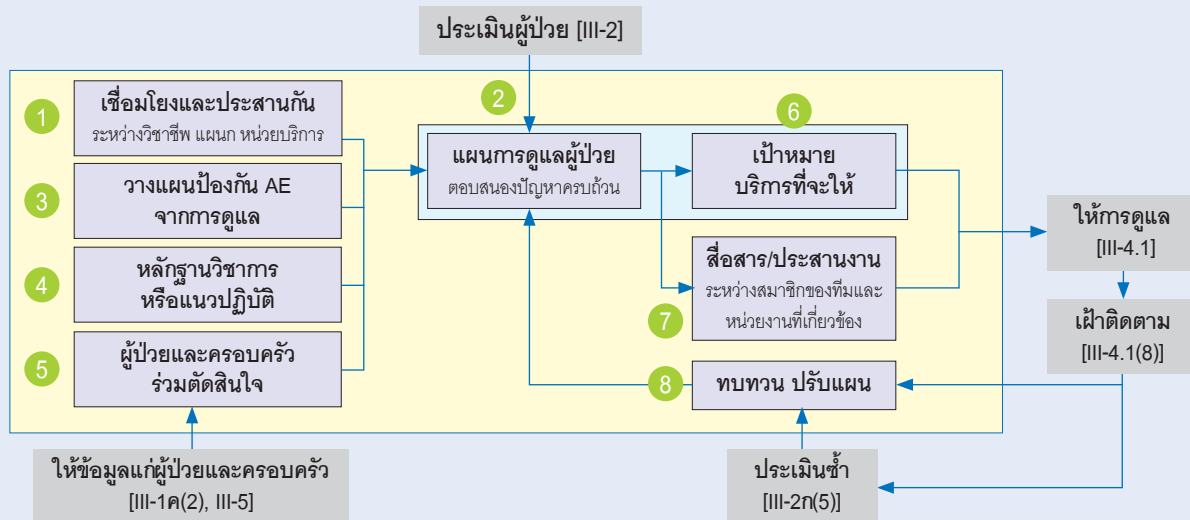
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (5) องค์การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้น มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

III-3 การวางแผน (Planning)

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

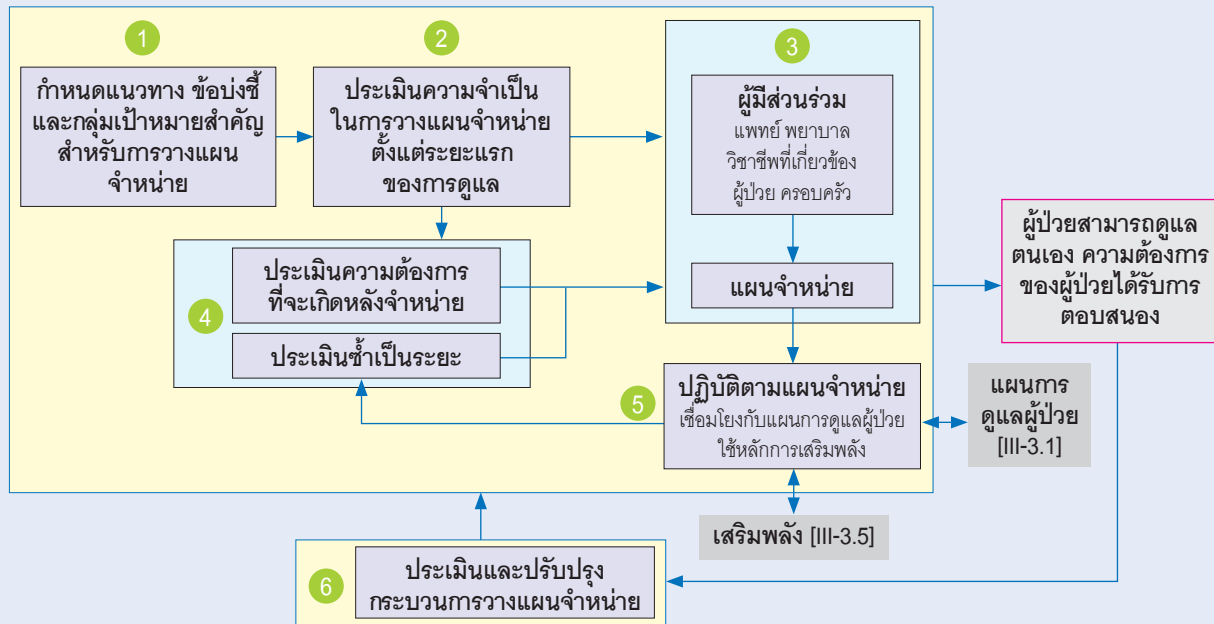
ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการหลังจำหน่ายออกจากองค์กร.



III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์¹⁴¹.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและการตรวจวินิจฉัย¹⁴².
- (3) ทีมผู้ให้บริการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป.
- (4) ทีมผู้ให้บริการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา¹⁴³ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล:

¹⁴¹ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษา ครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านสังคม หรือจิตใจ ซึ่งมุ่งเน้นในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้เชิงระบบ (preventable harms)

¹⁴² รวมถึงวางแผนการเลิกนุหรี โดยวิธีการต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การเข้าร่วมโครงการเลิกนุหรี หรือการพิจารณาการใช้ยาเลิกนุหรีตามความเหมาะสม

¹⁴³ ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยและญาติร่วมแลกเปลี่ยนและรับรู้ข้อมูลทั้งวิธีการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากวิธีการรักษากับทีมผู้ให้บริการ โดยข้อมูลต่างๆ ควรมีความพร้อมในหลายภาษาและรูปแบบเพื่อความเข้าใจและเกิดประโยชน์ในการรับรู้และร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (i) วิธีการ/ทางเลือกในการดูแลและรักษา¹⁴⁴หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ
 - (ii) การพิจารณาความเชื่อและความชอบส่วนบุคคล
 - (iii) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย
- (6) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ซึ่งครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และบริการที่จะให้.
- (7) ทีมผู้ให้บริการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างได้ผล เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติได้ในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (8) ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

¹⁴⁴ ทางเลือกการรักษาครอบคลุมทั้งรูปแบบ/วิธีการรักษาเพื่อการดูแลรักษาและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.

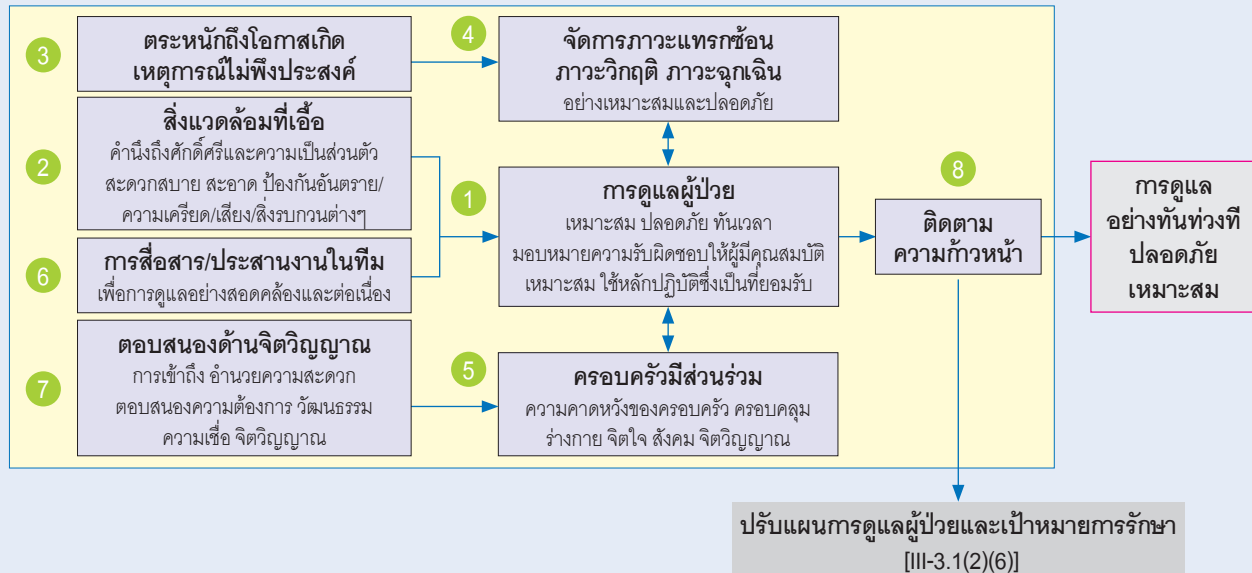
- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะแรกของการดูแลรักษา.
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย¹⁴⁵.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

¹⁴⁵ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมวางแผนจำหน่ายของทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน.

III-4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)

III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

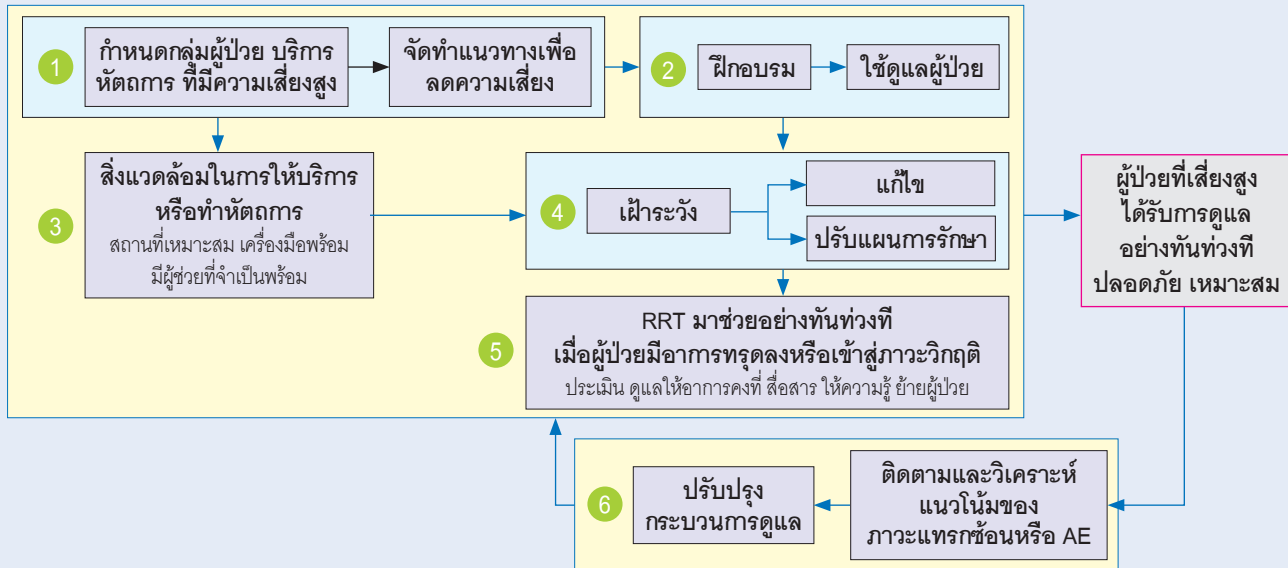
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients and High-Risk Services)

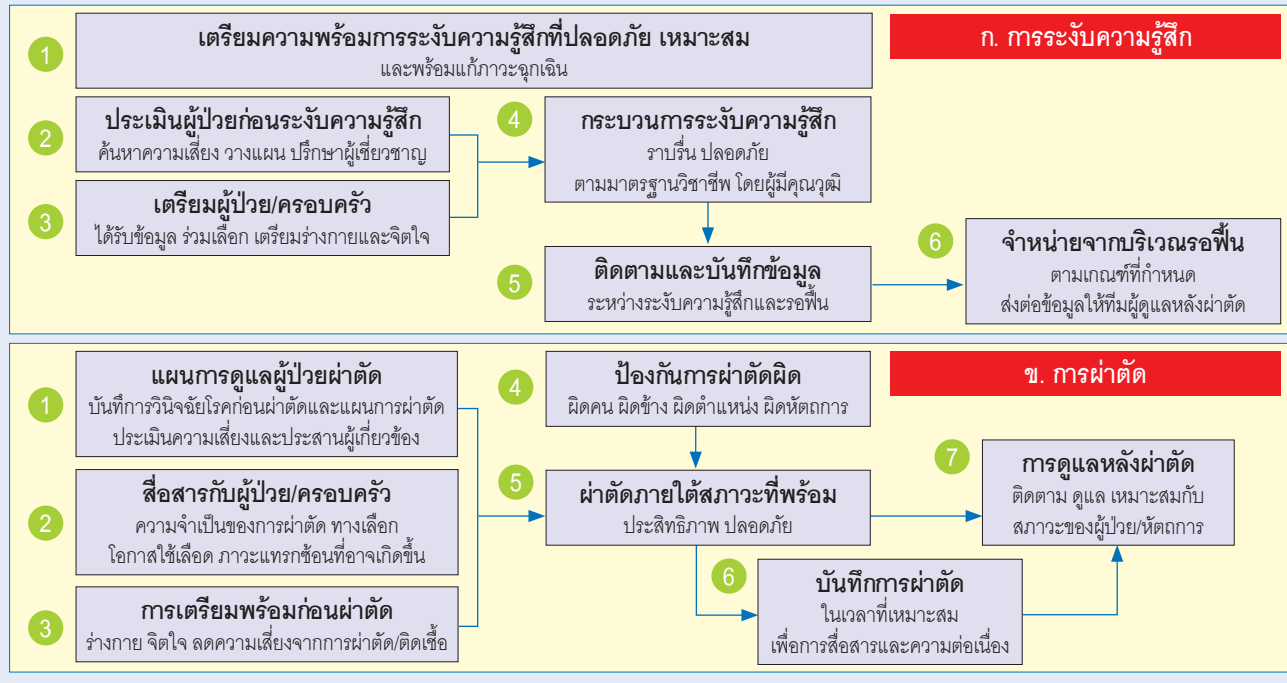
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

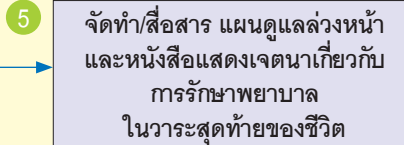
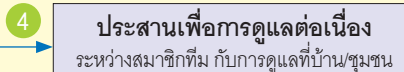
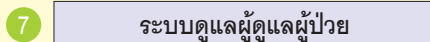
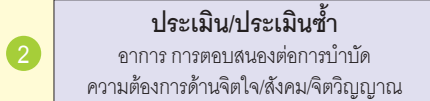
III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

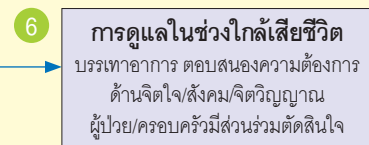
ค. อาหารและโภชนาบำบัด



1 ตระหนักในความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะ



ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

จ. การจัดการความปวด

- 1 การคัดกรองและประเมินความปวด
ความรุนแรงและลักษณะของความปวด
- 2 การจัดการความปวด
multi-modality, เน้นระงับการตอบสนองและ AE,
ประเมินซ้ำและปรับการรักษา
- 3 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
โอกาสเกิดความปวด ทางเลือก ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง ความร่วมมือที่คาดหวัง
- 4 ดูแลโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ
- 5 ให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล

ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ

- 1 ประเมิน → วางแผนฟื้นฟูที่ครอบคลุม
ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
องค์รวม: ร่างกาย กิจกรรม สิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล
- 2 บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ
มีคุณภาพปลอดภัย ตามปัญหาของผู้ป่วย/หลักฐานวิชาการ
วัดผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
- 3 สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว
ให้ข้อมูลเพียงพอเพื่อการตัดสินใจ ทักษะเพื่อการดูแลตนเอง
- 4 ให้บริการโดยบุคลากรที่มีความรู้/ทักษะ/ความเชี่ยวชาญ
ตามมาตรฐาน/ภาวะเสี่ยง/ข้อบ่งชี้

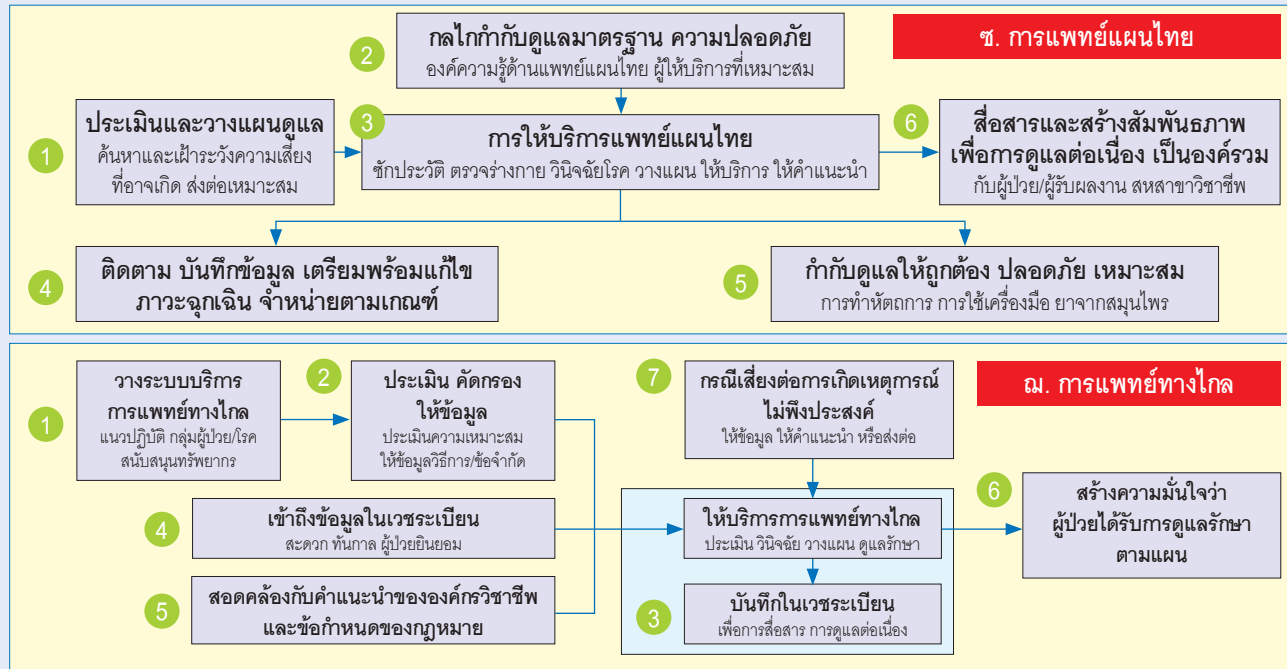
ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- 1 เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน
ในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล
- 2 บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษา
โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ครต.)
กำกับดูแลกรณีดำเนินการโดยวิสัญญีภายนอก
monitor & supervise if outsourced

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

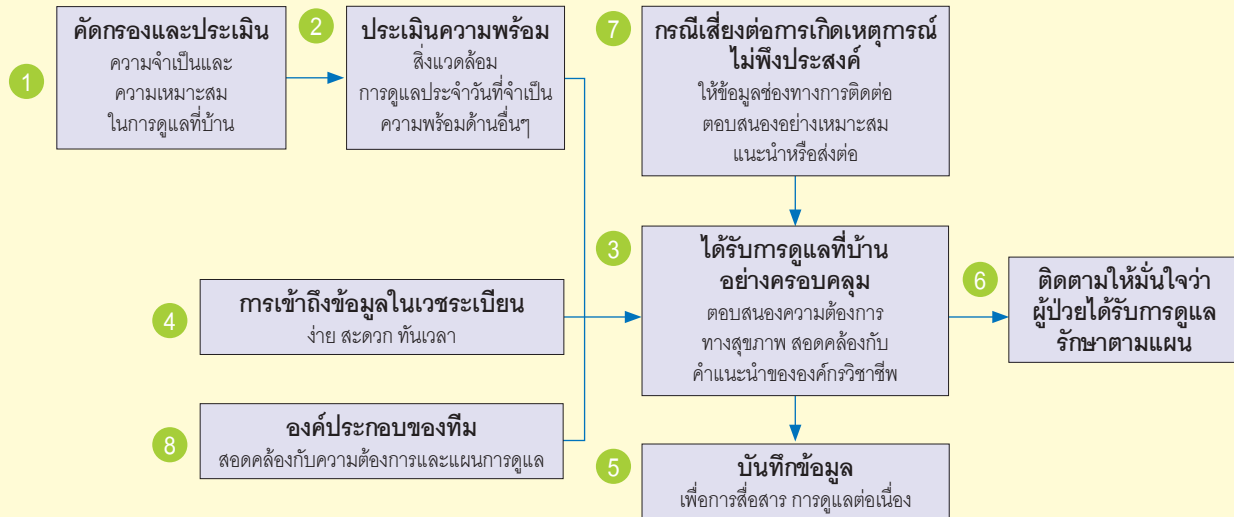


ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน



III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) องค์กรมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสี่ยง/สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (5) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.
- (6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความสอดคล้องและความต่อเนื่องในการดูแล.
- (7) ทีมผู้ให้บริการจัดช่องทางการเข้าถึง อำนาจความสะดวก และจัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ บริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย.
- (8) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง.

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients and High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย¹⁴⁶ การดูแลรักษา/บริการ¹⁴⁷ และหัตถการ¹⁴⁸ ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว¹⁴⁹.

¹⁴⁶ **กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง** เช่น เด็กอายุน้อย (0-5 ปี) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

¹⁴⁷ **การดูแล/บริการที่มีความเสี่ยงสูง** เช่น บริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยงหรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องผูกมัด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation) หรือทีมผู้ดูแลที่หลากหลายและประสบการณ์ต่างกัน เช่น การร่วมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์หลายคน หรือการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์/นักศึกษาสายวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น รวมถึง การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้รังสีชนิดก่อกัมมันตรังสี ไอโซโทปกัมมันตรังสี และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) และการใช้ยาที่ควบคุม การวิจัย และการทดลองทางคลินิก เครื่องมือหรืออุปกรณ์ไฟฟ้า การใช้เลเซอร์ และการดูแล/บริการในภาวะฉุกเฉิน

¹⁴⁸ **หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง** หมายถึง หัตถการที่มีความซับซ้อนมีองค์ประกอบและรูปแบบที่มีความเฉพาะ หรือการผ่าตัดและหัตถการที่มีการรุกราน (surgical and invasive procedures) ทุกชนิดที่ต้องทำในภาวะเร่งรีบหรือภาวะฉุกเฉิน

¹⁴⁹ **การลดความเสี่ยง** ครอบคลุมถึงการส่งต่อผู้ป่วยหรือการงดทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีความพร้อม

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง¹⁵⁰ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.
- (3) การให้บริการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย¹⁵¹ และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่า¹⁵² มาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันทั่วทั้งที่ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่ มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย.

¹⁵⁰ สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินต่างๆ และสถานการณ์โรคระบาด เป็นต้น

¹⁵¹ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแสดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ดูตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของออสเตรเลีย

¹⁵² อาจเรียกกระบวนนี้ว่า Rapid Response System ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่ Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งจะนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของตนไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก (Anesthesia Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย และเหมาะสม โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึก¹⁵³ และระหว่างรอฟื้น มีการยอมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ.
- (2) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และอาจมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (4) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้น.

¹⁵³ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา

- (6) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรพพ.โดยผู้มีความรู้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. และมีการส่งต่อข้อมูลไปให้ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง.

ข. การผ่าตัด (Surgical Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย¹⁵⁴.

¹⁵⁴ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียน และการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัด และทำให้ปราศจากเชื้อ การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

- (6) ทีมผู้ให้บริการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (7) ทีมผู้ให้บริการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

ค. อาหารและโภชนาบำบัด (Food and Nutrition Therapy)

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ¹⁵⁵ ตลอดจนมีการดำเนินการป้องกันที่เหมาะสม.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนาบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

¹⁵⁵ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจสำลักได้

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care)

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม¹⁵⁶ จิตวิญญาณ¹⁵⁷.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (4) องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง.
- (5) องค์กรให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำ ให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ.
- (6) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

¹⁵⁶ ความต้องการด้านสังคม เช่น การอยู่ร่วมกัน การยอมรับ การมีส่วนร่วม ครอบคลุมถึงความพร้อมทางเศรษฐกิจ

¹⁵⁷ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเชื่อในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

- (7) องค์กรมีระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (care for carer) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย.

จ. การจัดการความปวด (Pain Management)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวดทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.
- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนาที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการประเมินซ้ำและมีการปรับการรักษาที่เหมาะสม.
- (3) ทีมผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการจัดการความปวด ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย:
 - (i) โอกาสเกิดความปวดจากการตรวจรักษา;
 - (ii) ทางเลือกในการจัดการความปวด;
 - (iii) ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง;
 - (iv) ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ป่วย.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการจัดการความปวดจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญตามมาตรฐานวิชาชีพหรือภายใต้การกำกับของบุคลากรดังกล่าว.
- (5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังจากจำหน่ายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก.

ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)

- (1) ทีมผู้ให้บริการ¹⁵⁸ นำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย¹⁵⁹ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละราย มาวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นและครอบคลุมด้านสุขภาพ¹⁶⁰ ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะเวลาที่เหมาะสม.

¹⁵⁸ **ทีมผู้ให้บริการ** หมายถึง ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์ นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์หรือตามบริบทของสถานบริการนั้นๆ

¹⁵⁹ **การประเมินผู้ป่วย** มีการประเมินแรกรับและประเมินซ้ำที่ครอบคลุมรวมถึงระดับความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถระบุระดับความสามารถที่คาดหวังหลังทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ (expected functional level) และระยะเวลาที่ควรทำการฟื้นฟู (duration of rehabilitation needed) รวมถึง แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation plan) ที่จำเป็น

¹⁶⁰ **องค์รวมด้านสุขภาพ** โดยองค์รวมด้านสุขภาพวางอยู่บนพื้นฐานของหลักการบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ซึ่งหมายรวมถึง มิติด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย (Body functions and structure), มิติด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (Activity and Participation), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพของผู้ป่วย¹⁶¹ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และอยู่บนพื้นฐานหลักฐานวิชาการ และมีการวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรมด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน.
- (3) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ:
 - (i) ให้ข้อมูลเพียงพอ¹⁶²สำหรับการตัดสินใจ.
 - (ii) เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶³.
- (4) การให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ เป็นไปเพื่อบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานบริการ มาตรฐานวิชาชีพ กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญ.

¹⁶¹ **การบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ** ครอบคลุมถึงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม ตลอดจนกระบวนการส่งต่ออย่างเป็นระบบเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และติดตามผลการฟื้นฟูระยะยาว ทั้งระหว่างหน่วยบริการและสู่ชุมชน

¹⁶² **ข้อมูลที่เพียงพอ** ครอบคลุมถึงเป้าหมาย แผน และบริการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นต้องได้รับ เพื่อใช้ประโยชน์ตลอดกระบวนการฟื้นฟู ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่สังคมตามศักยภาพ ดำรงวิถีชีวิตอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

¹⁶³ **การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ** หมายถึง การดูแลตนเองได้ที่สามารถพัฒนาต่อเนื่อง และสามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มศักยภาพในระดับที่เหมาะสม หรือคงระดับสมรรถภาพทางร่างกาย กลับเข้าสู่สังคมตามศักยภาพ ดำรงวิถีชีวิตอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Care of Patients with Chronic Kidney Diseases)

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁶⁴ ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม หรือ หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล หรือของหน่วยงานภายนอก (outsourcing) ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล.

ข. การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม.

¹⁶⁴ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การชะลอการเสื่อมของไต การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไต (เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุ เป็นต้น) การวางแผนก่อนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) องค์การมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยบุคคลที่เหมาะสม¹⁶⁵.
- (3) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการประเมิน ชักประวัติ¹⁶⁶ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค¹⁶⁷ วางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา¹⁶⁸ การฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้รับผลงานโดยนำหลัก ธรรมานามัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้.
- (4) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้มีความครบถ้วน และเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับผลงานตามเกณฑ์ที่เหมาะสม.
- (5) องค์การมีกลไกในการกำกับดูแลการทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพรตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ถูกต้อง มีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเฉพาะราย.
- (6) องค์การสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม.

¹⁶⁵ บุคคลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ

¹⁶⁶ ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ธาตุเจ้าเรือน สมุฏฐาน มูลเหตุการเกิดโรค

¹⁶⁷ การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามธาตุ 42 ประการ ตามตรีธาตุ ตามเบญจอินทรี ตามหมอสุมติ

¹⁶⁸ การรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาดำรับ ยาเดี่ยว การนวด การประคบ การอบไอน้ำสมุนไพร การทบทวนเกลือ และการให้บริการหัตถการอื่น

ฉ. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

- (1) องค์การวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการแพทย์ทางไกล.
- (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการบริการการแพทย์ทางไกล ในกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษา ตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง.
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์วิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทาง การแพทย์ทางไกล จะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้.
- (7) ในกรณีที่คาดว่าจะการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทาง การแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม.

ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน.
- (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ.
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันเวลา.
- (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผนหรือสั่งการรักษา โดยมีระบบการติดตามประเมินผล.
- (7) ในกรณีที่คาดว่าจะการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการ

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

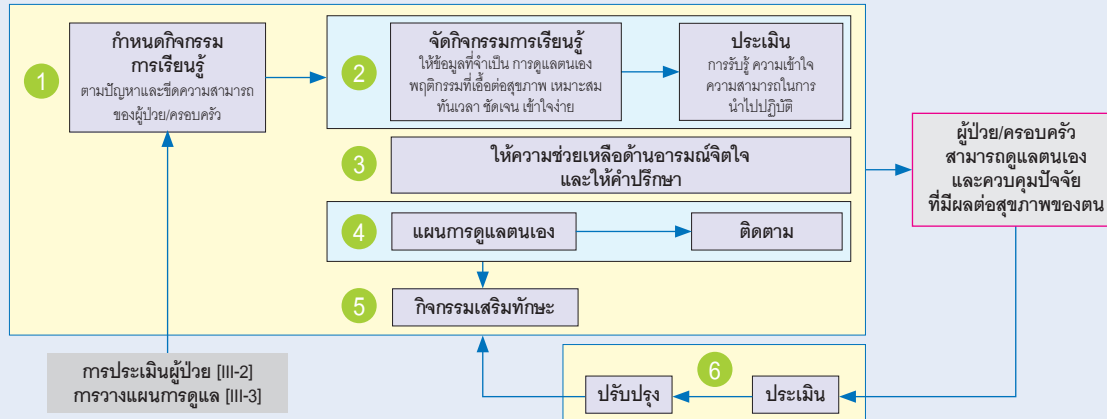
ที่สะดวกและทันกาล ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม.

- (8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย.

III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลและจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะของตนเอง.



III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

(Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย¹⁶⁹ และสอดคล้องกับผลการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) และขีดความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว
- (2) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว:
 - (i) ให้ข้อมูลที่จำเป็น.
 - (ii) ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและสุขภาวะดี¹⁷⁰.

¹⁶⁹ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ คำแนะนำการจัดการความเครียด การใช้ยา การปรับสภาพแวดล้อม แนวทางการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร และการจัดการกับยาเสพติด เป็นต้น.

¹⁷⁰ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิธีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (iii) กิจกรรมเหมาะสมกับปัญหา ทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่เข้าใจง่าย¹⁷¹.
- (iv) มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁷².
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย¹⁷³ รวมทั้งติดตาม**เพิ่มปัจจัยเอื้อและลดปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้.**
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว.

¹⁷¹ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

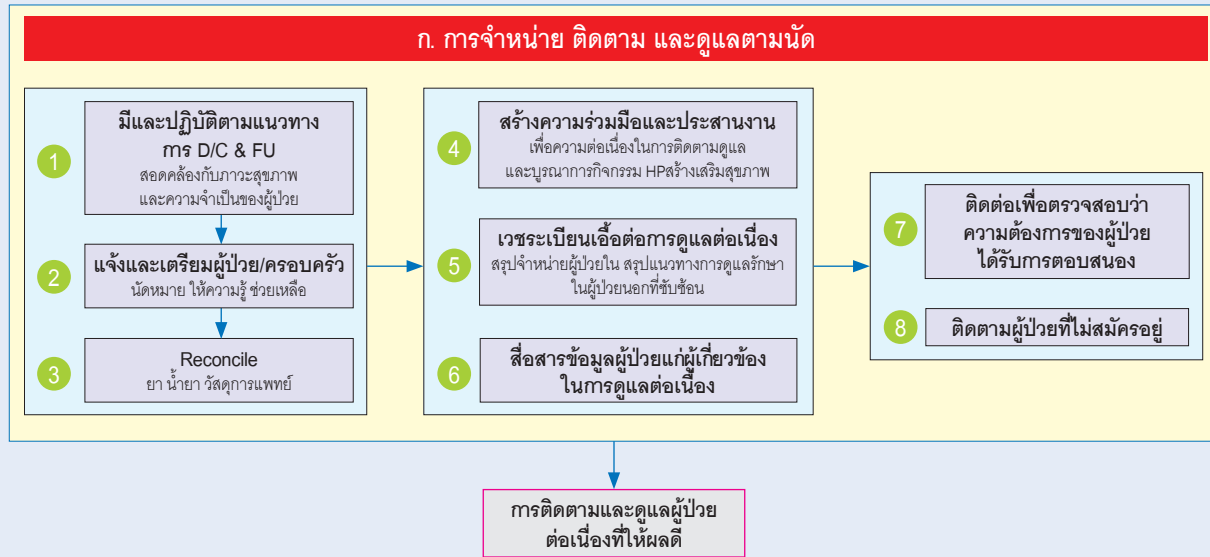
¹⁷² **การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ** เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

¹⁷³ **แผนการดูแลตนเอง (self-care plan)** ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท รับผิดชอบที่ชัดเจนของการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

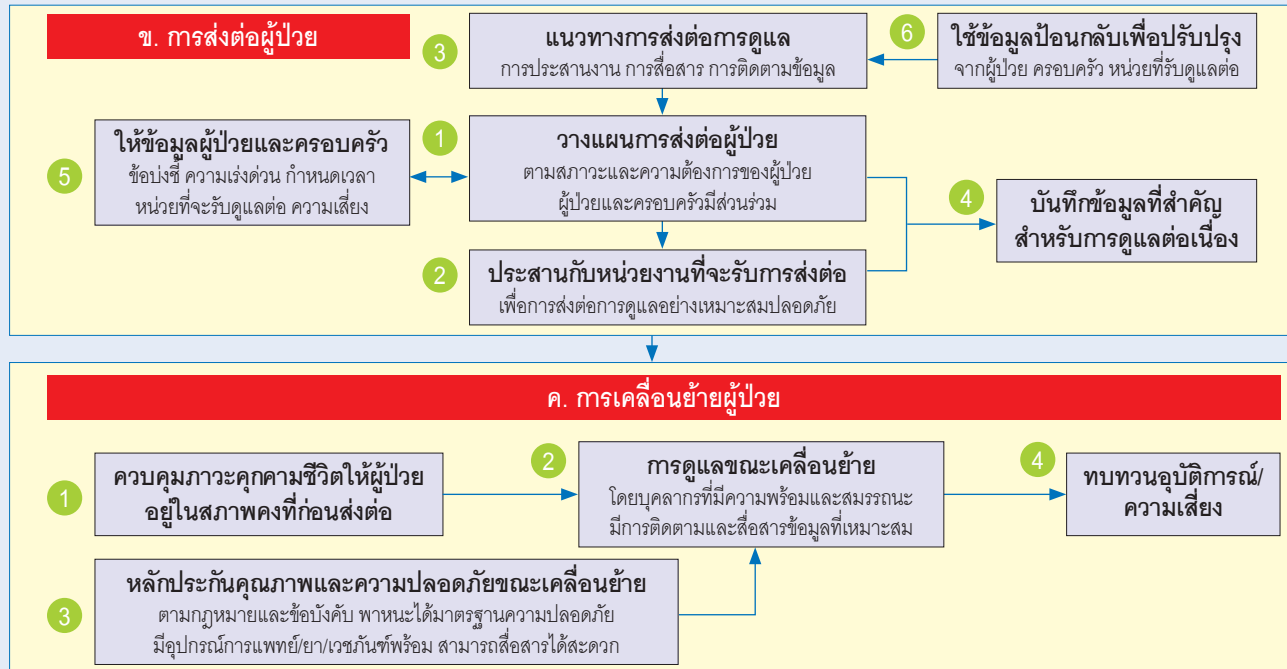
ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ปลอดภัย.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ได้.



III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

ก. การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด (Discharge, and Follow-up)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีและปฏิบัติตามแนวทางการจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (health status) และความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและเตรียม ผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่าย
 - (i) แจ้งในเวลาที่เหมาะสม.
 - (ii) ให้ข้อมูลแก่เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง.
 - (iii) มีระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้.
 - (iv) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมาตามนัด ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ.
 - (v) มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.
- (3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายา น้ำยา หรือ วัสดุการแพทย์ ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีการจำหน่าย เป็นไปตามแผนการรักษาล่าสุดของแพทย์และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (4) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา และบูรณาการกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (5) บันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล
 - (i) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันกาล.
 - (ii) เวชระเบียนผู้ป่วยไม่มีสรุปรายงานจำหน่ายที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.
 - (iii) มีสรุปแนวทางการดูแลรักษา (profiles of medical care) ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือมีการดูแลที่ซับซ้อน ที่ทีมผู้ให้บริการสามารถใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องได้.
- (6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย การติดตาม และดูแลตามนัด ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.
- (7) หลังการจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.
- (8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

ข. การส่งต่อผู้ป่วย¹⁷⁴ (Patient Referral)

- (1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยตามสถานะและความต้องการของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ทีมผู้ให้บริการประสานงานกับหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่จะรับการส่งต่อการดูแลผู้ป่วย¹⁷⁵ (transfer of care) อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางการส่งต่อการดูแล การประสานงาน การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อเพื่อให้มั่นใจว่าได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ครบถ้วน และมีแนวทางการติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้งในเวชระเบียนและเอกสารการส่งต่อ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย.

¹⁷⁴ การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral) หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรับการวินิจฉัย การรักษา การรักษาต่อเนื่อง หรือการดูแลต่อเนื่อง ไปยังหน่วยงานอื่นในสถานพยาบาลเดียวกัน หรือไปยังสถานพยาบาลอื่นตามวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ซึ่งต้องมีการประสานการดูแลและส่งต่อข้อมูลความต้องการที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อและรับผู้ป่วย

¹⁷⁵ การส่งต่อการดูแลผู้ป่วย (transfer of care) หมายถึง การส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลช่วยเหลือชีวิต การดูแลที่มีความซับซ้อน การดูแลระยะประคับประคอง การดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ/สมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่อง จากทีมผู้ให้บริการที่ส่งต่อการดูแลไปยังทีมผู้ให้บริการที่รับดูแลต่อ

- (5) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมข้อบ่งชี้ ความเร่งด่วน กำหนดเวลา หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ และความเสี่ยง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการใช้ข้อมูลป้อนกลับ จากผู้ป่วย ครอบครัว หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับดูแลต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนการส่งต่อ.

ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย¹⁷⁶ (Patient Transport)

- (1) ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาลเพื่อควบคุมภาวะคุกคามชีวิตให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพคงที่ (stabilization) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.
- (2) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีสมรรถนะ/ขีดความสามารถ มีการเฝ้าติดตาม¹⁷⁷ และสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม.
- (3) องค์กรมี่หลักประกันความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล:

¹⁷⁶ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Patient Transport) หมายถึงกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแล

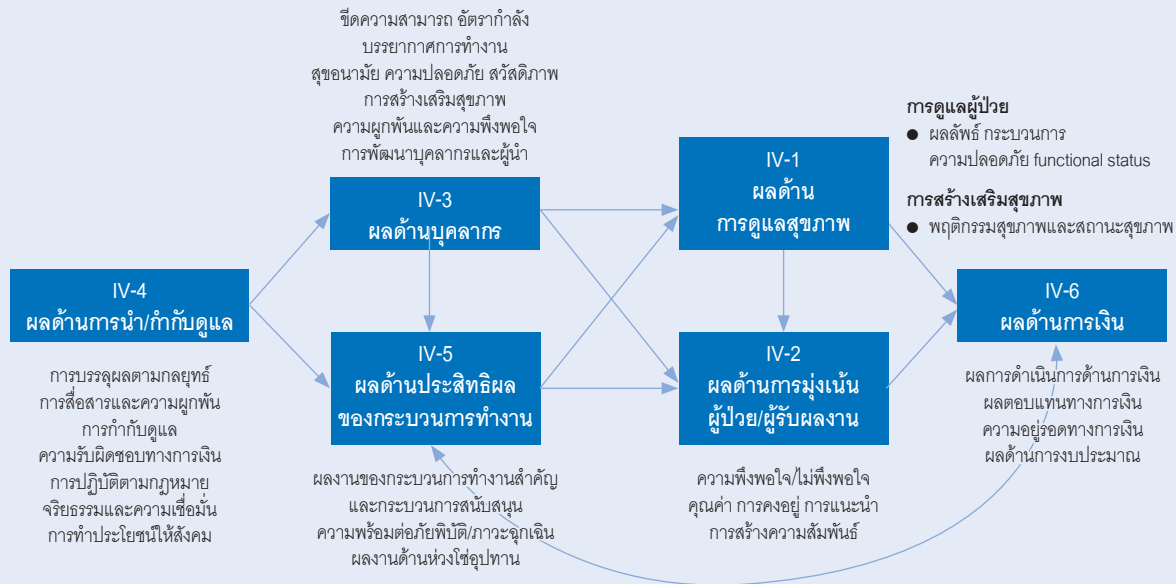
¹⁷⁷ การดูแลและเฝ้าติดตามที่เหมาะสม ประกอบด้วย การเฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ ยา สารน้ำ เลือด ออกซิเจน และสารอื่นๆ ผ่านอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลต่างๆ

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (i) บริการขนส่งผู้ป่วยเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
 - (ii) ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สามารถสื่อสารและปรึกษากับสถานพยาบาลที่ส่งต่อหรือที่จะรับผู้ป่วยได้สะดวก.
- (4) องค์กรมีระบบตรวจสอบหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.

ตอนที่ IV พลัฟร์

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่
 ผลด้านการดูแลสุขภาพ/การดูแลทางคลินิก การสร้างเสริมสุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้น
 ผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านบุคลากร ผลด้านการนำและการกำกับดูแล ผลด้าน
 ประสิทธิภาพของกระบวนการ และผลด้านการเงิน.



IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย¹⁷⁸/ผู้รับผลงาน การดูแลทางคลินิก¹⁷⁹ ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ ประชากรในชุมชน.

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

¹⁷⁸ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

¹⁷⁹ ตัวชี้วัดด้านการดูแลทางคลินิก ได้มาจากการวิเคราะห์ระบบงานสำคัญและระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบยา ระบบเวชระเบียน ระบบบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

IV-3 ผลด้านบุคลากร (Workforce Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตราากำลังการรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัยความปลอดภัย สวัสดิภาพ **การสร้างเสริมสุขภาพ** สิทธิประโยชน์และบริการของบุคลากร.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากรและความผูกพันของบุคลากร.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรและผู้นำ.

IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้นำระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ **การกำกับดูแลทางคลินิก** และความรับผิดชอบต่อด้านการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร¹⁸⁰.

¹⁸⁰ ผลของความรับผิดชอบต่อทางการเงิน เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

- (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมาย และกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.
- (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการทำประโยชน์และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.

IV-5 ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการ ทำงานสำคัญ (ตามมาตราฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัวชี้วัด ด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลระบบความปลอดภัยของ องค์กร การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน.

IV-6 ผลด้านการเงิน (Financial Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งตัวชี้วัด ด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านการใช้งบประมาณ.

Scoring Guideline

คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring

แนวคิด

HA Scoring เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล รวมถึงใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไปดังนี้

- 1) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ประกอบไปด้วยมาตรฐาน 4 ตอน (part) โดยแต่ละตอนมีการแบ่งบท (chapter) บางบทจะมีการจัดหมวดหมู่ (section) โดยแต่ละบทของมาตรฐานจะมีข้อกำหนด (requirement) 3 ระดับ คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน (basic requirements) ข้อกำหนดในภาพรวม (overall requirements) และข้อกำหนดย่อย (multiple requirements)
- 2) คณะกรรมการสถาบันกำหนดให้มีเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการสถาบันประกาศในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ โดยโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมตามที่กำหนด

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

- 3) คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานกำหนดให้มีเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เพื่อโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจได้ใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นการพัฒนาเพื่อยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาให้เป็นรพ.ที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยเลือกข้อกำหนด ที่มีพลังในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) สะท้อนการพัฒนาที่สอดคล้องกับค่านิยม (core value) และการดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบและเกิดการดำเนินการในข้อกำหนดอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งมีการกำหนดรวมเป็นหัวข้อสำหรับการประเมินตนเองใน HA Scoring จำนวน 27 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 100 ข้อ
- 4) การเยี่ยมสำรวจคือการทบทวนโดยมิตรจากภายนอก (external peer review) เพื่อรับรู้ระดับ maturity ของระบบคุณภาพที่พัฒนา และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 5) ผู้เยี่ยมสำรวจมีหน้าที่ในการ
 - รับรู้บริบทและผลงานการพัฒนาของโรงพยาบาล
 - สร้างกระบวนการเรียนรู้จากผลงานของโรงพยาบาล
 - ร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นในแผนการพัฒนา (Issues for Improvement-IFI) ที่เหมาะสมและสมบูรณ์
 - ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการวางระบบเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน

6) โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการ

ใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล

พาผู้เยี่ยมชมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล

ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบคุณภาพในสถานพยาบาลให้มีความอย่างยั่งยืน

7) การผ่านการรับรองจะมีระดับต่างๆ ซึ่งรับรู้กันเป็นการภายใน และมีผลต่อความเข้มข้นของการติดตามดังนี้

ระดับพอผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5-2.9

ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.4

ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-3.9

ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่า 4.0

8) การใช้ HA Scoring สำหรับการพัฒนากระบวนการของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่ความยั่งยืน มิใช่เพียงคาดหวังคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น

แนวทางการใช้ HA Scoring 2022 สำหรับโรงพยาบาล

- 1) ศึกษามาตรฐานและแนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจ
- 2) ทีมงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องนั้นร่วมกันประเมินความสมบูรณ์ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล ตาม Scoring Guideline ในที่นี้หมายถึงการประเมินระดับการพัฒนาที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของข้อกำหนดของแต่ละกลุ่มหัวข้อตามที่ระบุไว้ในมาตรฐาน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งแบ่งเป็นคะแนนกระบวนการ (process) และคะแนนผลลัพธ์ (result) โดยใช้แนวทางที่กำหนดประเมินการดำเนินงานในประเด็นต่างๆของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน ว่าการออกแบบแนวทางปฏิบัติ และการถ่ายทอดแนวทางไปสู่การปฏิบัติได้บรรลุผล ครอบคลุมประเด็นสำคัญ การวัดผลทบทวน และปรับปรุงการดำเนินการ จนสามารถเป็นแบบอย่างได้ ตลอดจนการแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าอยู่ระดับใด หากมีความเห็นที่แตกต่างกัน ให้ระบุจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในมุมมองของแต่ละคนออกมาให้มากที่สุด นำโอกาสพัฒนาไปดำเนินการแล้วจึงกลับมาประเมินใหม่
- 3) ให้ความสำคัญกับ ข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) และ ข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเป็นระบบ
- 4) ร่วมกันให้ความเห็นเกี่ยวกับระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ที่ทำได้ของแต่ละข้อกำหนด และให้จัดทำแผนการพัฒนา เพื่อยกระดับ maturity สู่ score 3 หรือ 4 หรือ 5 แล้วแต่กรณี

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

- 5) ประเมิน score ในแบบประเมินตนเอง (Self Assessment Report) เขียนสิ่งที่สามารถทำได้ดีตามมาตรฐาน และแผนการพัฒนาในสิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา เพื่อการติดตามในการพัฒนาต่อเนื่องและเรียนรู้ร่วมกับทีม
- 6) เมื่อสถานพยาบาลมีความพร้อมในการรับการประเมิน ส่งเอกสารแบบประเมินตนเองมายังสรพ. เพื่อเข้าสู่กระบวนการขอการรับรองคุณภาพ ส่ง score และแผนการพัฒนา พร้อมเอกสารตามที่สรพ.กำหนด มายังสรพ.เพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจ
- 7) จัดเตรียมเอกสารสำหรับการ verify การปฏิบัติหรือผลการประเมินต่างๆ ไว้ที่โรงพยาบาลอย่างเป็นหมวดหมู่

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ¹⁸¹ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

¹⁸¹ ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

1) พิจารณาตามระดับ maturity ของระบบคุณภาพของการพัฒนา

1.1 มาตรฐานหมวดกระบวนการ (Process)

คะแนน 1 Design & early stage of implementation เริ่มมีการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง วางแผน วางแนวทางปฏิบัติ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 1 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)

คะแนน 2 Partial implementation แนวทางปฏิบัติที่กำหนดมีความเหมาะสมกับบริบท เริ่มมีการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ ความครอบคลุมอาจจะยังไม่สมบูรณ์แต่ต้องครอบคลุมข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย และประเด็นที่สำคัญ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 2 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)

คะแนน 3 Effective implementation มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและได้ผล บรรลุเป้าหมายในประเด็นสำคัญ

คะแนน 4 Continuous improvement มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญ มีการเชื่อมโยงกับกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง

คะแนน 5 Role model, good practices, innovation เป็นแบบอย่างที่ดี มีการถอดองค์ความรู้ มีการใช้นวัตกรรมที่ส่งผลดี

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

1.2 มาตรฐานหมวดผลลัพธ์ (Result)

คะแนน 1 Measure มีการออกแบบการวัดผล

คะแนน 2 Relevant and valid measure มีการติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ

คะแนน 3 Get use of measures มีการวัดที่ตรงประเด็นตามเป้าหมายมาตรฐาน และครอบคลุมประเด็นสำคัญเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง

คะแนน 4 Good results (better than average) ตัววัดตามประเด็นสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยในบริบทเดียวกัน หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

คะแนน 5 Very good results (top quartile) ตัววัดตามประเด็นสำคัญอยู่ในระดับ top quartile

2) พิจารณาตามระดับความยากง่ายในการดำเนินการ

2.1 อาจจะนำข้อกำหนดในมาตรฐานแต่ละประเด็นมาพิจารณาว่าประเด็นใดที่ทำได้ง่ายที่สุด และยากขึ้นเป็นลำดับขึ้น โดยพยายามให้สอดคล้องกับแนวทางในข้อ 1)

2.2 อาจจะพิจารณาระดับความยากง่ายตามศักยภาพของโรงพยาบาล

3) พิจารณาตามลำดับขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการก่อนหลัง

3.1 อาจพิจารณาว่าในความเป็นจริง มี sequence ของการดำเนินการวางระบบงานอย่างไรบ้าง เช่น เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล การออกแบบระบบ การฝึกอบรม การนำสู่การปฏิบัติ เป็นต้น

4) พยายามให้มีการพิจารณาในภาพรวม ให้มีรายละเอียดเท่าที่จำเป็น ไม่ต้องคัดลอกมาจากมาตรฐานทั้งหมด

แนวทางการรวมคะแนนในการประเมิน

โรงพยาบาลที่มี performance เกินกว่าระดับ 1 ขึ้นมา สามารถนำส่วนของคะแนนตั้งแต่ระดับ 2-5 มารวมกันได้โดยไม่ต้องให้ระดับชั้นที่ต่ำกว่าสมบูรณ์ เช่น ถ้าทำ 2 ได้สมบูรณ์ 3 ได้ครึ่งหนึ่ง และ 4 ได้ครึ่งหนึ่ง ก็สามารถนำครึ่งหนึ่งของ 4 มารวมกับครึ่งหนึ่งของ 3 เท่ากับว่าได้คะแนนเป็น 3

ภาคผนวก 2

Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

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

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มากยิ่งขึ้นได้

หลักคิดหรือปรัชญาของ TQM ที่นำมาใช้ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้แก่ **ลูกค้าสำคัญที่สุด** (customer focus), **จุดความฝันร่วมกัน** (common vision), **ทีมงานสัมพันธ์** (team work), **มุ่งมันกระบวนการ** (process focus), **สานด้วยอริยสัจสี่** (problem solving), **ดีที่ผู้นำ** (visionary leadership), **ทำต่อเนื่อง** (continuous improvement)

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริง ได้แก่ **individual commitment, team work, customer focus**

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

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1. **ทิศทางการนำ:** 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. **การเรียนรู้:** learning, empowerment

1. ทิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership

คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์
นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ทำอย่างไร

กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม ตั้งความคาดหวัง
กำหนดกลยุทธ์ ระบบงาน วิธีการไปสู่เป้าหมาย กระตุ้นนวัตกรรม
นำค่านิยมและกลยุทธ์มาชี้นำกิจกรรมและตัดสินใจ
มองเห็นโอกาสในปัญหาอุปสรรค
กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน ส่งเสริมให้คนในองค์กรมี innovator's DNA
เป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้กระบวนการคิดค้นใหม่ เช่น องค์กรที่มีชีวิต

1.2 Systems Perspective

คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ เห็นการเชื่อมต่อภายใน
การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล
การพิจารณาวงรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กร
สับสน อ่อนล้า

อย่างไร

สังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร เป้าหมายเชิง
กลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน
มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ ตัวชี้วัด และกิจกรรม
ต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบและระบบต่างๆ ขององค์กรเข้าด้วยกัน

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

1.3 Agility

คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น
การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว
การปรับตัวที่รวดเร็วคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

ทำอย่างไร

ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ
ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานที่จำเป็น
การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงจรรอบเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ

2. ผู้รับพา

2.1 Patient and Customer Focus

คืออะไร

สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี
ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงานภายใน 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

สุขภาพะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต

ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

ทำอะไร

ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย

หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกราย

พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม

สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาพะ และการบำบัดรักษา

ใช้แนวคิดสุขภาพะกำเนิด (salutogenesis)

ฝึกอยู่กับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

2.3 Community Responsibility

คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนนอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง

ทำอะไร

ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

อนุรักษ์ทรัพยากรและการลดความสูญเปล่าตั้งแต่ต้นทาง

คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านสถานที่ การใช้รังสี/สารเคมี อันตรายด้านชีวภาพ และวางแผนป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่จะเกิดขึ้น

ตอบสนองอย่างเปิดเผยเมื่อเกิดปัญหา

การให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน ค้นหาศักยภาพในชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff

คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

ทำไม

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

ทำอย่างไร

มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล

ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาดตนเอง

ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ

จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย

ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด

ถามคนทำงานว่า “อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง” และตอบสนอง

3.2 Individual Commitment

คืออะไร

คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน

ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน

คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

ทำอย่างไร

แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ รับผิดชอบ ใฝ่หา

พัฒนาตนเอง ร่วมพัฒนากับผู้อื่น

ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

3.3 Teamwork

คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน
การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

ทำไม

บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

ทำอะไร

สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ มีความยืดหยุ่น การตอบสนอง การแลกเปลี่ยนความรู้
ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงานประจำ
ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามโอกาสพัฒนาที่พบ
มีกลไกดูภาพรวม กำหนดทิศทางการพัฒนา ติดตามกำกับการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยหรือระบบงานหลัก
โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงาน
ขยายไปสู่ความร่วมมือกับภายนอก

3.4 Ethical and Professional Practice

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลยหรือ

การปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับความรับผิดชอบ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่

เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ทำอะไร

ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น

ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลดุจญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องกันและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

การพัฒนาด้วยวิธีใหม่ๆ ไม่อาจใช้การได้ผลอีกต่อไป

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและนวัตกรรม

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

ประเมินและปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดหรือดัชนีชี้วัดเพื่อให้เหมาะสมกับเป้าประสงค์ยิ่งขึ้น

สร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในทุกระดับ

4.3 Continuous Process Improvement

คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

ทำไม

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น
มีโอกาสนำมาซึ่งการปรับปรุงและมีประสิทธิภาพขึ้นเสมอ

ทำอย่างไร

วัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ
หน่วยงาน องค์กร
ใช้กลยุทธ์ในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การรับฟังผู้รับผลงาน
การเปรียบเทียบกับข้อกำหนด/มาตรฐาน มีทีมงานจากสหสาขาวิชาชีพมาองภาพรวม
สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

4.4 Focus on Results

คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของงาน/การพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ

ทำไม

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน เชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

สูงสุด

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความศรัทธาต่อองค์กร

ทำอะไร

วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ

ใช้ตัวชี้วัดผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อสื่อลำดับความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์

รักษาสสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ผู้ลงทุน และสาธารณะ

4.5 Evidence-based Approach

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ
ซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่
กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียน
ไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

ทำอะไร

นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

Gap Analysis

นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ

นำข้อมูลวิชาการมาใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วย
และปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning

คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

ทำไม

สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต

ทำอะไร

ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ

เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม

หาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้ดีขึ้น

ปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน

ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย การให้บริการ สถานที่สิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้

5.2 Empowerment

คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ทำไม

การเสริมพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวงกว้าง

ทำอย่างไร

ผู้มีอำนาจเห็นประโยชน์ เต็มใจลดอำนาจและการผูกขาดอำนาจของตน

ผู้บริหารกระจายอำนาจและเพิ่มพลังการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน

ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามให้ผู้ป่วย ประชาชน สามารถดูแลตนเอง

มีการสื่อสารที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการประเมินและสะท้อนกลับ

ภาคผนวก 3

ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

สำหรับหัวข้อที่มีการเพิ่มเข้ามาใหม่ในฉบับที่ 5 จะมีระบุไว้ในรหัสอ้างอิงของฉบับที่ 4 ว่า “ใหม่”

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม	ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม
	ข. การสื่อสาร	ข. การสื่อสาร
	ค. ความสำเร็จขององค์กร	ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร
I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม	ก. การกำกับดูแลองค์กร	ก. การกำกับดูแลองค์กร
	ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม	ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม
	ค. การทำประโยชน์ให้สังคม	ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม
I-2 กลยุทธ์		
I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์	ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์	ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์
	ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
	ข. การ ทบทวน แผนปฏิบัติการ	ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน	ก. การรับฟังผู้ป่วยและ ผู้รับผลงาน	ก. การรับฟังผู้ป่วยและ ผู้รับผลงานอื่น
	ข. บริการสุขภาพ	ใหม่
I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน	ก. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการ และอำนวยความสะดวกแก่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน
	ข. การประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน	I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ข. การประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่น

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
I-3.3 ลิทธิผู้ป่วย	ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย	ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย
	ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
	ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ	ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้		
I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	ก. การวัดผลการดำเนินการ	ก. การวัดผลการดำเนินการ
	ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ	ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ
	ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ	ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน
I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้	ก. ข้อมูลและสารสนเทศ	ก. ข้อมูลและสารสนเทศ
	ข. ความรู้ขององค์กร	ค. ความรู้ขององค์กร
I-5 บุคลากร		
I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	ก. ชีตความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากร	ก. ชีตความสามารถ และความเพียงพอของกำลังคน

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
	ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร	ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน
	ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร	ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน
	ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร	ใหม่
I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร	ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร	ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน
	ข. วัฒนธรรมองค์กร	ใหม่
	ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร	ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ
I-6 การปฏิบัติการ		
I-6.1 กระบวนการทำงาน	ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน	ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ
	ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ	ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
	ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน	ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
	ง. การจัดการนวัตกรรม	ง. การจัดการนวัตกรรม
	จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก	จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก
I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ	ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ
	ข. การจัดการระบบสารสนเทศ	I-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ ข. การจัดการระบบสารสนเทศ
	ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน	ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย		
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ	ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ	ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ
	ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย
II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง	ก. ข้อกำหนดทั่วไป	ก. ข้อกำหนดทั่วไป
	ข. ข้อกำหนดจำเพาะ	ข. ข้อกำหนดจำเพาะ
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล	ก. การบริหารการพยาบาล	ก. การบริหารการพยาบาล
	ข. การปฏิบัติการพยาบาล	ข. ปฏิบัติการพยาบาล
II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์	การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์	การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย	ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ	ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ
	ข. วัสดุและของเสียอันตราย	ข. วัสดุและของเสียอันตราย
	ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย	ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย
II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ	ก. เครื่องมือ	ก. เครื่องมือ
	ข. ระบบสารสนเทศ	ข. ระบบสารสนเทศ

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	ก. การสร้างเสริมสุขภาพ	ก. การสร้างเสริมสุขภาพ
	ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
	ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ
II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป
	ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ	ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ
II-5 ระบบเวชระเบียน		
II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน	ก. การวางแผนและออกแบบระบบ	ก. การวางแผนและออกแบบระบบ
	ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ	ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ
II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย	เวชระเบียนผู้ป่วย	เวชระเบียนผู้ป่วย

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน	ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา
	ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน	ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน
	ค. การจัดหาและเก็บรักษา	ค. การจัดหาและเก็บรักษา
II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา	ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง	ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง
	ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา	ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา
	ค. การบริหารยา	ค. การบริหารยา
II-7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ
	ข. การให้บริการรังสีวิทยา	ข. การให้บริการรังสีวิทยา
	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
	ข. การให้บริการ	ข. การให้บริการ
	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก	พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก	พยาธิวิทยากายวิภาค
II-7.4 ธนาการเลือดและงานบริการโลหิต	ธนาการเลือดและงานบริการโลหิต	ธนาการเลือดและงานบริการโลหิต
II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
	ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร	ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร
	ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง	ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง
	ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ	ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ
	ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย	ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
II-9 การทำงานกับชุมชน		
II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน
II-9.2 การเสริมพลังชุมชน	การเสริมพลังชุมชน	การเสริมพลังชุมชน
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
	ก. การจัดบริการ	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
	ข. การเข้าถึง	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
	ค. การเข้ารับบริการ	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
III-2 การประเมินผู้ป่วย		
	ก. การประเมินผู้ป่วย	ก. การประเมินผู้ป่วย
	ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค
	ค. การวินิจฉัยโรค	ค. การวินิจฉัยโรค
III-3 การวางแผน		
III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่าย

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
III-4.1 การดูแลทั่วไป	การดูแลทั่วไป	การดูแลทั่วไป
III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง
III-4.3 การดูแลเฉพาะ	ก. การระงับความรู้สึก	ก. การระงับความรู้สึก
	ข. การผ่าตัด	ข. การผ่าตัด
	ค. อาหารและโภชนาบำบัด	ค. อาหารและโภชนาบำบัด
	ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง	ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
	จ. การจัดการความปวด	จ. การจัดการความปวด
	ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ	ฉ. การฟื้นฟูสภาพ
	ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
	ซ. การแพทย์แผนไทย	ใหม่
	ฌ. การแพทย์ทางเลือก	ใหม่
	ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน	ใหม่

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		
	ก. การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด	การดูแลต่อเนื่อง
	ข. การส่งต่อผู้ป่วย	การดูแลต่อเนื่อง
	ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	การดูแลต่อเนื่อง
ตอนที่ IV ผลลัพธ์		
IV-1	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
IV-2	IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย และผู้รับผลงาน	IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย และผู้รับผลงานอื่น
IV-3	IV-3 ผลด้านบุคลากร	IV-3 ผลด้านกำลังคน
IV-4	IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล	IV-4 ผลด้านการนำ
IV-5	IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ	IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ
IV-6	IV-6 ผลด้านการเงิน	IV-6 ผลด้านการเงิน

จุดเด่นในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

1. การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวาง ครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมสำรวจ โรงพยาบาล และประชาชน
2. การนำมาตรฐานต่างประเทศและหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับสากล The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA) มาเป็นแนวทางการพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม
3. การบูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และวิถีหรือแนวปฏิบัติใหม่ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน
4. การคาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อขึ้นและส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
5. การบูรณาการเอกลักษณ์ของไทย เช่น มิติจิตวิญญาณ (SHA) การแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่
6. การเรียบเรียงเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินรับรอง

คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ISBN 978-616-8024-36-2



9 786168 024362

ราคา 500 บาท