



(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

Hospital and Healthcare Standards

ฉบับที่ 5

(ปรับปรุงครั้งที่ 1)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

สารบัญ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร.....	1
I-1 การนำ.....	1
I-2 กลยุทธ์.....	5
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.....	7
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้.....	10
I-5 บุคลากร.....	13
I-6 การปฏิบัติการ.....	18
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล.....	21
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ.....	21
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ.....	27
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย.....	33
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.....	37
II-5 ระบบเวชระเบียน.....	42
II-6 ระบบการจัดการด้านยา.....	45
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง.....	52
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ.....	57
II-9 การทำงานกับชุมชน.....	60
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย.....	62
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ.....	62
III-2 การประเมินผู้ป่วย.....	64
III-3 การวางแผน.....	65
III-4 การดูแลผู้ป่วย.....	67
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.....	75
III-6 การดูแลต่อเนื่อง.....	76

คำแนะนำในการอ่านตัวหนังสือต่างๆ แยกตามประเด็นการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. **ตัวหนังสือสีแดง** หมายถึง ปรับเพิ่มตามเกณฑ์ของ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association IEEA
2. **ตัวหนังสือสีเขียว** หมายถึงปรับเพิ่มตามเกณฑ์ของ Thailand Quality Award (TQA)
3. **ตัวหนังสือสีม่วง** หมายถึง ปรับตามข้อเสนอแนะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เชี่ยวชาญ สภา/องค์การวิชาชีพ และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งปรับปรุงเพิ่มเติมจากการรับฟังความคิดเห็นและมติคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐาน
4. **ตัวหนังสือสีส้ม** หมายถึง ปรับเพิ่มใหม่หรือมีเนื้อหาเพิ่มเติมตามเกณฑ์ของ SHA Criteria
5. **ตัวหนังสือสีฟ้า** หมายถึง ข้อความที่เพิ่มขึ้นในมาตรฐานฉบับที่ 4

สิ่งที่ปรับในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

1. รูปแบบการเขียนให้เป็นลักษณะหัวข้อที่เข้าใจง่าย โดยใช้เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์แทน
. ใช้เพื่อแสดงการจบเนื้อหาที่เป็นหลักที่ต้องทำ (meet criteria)
: ใช้ต่อท้ายคำอธิบาย ซึ่งอาจเป็นลำดับขั้น ตัวอย่าง หรือประเด็นที่หลากหลาย ในข้อกำหนดย่อย (multiple requirement)
i, ii, iii.... (เลขโรมัน) เป็นอนุข้อย่อย แสดงถึงประเด็นที่จะช่วยให้ข้อกำหนดย่อยประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจไม่ต้องทำทุกข้อ
; ใช้ตามหลังอนุข้อย่อยว่ายังมีข้อต่อไป
2. ปรับภาษาและการเขียนคำที่เข้าใจง่าย โดยอ้างอิงภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. ปรับการขึ้นต้นประโยคด้วยคำนามหรือกริยาให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในแต่ละหัวข้อ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำ

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

(1) ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร:

(i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ;

ปฏิบัติ;

(ii) เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร.

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

(i) กำหนดแนวทางปฏิบัติที่พึงประสงค์ (codes of conduct) ขององค์กรที่สอดคล้องกับหลักจริยธรรม² (ethical principles) เป็นลายลักษณ์อักษร;

(ii) ใช้หลักจริยธรรม ชี้นำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.

(3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย.

(4) ผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่างของการทำงานเป็นทีม.

ข. การสื่อสาร

(1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั้งองค์กร และผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นๆที่สำคัญ:

(i) ใช้การสื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย;

(ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง เพื่อความร่วมมือกับทุกกลุ่มเป้าหมาย;

(iii) สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ เพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดีและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

ค. ความสำเร็จขององค์กร

(1) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อม³ ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ บรรลุเป้าหมายขององค์กร:

¹ การถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติไปยังบุคลากร ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการอื่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ

² หลักจริยธรรม คือ หลักแห่งความประพฤติปฏิบัติชอบ ซึ่งมีรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญาและขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติตนเพื่อการบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์

³ ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อม หมายถึง ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการทำงานที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ เช่น วิธีการตอบสนองขององค์กร, ระบบการนำ (โครงสร้าง การสื่อสาร การตัดสินใจ), การตอบสนองของคนทำงาน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) เป็นองค์กรที่คล่องตัว⁴;
 - (ii) มีวัฒนธรรมความปลอดภัย;
 - (iii) มีการเรียนรู้ มีการสร้างนวัตกรรม;
 - (iv) มีวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการสร้าง ความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (v) มีการพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (Focus on Action) :
- (i) กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร;
 - (ii) กำหนดความคาดหวังในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น.
 - (iii) แสดงให้เห็นถึงภาระรับผิดชอบระดับบุคคลต่อการดำเนินการขององค์กร
- (3) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดย:
- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
 - (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
 - (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.

⁴ องค์กรที่คล่องตัว (Agile Organization) หมายถึง องค์กรที่ยืดหยุ่น คล่องตัว มีความสามารถในการปรับตัวเปลี่ยนแปลงและเริ่มสิ่งใหม่ๆอย่างรวดเร็ว ในสถานการณ์สภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงผันผวนและไม่แน่นอน

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม⁵ (Governance and Societal Contribution)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และ
การทำประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ในประเด็นต่อไปนี้:

- (i) ความรับผิดชอบต่อทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
- (ii) ความรับผิดชอบในการบริหารงาน (Operational Management)⁶ ของผู้นำระดับสูง;
- (iii) ความรับผิดชอบด้านการจัดการทางการเงิน (Financial management)⁷ และงบประมาณ;
- (iv) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใสในการดำเนินการ;
- (v) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิภาพ;
- (vi) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

(2) องค์กรประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินการของการนำและการกำกับดูแล:

- (i) ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินการของผู้นำระดับสูง;
- (ii) ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินการของระบบการนำ;
- (iii) ประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินการของระบบกำกับดูแลองค์กร.

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก⁸ ที่มีประสิทธิภาพ:

- (i) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนืองของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล⁹ การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประสบการณ์ของผู้ป่วย;
- (ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

(1) องค์กรปฏิบัติตามกฎหมาย และระเบียบ โดย:

⁵ การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution) การทำประโยชน์ให้สังคมมีความหมายมากกว่าการปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับ แต่เป็นการถือการที่องค์กรคำนึงความผาสุกและประโยชน์ของสังคมโดยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติประจำในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี การสนับสนุนชุมชนโดยมีการกำหนดชุมชนและเรื่องที่เกี่ยวข้องในองค์กรมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งตามขนาดและความสามารถขององค์กร ซึ่งการทำประโยชน์ให้สังคมขององค์กรอาจเป็นตัวขับเคลื่อนความผูกพันของผู้ป่วย ประชาชนและบุคลากร

⁶ การบริหารงาน (Operational Management) หมายถึง การดำเนินนโยบาย การกำหนดเป้าประสงค์หรือเป้าหมายในขนาดสำหรับบริการต่างๆขององค์กร การสร้างกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านั้น การจัดสรรทรัพยากรและทำให้มั่นใจว่าจะบรรลุตามแผน

⁷ การบริหารทางการเงิน (Financial Management) หมายถึง การวางแผน การตรวจสอบ การจัดระเบียบและการควบคุม การเงินและสินทรัพย์ขององค์กร.

⁸ การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

⁹ การเปิดเผยข้อมูล (openness) คือ การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) ปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย;
 - (ii) ปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง¹⁰;
 - (iii) คาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกในการปฏิบัติตามกฎหมาย และกำหนดระเบียบหรือแนวปฏิบัติกรณีเหตุการณ์เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ¹¹ และการอนุรักษ์ทรัพยากร ธรรมชาติ.
- (2) องค์กรรับผิดชอบต่อการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:
- (i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;
 - (ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.
- (3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ¹² ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.
- ค. การทำประโยชน์ให้สังคม
- (1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม

¹⁰ กฎหมายและระเบียบ (Legal and regulation) ควรครอบคลุมถึง กฎหมายและระเบียบที่คุ้มครองการจ้างงานผู้พิการ อาชีวอนามัย โครงสร้างอาคาร การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม การจัดการของเสีย พรบ.โรคติดต่อที่ต้องรายงาน พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค ความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กฎหมายของวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนวิชาชีพ มาตรฐานทางเทคนิคต่างๆ เช่น พรบ.คอมพิวเตอร์

¹¹ ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

¹² ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ (ethical dilemma) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจ เนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยหนักรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยหนักซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก

I-2 กลยุทธ์

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

- (1) องค์กรมีกระบวนการในการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม. ในด้านต่างๆ:
 - (i) กระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลา มีความเหมาะสม;
 - (ii) การวางแผนระบบบริการมีขั้นตอนการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรและข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม;
 - (iii) การวางแผนกลยุทธ์มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว
- (2) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม
- (3) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปในการจัดทำกลยุทธ์:
 - (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
 - (ii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สิ่งที่คุณค่าความสำเร็จ ความเสี่ยงที่สำคัญและโอกาสเชิงกลยุทธ์;
 - (iii) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
 - (iv) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;
 - (v) ความสามารถในการนำไปปฏิบัติ.
- (4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.
- (5) องค์กรตัดสินใจ¹³เรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- (1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เป้าหมายที่วัดได้และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้รับบริการ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ.

¹³ การตัดสินใจพิจารณาจากสมรรถนะหลักขององค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับองค์กรภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพขององค์กร.

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดย:

(i) มีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด;

(ii) จัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;

(iii) มีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์¹⁴ของการดำเนินงาน.

(2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:

(i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;

(ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์.

(3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มั่นใจและรักษาความมั่นคงทางการเงินได้.

(4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.

(5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้า;

(i) การนำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ;

(ii) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และความสำเร็จของการบรรลุวัตถุประสงค์.

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น

¹⁴ วัตถุประสงค์ควรครอบคลุม วัตถุประสงค์ของระบบบริการต่างๆที่ขึ้นอยู่กับ จำนวนและประเภทของกิจกรรมการบริการที่วางแผนไว้ ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปยังแผนอื่น ๆ ภายในองค์กรเช่น ทรัพยากรมนุษย์ความเสี่ยงการสื่อสารและแผนทางการเงิน

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

(1) องค์กรรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:

- (i) องค์กรรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น อาจรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ ตามความเหมาะสมสอดคล้องกับพันธกิจ เพื่อเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวัง;
- (ii) วิธีการรับฟังที่แตกต่างและเหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
- (iii) องค์กรค้นหาวิธีการรับฟังข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานทันทีหลังเข้ารับบริการ;
- (iv) ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบบริการ และปรับปรุงกระบวนการทำงาน

ข. ประเภทและลักษณะของบริการสุขภาพ (Health Service Offering)

(1) องค์กรกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ ความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน. การกำหนดลักษณะสำคัญ ครอบคลุม:

- (i) บริการสุขภาพในภาพรวม¹⁵;
- (ii) บริการสุขภาพตามสาขาความเชี่ยวชาญในการให้บริการ¹⁶;
- (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน¹⁷.

¹⁵ บริการสุขภาพในภาพรวม เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป เป็นต้น

¹⁶ บริการสุขภาพตามสาขาความเชี่ยวชาญในการให้บริการ เช่น บริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ เป็นต้น

¹⁷ บริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เป็นการคำนึงถึงเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย แต่ละแผนก เช่น บริการโรคเรื้อรัง บริการผู้สูงอายุ บริการอาชีวเวชกรรม เป็นต้น

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ก. ความสัมพันธ์และการสนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล (respect personal preferences) เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.
- (2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้สามารถสืบค้นข้อมูลสารสนเทศและรับการสนับสนุนด้านบริการสุขภาพ: (ดู II-1.1 ก.(10) ร่วมด้วย)
 - (i) ผู้ป่วยและผู้รับผลงานสามารถสืบค้นข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล กระบวนการเข้าถึงและการให้บริการต่างๆ;
 - (ii) องค์กรให้การสนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง
- (3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันที่และมีประสิทธิผล:
 - (i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไป
 - (ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด
 - (iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

ค. การใช้ข้อมูลจากเสียงสะท้อนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

- (1) องค์กรใช้ข้อมูลจากเสียงสะท้อนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น (หรือใช้หลักการเน้นคนเป็นศูนย์กลาง) รวมถึงใช้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินงาน

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข¹⁸.

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่¹⁹ ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) องค์กรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
- (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.
- (3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกมัด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.

¹⁸ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ, 2. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน, 3. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต, 4. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน, 5. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ, 6. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด, 7. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย, 8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ, 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

¹⁹ การให้ข้อมูลเรื่องสิทธิและหน้าที่ครอบคลุมถึง สิทธิและหน้าที่ของผู้ดูแล ผู้อำนวยความสะดวกต่างๆในการประสานดูแลผู้ป่วย และการเคารพในสิทธิและหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข

I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุง ผลการดำเนินการขององค์กร

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร และส่งเสริมการเรียนรู้.

I-4.1 ก.การวัดผลการดำเนินการ

(1) องค์กรติดตามข้อมูลสารสนเทศที่สะท้อนภาพรวมของผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการประจำวัน. อาจประกอบด้วย: (ดู ตอนที่ IV ร่วมด้วย)

(i) องค์กรกำหนด ข้อมูล/ตัวชี้วัดสำคัญขององค์กรและระบบบริการเพื่อใช้ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน ผลการดำเนินการขององค์กร ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;

(ii) องค์กรรวบรวม จัดการ ข้อมูลสารสนเทศ ที่เลือกหรือกำหนดให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

(iii) ข้อมูลตัววัดครอบคลุมตัววัดด้านการกำกับดูแลองค์กรและการกำกับดูแลทางคลินิก การบริหารจัดการองค์กร ผลการดำเนินการของระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย²⁰ ผลการดำเนินการของระบบบริการ²¹ ความพึงพอใจของบุคลากร ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัลักษณะของการดูแลหรือบริการสุขภาพที่ให้บริการ.

(2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ²² ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยอิงข้อเท็จจริง.

(3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันเวลาที่เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ

(1) องค์กรวิเคราะห์ ทบทวนผลการดำเนินการและขีดความสามารถขององค์กร. ประกอบด้วย:

(i) การทบทวนโดยใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ และข้อมูลเปรียบเทียบ;

(ii) การวิเคราะห์ความถูกต้องของผลการดำเนินการ;

(iii) การประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงการตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ

(1) องค์กรนำผลการทบทวนผลการดำเนินการมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและโอกาสสร้างนวัตกรรม และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร. (ดู II-1.1ก.(7) ร่วมด้วย)

²⁰ ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากกระบวนการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) และ ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents / adverse events)

²¹ 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)

²² แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศในด้านต่างๆ ดังนี้:
 - (i) ความถูกต้อง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (accuracy & validity);
 - (ii) ความคงสภาพ²³ เชื่อถือได้ (integrity & reliability);
 - (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current)
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้. ดังนี้:
 - (i) ข้อมูลสารสนเทศมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และหน่วยงานภายนอก;
 - (ii) ข้อมูลสารสนเทศมีรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งาน;
 - (iii) ข้อมูลสารสนเทศมีความพร้อมใช้และทันเหตุการณ์

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/ สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม มีการป้องกัน ตรวจสอบ และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.
- (3) ในกรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล²⁴ (telemedicine and information-sharing platforms) เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุดตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.

ค. ความรู้ขององค์กร

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. ประกอบด้วย:
 - (i) มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติ;
 - (ii) มีการผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
 - (iii) มีการรวบรวมและใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์;
 - (iv) มีการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของ healthcare intervention & technology มาประยุกต์ใช้.
- (2) องค์กรมีการแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดีขององค์กร. ดังนี้:
 - (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี;
 - (ii) ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;
 - (iii) นำแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.

²³ ความคงสภาพ (integrity) หมายถึง คุณสมบัติของการจัดการข้อมูลที่ต้องสามารถรักษาความถูกต้องครบถ้วนไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้หรือประมวลผล สาเหตุที่ทำให้ข้อมูลขาดความคงสภาพ มักเกิดจากฐานข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนกัน ปัญหาจากการอ้างอิงเวลาต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล หรือเมื่อต้องมีการปรับปรุงข้อมูลที่เก็บไว้ในฐานข้อมูล

²⁴ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine and information-sharing platforms) คือ ระบบงานที่มีการนำดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพ และเสียง หรือวิธีการอื่นใด ในการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข

(ร่าง) มาตรฐาน โรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน²⁵ขององค์กร.

ฉบับร่างแก้ไขหลังฟังความคิดเห็นครั้งที่ 1
ห้ามเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

²⁵ การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน หมายถึง การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นการปฏิบัติจริงอย่างเป็นประจำ มี 2 รูปแบบคือ 1. การฝังวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร 2. การสร้างองค์ความรู้และการแบ่งปันองค์ความรู้ทั่วทั้งองค์กร เช่น การฝัง knowledge assets ที่ได้จากการเรียนรู้เข้าไปในการทำงานประจำ จนเกิดการปฏิบัติจริง เช่น การมีคู่มือ การมี Work instruction ที่มีปรับปรุงจากการเรียนรู้ และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ

I-5 บุคลากร

I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร²⁶

องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อ **ต่อสวัสดิภาพ²⁷ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร** ก. ขีดความสามารถ²⁸ และความเพียงพอของบุคลากร²⁹

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารบุคลากรที่ตอบสนองพันธกิจและแผนกลยุทธ์. แผนบริหารบุคลากรคำนึงถึง:

(i) ข้อกำหนดของสภาวิชาชีพหรือองค์กรวิชาชีพ ร่วมกับบริบทขององค์กร;

(ii) การระบุขีดความสามารถและบุคลากรที่ต้องการในแต่ละส่วนงานเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ ต้องการได้

(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษาบุคลากร. ดังนี้:

(i) มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆ เช่น ใบบรรณบัตรวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์;

(ii) จัดให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน;

(iii) มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมอตามสภาวิชาชีพหรือองค์กรวิชาชีพกำหนด.

(3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ หรือการลดบุคลากรที่ไม่จำเป็น.

(4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้งใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร. ดังนี้:

(i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น;

(ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;

(iii) มีแนวทาง³⁰และกลไกสนับสนุน การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;

²⁶ บุคลากร หมายถึง บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

²⁷ สวัสดิภาพ (security) หมายถึง การปราศจากภัยอันตราย มั่นคง ปลอดภัย ปราศจากการบาดเจ็บ หรือตาย รวมทั้งการสูญเสียทรัพย์สินของมีค่าหรือเสียเวลาไป รวมถึง การดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขกาย สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ และมีการเตรียมป้องกันภัยไว้ล่วงหน้า อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ ในสถานที่ทำงาน

²⁸ ขีดความสามารถของบุคลากร (workforce capability) หมายถึง ความสามารถของบุคลากรในการบรรลุผลสำเร็จของงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของบุคลากร ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่น การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

²⁹ ความเพียงพอของบุคลากร (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่นได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

³⁰ กรอบการทำงานควรได้รับการสนับสนุนด้วยข้อตกลงความร่วมมือ/มาตรการที่ใช้ร่วมกันและ / หรือคณะกรรมการสำหรับการวางแผนการกำกับดูแลบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง และการคุกคาม

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร

- (1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ข ร่วมด้วย) ประกอบด้วย:
 - (i) มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง;
 - (ii) มีการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยเฉพาะ วัณโรค โรคติดต่อทางเดินหายใจ หรือ โรคอุบัติใหม่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV;
 - (iii) มีการป้องกันอันตรายจากเข็มและของมีคม รวมทั้งการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ;
 - (iv) มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ยาตามสลับ และยาเคมีบำบัด;
 - (v) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี;
 - (vi) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์³¹
 - (vii) มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ;
 - (viii) มีการให้ภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมแก่บุคลากร;
 - (ix) มีการติดตามวัดระดับภาระงานและการจัดการความเครียด
- (2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพ.
 - (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน.
 - (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ
- (3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน.
 - (i) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม.
 - (ii) องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ.
- (4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.
 - (i) องค์กรมีนโยบายและวิสัยปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ

³¹ กายศาสตร์ (Ergonomics) หมายถึง ศาสตร์หรือวิชาการที่เป็นการปรับเปลี่ยนสภาพงานให้เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน หรือเป็นการปรับปรุงสภาพการทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อลดการบาดเจ็บและเพิ่มประสิทธิภาพของงาน ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น สภาพการทำงานไม่เหมาะสม (แสงสว่าง, เสียงดัง, อุณหภูมิ เป็นต้น) อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่มีขนาดไม่เหมาะสมกับขนาด สัดส่วนของร่างกายผู้ปฏิบัติงาน และ ลักษณะงานที่ทำด้วยท่าทางอิริยาบถที่ผิดธรรมชาติ (งานที่ต้องมีการบิดโค้งงอของข้อมือ งอแขน การงอศอก การจับ โดยเฉพาะนิ้วมือซ้ำๆ งานที่ต้องก้มศีรษะ ก้มหลัง บิดเอี้ยวตัว เอื้อมหรือยกสิ่งของขึ้นสูงสุดแขน) ตัวอย่างปัญหาด้านการยศาสตร์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงานมี เช่น การประสบอันตรายจากการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก การประสบอันตรายจากท่าทางการทำงาน อาการเจ็บป่วยจากการเคลื่อนย้ายของหนัก และอาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ

(iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกายใจ สังคม ของตน.

ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร

(1) องค์กรส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร. ประกอบด้วย:

(i) กระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด การติดตามวัดระดับภาระงาน การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน และการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต³²

(ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม

(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม. ด้วยมาตรการต่อไปนี้:

(i) การประกาศนโยบาย;

(ii) การจัดบริการ;

(iii) การให้สิทธิประโยชน์.

³²แบบแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle) หมายถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิต ใช้เวลา ใช้เงิน ของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาซ้ำ ๆ กัน ใน 4 มิติ คือ ลักษณะกลุ่มคนที่เข้าไปมีส่วนร่วม (demographics) กิจกรรมที่เข้าไปมีส่วนร่วม (activities) ความสนใจ (interest) และการแสดงความคิดเห็น (opinion) ตัวอย่าง การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีคือการใช้ วิถีชีวาเวชศาสตร์ หรือ Lifestyle Medicine

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร

องค์กรสร้างความผูกพันกับ**บุคลากร**³³ มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อให้**บุคลากร**มีผลการดำเนินการที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร.

- (1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพันและระดับความผูกพันของบุคลากรแต่ละกลุ่ม ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ³⁴.
- (3) องค์กรนำผลการประเมินมาปรับปรุงเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันและมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

ข. วัฒนธรรมองค์กร

- (1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร. โดยเป็นวัฒนธรรมที่:
 - (i) มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง;
 - (ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;
 - (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
 - (iv) เสริมพลังบุคลากร
 - (v) เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน³⁵

ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร

- (1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ช่วย และนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. โดยคำนึงถึง:
 - (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีอย่างสม่ำเสมอ;
 - (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง;
 - (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
 - (iv) การดำเนินการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มบุคลากรที่ผลการประเมินงานต่ำกว่าเกณฑ์
- (2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพ พยาบาล อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
 - (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;

³³ ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

³⁴ ประเมินที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยวิธีการประเมินเป็นทางการ คือ วิธีการประเมินที่มีการวางรูปแบบอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารวิธีการประเมิน/ผลการประเมิน และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในวงกว้าง และ วิธีการประเมินไม่เป็นทางการ คือ วิธีการประเมินในลักษณะกิจกรรมเสริม เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การสร้างความสัมพันธ์ หรือการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น สู่การวางแผนเชิงระบบ เช่น การทำ Focus group หรือ การทำ exit interview

³⁵ การเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (Inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัว กับเพื่อนร่วมงาน กับองค์กร มีสำนึกร่วมกับชุมชน และมีพลังศรัทธาในงานและชีวิต การสร้างวัฒนธรรมดังกล่าว อาจใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ และจริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร;
 - (iv) การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง³⁶ มิติทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน;
 - (v) การสร้างเสริมสุขภาพ
 - (vi) การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน;
 - (vii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.
- (3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.
- (4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

³⁶ การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people centred care) คือ การดูแลที่คำนึงถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัด ของแต่ละคนของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการการดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การตัดสินใจร่วม ทักษะการสื่อสาร ผู้ป่วยให้การยินยอม ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ แต่ละกลุ่ม

I-6 การปฏิบัติการ

I-6.1 กระบวนการทำงาน

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน³⁷ และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน

- (1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และอาจใช้ข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม ประกอบการพิจารณาการวางแผนในการออกแบบการให้บริการ.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนดโดยนำหลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่างๆ มาใช้ในการออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการ.

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) องค์กรมีระบบควบคุมเอกสารสำคัญ³⁸ ที่มีการอนุมัติใช้³⁹ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลและเอกสารที่เป็นปัจจุบัน โดยมีการทบทวน/ปรับปรุงตามระยะเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น.
- (3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร
- (4) องค์กรมีกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:
 - (i) พัฒนาการจัดบริการสุขภาพและผลการดำเนินการขององค์กร;
 - (ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน

- (1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง⁴⁰/ผลิตภัณฑ์ พัสตูและบริการอื่น⁴¹ ที่มีคุณภาพสูง โดย:

³⁷ เครือข่ายอุปทาน (supply network) หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการ จากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร ตามแนวคิดระบบเน็ตเวิร์กที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่ต่างๆ เหมือนห่วงโซ่อุปทาน (Supply chain) ในอดีต

³⁸ เอกสารสำคัญ ตัวอย่างเช่น นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน กระบวนการ/ระเบียบปฏิบัติ และรายงานการประชุมที่สำคัญ

³⁹ การอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผน/เอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล

⁴⁰ บริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง บริการสุขภาพที่องค์กรให้หน่วยงาน กลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่นมาให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล โดยองค์กรเป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการในองค์กร หรือบริการสุขภาพที่องค์กรบริหารจัดการให้ไปรับบริการภายนอกองค์กร

⁴¹ ผลิตภัณฑ์ พัสตูและบริการอื่น เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์, น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์, วัสดุการแพทย์ที่จำเป็นขาดแคลน: N95, surgical mask, gown, alcohol, Lab : media : บริการ เช่น งานทำความสะอาด, งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร, ระบบการขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) เลือกผู้ส่งมอบ ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
- (ii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุมเพื่อนำไปใช้ในการกำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบ;
- (iii) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
- (iv) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
- (v) จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้

ง. การจัดการนวัตกรรม

- (1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น โดยนวัตกรรมที่พัฒนาควรคำนึงถึง:
 - (i) คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบริการ;
 - (ii) ความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับในระบบบริการ;
 - (iii) โอกาสพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกของสถานพยาบาล

- (1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก/ผู้เรียนอย่างเหมาะสม ดังนี้:
 - (i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม;
 - (ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน;
 - (iii) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแล และการใช้บันทึกของนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรมที่มีความชัดเจน สามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ เช่นการบันทึกเวชระเบียน;
 - (iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

- (1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติเหตุ ความผิดพลาด และการต้องทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.
- (2) องค์กรพัฒนา ทบทวน และทดสอบแผนรับสถานการณ์ การบริหารความต่อเนื่องขององค์กร และแผนฟื้นฟูภัยพิบัติ⁴² ซึ่งอาจเรียกว่าแผนฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากรและสถานที่. โดยคำนึงถึง:
 - (i) การป้องกันภัยพิบัติ⁴³;
 - (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่องของระบบบริการ และระบบสารสนเทศ;
 - (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
 - (iv) การฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิม.

ค. ความปลอดภัยและการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ และระบบการปฏิบัติการที่สำคัญเป็นความลับและสามารถเข้าถึงได้ในทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามสิทธิที่เหมาะสม. และองค์กรมีการดำเนินการดังต่อไปนี้:
 - (i) ใฝ่ระวังสิ่งคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
 - (ii) ดูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ;
 - (iii) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับบริการอื่น พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตาม บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
 - (iv) ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบการปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;
 - (v) ป้องกันระบบเหล่านี้จากเหตุการณ์การที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจสอบ ตอบสนอง และกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์.

⁴² ภัยพิบัติ เช่น ภัยธรรมชาติ (น้ำท่วม, แผ่นดินไหว, การระบาดของโรคติดต่อ) เหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (อัคคีภัยในเขตเมือง, อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม, การก่อการร้ายทางชีวภาพ)

⁴³ การป้องกันภัยพิบัติ หมายถึง การป้องกันผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่มีต่อองค์กร และการดำเนินงานขององค์กร

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ.ดังต่อไปนี้:

- (i) หลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ (concepts);
- (ii) บริบทจำเพาะขององค์กร รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการ (context);
- (iii) หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ขีดจำกัดและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);
- (iv) วัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose);
- (v) การออกแบบที่เน้นคนผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (design);
- (vi) การนำระบบที่ออกแบบไปสู่การปฏิบัติ (action);
- (vii) การกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning);
- (viii) การออกแบบใหม่ การปรับแต่ง การพัฒนา นวัตกรรม การบูรณาการ (improve);
- (ix) การมีผู้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการส่งเสริมและประสานงานการพัฒนาคุณภาพ.

(2) องค์กรมีการนำระบบการบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

- (i) กำหนดนิยาม “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” เพื่อนำไปปฏิบัติและสื่อสารในองค์กรให้เป็นในทิศทางเดียวกัน
- (ii) กำหนดให้การบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
- (iii) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล;
- (iv) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

(3) องค์กรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:

- (i) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ;
- (ii) มีความร่วมมือกันในกลุ่มบุคลากรในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ;
- (iii) ส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;
- (iv) จัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น **ทีมนำระดับสูง** ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.

(4) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

- (i) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (ii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสมเพื่อระดับคุณภาพบริการ. องค์กรควรเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ;
 - (iii) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.
- (5) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานขององค์กรและผลการดำเนินงานของบริการ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 and part IV)
- (6) องค์กรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการวัดผลการดำเนินงานมาใช้ในการทบทวนและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ.(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1ค)
- (7) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสการพัฒนาที่ระบุไว้. แผนการพัฒนาคุณภาพควร:
- (i) มีการจัดทำในรูปแบบที่เป็นทางการโดยมีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา การมอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน;
 - (ii) ระบุกิจกรรมเฉพาะที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
 - (iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
 - (iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
 - (v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ
- (8) องค์กรนำแผนพัฒนาคุณภาพไปสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องและดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.
- (9) องค์กรเผยแพร่การพัฒนาคุณภาพและผลการดำเนินงานต่อสาธารณะ.

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย⁴⁴ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก⁴⁵ ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการกำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนการพัฒนากการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝึกอบรม การใช้ออมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

⁴⁴ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการใช้จ่าย การทบทวนการใช้เลือด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัด

⁴⁵ กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากรและผู้มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(1) องค์กรกำหนดองค์ประกอบสำคัญของการบริหารความเสี่ยงซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การอ้าง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วย:

(i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง (ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านการปฏิบัติงานทั้งทางคลินิกและไม่ใช้คลินิก ด้านการเงินและอันตรายอื่น ๆ ที่เหมาะสมเป็นต้น) และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;

(ii) หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;

(iii) บัญชีหรือรายการความเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น ด้านกลยุทธ์ ด้านคลินิก ด้านการปฏิบัติการ หรือด้านการเงิน;

(iv) กระบวนการรายงานอุบัติการณ์และความรับผิดชอบต่อการรายงาน;

(v) การกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญเพื่อทำแผนจัดการความเสี่ยง;

(vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;

(vii) กระบวนการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับบริการ บุคลากรและผู้มาเยือน⁴⁶;

(viii) การสอนและให้ความรู้บุคลากรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง.

(2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการบริหารความเสี่ยงโดย:

(i) นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินงาน;

(ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวน และการติดตามความเสี่ยง;

(iii) กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาสที่จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง; ใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ในการบันทึกจัดลำดับความสำคัญ การรับมือ การป้องกันและผ่อนคลายความเสี่ยงที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

(3) องค์กรประเมินผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการเพื่อระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ซึ่งควรประเมินตั้งแต่แรกเริ่ม และมีกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงเหล่านี้. การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง:

(i) การจัดการด้านยา;

(ii) การพลัดตกหกล้ม;

(iii) โอกาสในการติดเชื้อ;

(iv) โภชนาการ;

⁴⁶ ตัวอย่างความเสี่ยงของผู้มาเยือน เช่น ญาติผู้ป่วยสับสนในห้องพยาบาล การติดเชื้อ COVID 19 ของญาติผู้ป่วย เป็นต้น

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (v) ผลจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ.
- (vi) การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกลุ่มเปราะบาง⁴⁷
- (4) องค์กรระบุหัตถการ การรักษา หรือการดูแลที่มีความเสี่ยงสูง มีการเตรียมการเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว. หัตถการ การรักษา หรือการดูแลที่มีความเสี่ยงสูงอาจรวมถึง: รวมถึง:
- (i) การผ่าตัดและการทำหัตถการรุกราน (invasive procedure);
 - (ii) การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด;
 - (iii) รังสีชนิดก่อไอออน ไอโซโทปกัมมันตรังสี และเวชศาสตร์นิวเคลียร์;
 - (iv) การใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์และการจัดการยาที่ควบคุม;
 - (v) การวิจัยและการทดลองทางคลินิก;
 - (vi) ความเสี่ยงของเครื่องมือหรืออุปกรณ์เช่น ไฟไหม้ / การบาดเจ็บจากการใช้เลเซอร์;
 - (vii) การร่วมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์หลายคน;
 - (viii) การดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์หรือนักศึกษาสายวิชาซึ่งพทางด้านสาธารณสุข;
 - (ix) ภาวะหรือกระบวนการอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามบริบทเฉพาะของสถานพยาบาลนั้น.
- (5) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย. ดังนี้;
- (i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals);
 - (ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;
 - (iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่น ๆ เช่น กลยุทธ์ / วิธีแก้ปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่เผยแพร่ โดยองค์การอนามัยโลก.
- (6) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย;
- (i) มีกระบวนการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์⁴⁸ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
 - (ii) มีกระบวนการในการตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
 - (iii) มีกระบวนการนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
 - (iv) มีกระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - (v) มีการอบรมบุคลากรในการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
 - (vi) มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.

⁴⁷ กลุ่มเปราะบาง หมายถึง คนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถือเป็นบุคคลเปราะบาง โดยกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพคือกลุ่มประชากรที่มีความต้องการทางด้านสุขภาพแต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เป็นประชากรชายขอบซึ่งอาจถูกตีตราหรือถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมหรือถูกกีดกันออกจากสังคมในทางใดทางหนึ่ง เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ สายพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า คนข้ามเพศ เกย์ เลสเบียนผู้ได้รับการผ่าตัดแปลงเพศ ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติด ผู้ต้องขัง ผู้เคยได้รับโทษจำคุกหรือพ้นโทษแล้ว เป็นต้น

⁴⁸ ให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัย (safety incidents)

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(7) องค์กรมีการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ. ควรประกอบด้วย;

- (1) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร;
- (2) การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่;
- (3) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ;
- (4) ยาและเวชภัณฑ์;
- (5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
- (6) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย.

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล

- (1) ผู้นำการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล⁴⁹.
- (2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ⁵⁰ และจำนวนเพียงพอ⁵¹ เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก.
- (3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
 - (i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
 - (iii) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (iv) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ระหว่างการเรียนการสอน และพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
 - (v) การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.
- (4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ งานคุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุง/พัฒนาระบบบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.

⁴⁹ เช่น การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

⁵⁰ การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ และทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มอบหมาย การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

⁵¹ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และบุคลากรปลอดภัยได้แก่ เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตามความหนักเบาหรือระดับความต้องการดูแล (Patient acuity) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน การบริหารจัดการให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการพยาบาลของผู้ป่วยการวางแผนอัตรากำลังระยะสั้น ระยะยาวที่สอดคล้องกับนโยบาย พันธกิจ หรือยุทธศาสตร์องค์กร

ฉบับร่างแก้ไขหลังรับฟังความคิดเห็นครั้งที่ 1
ห้ามเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต

ข. การปฏิบัติการพยาบาล

- (1) พยาบาลให้การพยาบาลโดยยึดหลักจริยธรรมวิชาชีพด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.
- (2) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล และการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย.
- (3) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ/ ครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensive) ละเป็นองค์รวม.
- (4) บันทึกและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย
- (5) การติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล เป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์

องค์กร มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้อย่างได้ผล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง ครอบคลุม ครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม:
- (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
 - (ii) การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ;
 - (iii) การศึกษาต่อเนืองของแพทย์ การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้;
 - (iv) การให้คำแนะนำ ปรีกษา และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
 - (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค/การวางแผนการดูแลผู้ป่วย
 - (vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้ดำเนินการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
 - (viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;
 - (ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (6) องค์กรมีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุม เรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับ การกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ และมาตรฐานวิชาชีพ. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก⁵². มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย ชำรงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.
- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

⁵² การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่ง ปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

- (1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตราย⁵³ อย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่าช้าต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉิน⁵⁴ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน⁵⁵ และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.
- (3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

- (1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุมการป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย
- (3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย⁵⁶ อย่างสม่ำเสมอ.

⁵³ วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ขยะติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

⁵⁴ ภาวะฉุกเฉิน (emergency) ได้แก่ เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น อากาศชีวภาพ ตึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่)

⁵⁵ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณสุขโรค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

⁵⁶ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสารสนเทศที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:
 - (i) กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
 - (ii) การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
 - (iii) การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
 - (iv) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่กำหนด;
 - (v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
 - (vi) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.
- (2) มีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้ โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผน ปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะเวลา.

ข. ระบบสารสนเทศ⁵⁷

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสารสนเทศเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
 - (i) การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสารสนเทศ;
 - (ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสารสนเทศ;
 - (iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสารสนเทศไม่สามารถใช้งานได้;
 - (v) การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบเฝ้าระวังระบบ cooling tower และการป้องกันและควบคุม ปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำ;
 - (vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด⁵⁸ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

⁵⁷ ระบบสารสนเทศ ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์และระบบสูญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

⁵⁸ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก บ้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระดูก/เนื้อเยื่อ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสูญญากาศ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

- (1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป.
- (3) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติ กับบุคลากร
- (4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

- (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.

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.
- (2) องค์กรจัดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสาขาวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. โดยให้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้:
 - (i) กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
 - (ii) ออกแบบ/ กำกับดูแลระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
 - (iii) วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ;
 - (iv) สรุปผลการดำเนินงานและสื่อสารกับทุกภาคส่วนในองค์กรเพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.
- (3) องค์กรมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในองค์กรทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประสานกลมกลืนและเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดยรวมขององค์กร รวมทั้งทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมีความรู้ ความตระหนัก และมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ.
- (4) องค์กรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควรจะมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล⁵⁹.
- (5) องค์กรจัดให้มีแพทย์ที่มีความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แพทย์ที่ปฏิบัติงานนี้ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดยเฉพาะการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมที่จัดขึ้นโดยองค์กรมาตรฐาน และควรมีการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ.
- (6) องค์กรมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและเหตุการณ์ การวิเคราะห์ที่ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.
- (7) องค์กรออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ทั้งในผู้ป่วยและบุคลากร บนพื้นฐานของความรู้วิชาการ และการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.

⁵⁹ นอกจาก ICN แล้ว องค์กรควรพิจารณาให้มี infection control practitioner ซึ่งเป็นแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์ ที่เข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมกับ ICN

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (8) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
- (i) การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
 - (ii) มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา⁶⁰; รวมถึงมีมาตรการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามแนวทางในข้อ II-61 ก (5)
 - (iii) มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุนิซ้า;
 - (iv) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;
 - (v) การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบอบได้ง่าย);
 - (vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์การวิชาชีพ.
- (9) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อม.
- (10) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ.

ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการดื้อยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้การระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.
- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (เช่น แบคทีเรียดื้อยา วัณโรคดื้อยา) และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.
- (6) องค์กรมีวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอกและชุมชน และมีการสื่อสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์

⁶⁰ องค์ประกอบหลักของการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามอัตราการพบเชื้อดื้อยา การแยกผู้ป่วยตามกลไกการแพร่กระจายเชื้อรวมทั้งการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และผู้เฝ้าระวังจัดให้มีระบบบริหารจัดการแบบสหสาขาวิชาชีพ

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

- (i) การใช้ isolation precautions ซึ่งประกอบด้วย standard precautions และ transmission-based precautions⁶¹ ;
- (ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้
- (iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียว แต่มีราคาแพงหรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)⁶².

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:

- (i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
- (ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม⁶³ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
- (iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;
- (iv) องค์กรแยกบริเวณทำงานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.
- (v) การทำความสะอาดพื้นผิวขององค์กร และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ;

(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:

- ห้องผ่าตัด;
- ห้องคลอด;
- หอผู้ป่วยวิกฤติ;
- หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด;

⁶¹ Standard precautions คือชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าจะผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ อาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเมื่อคาดว่าจะมีการสัมผัสแหล่งโรค การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มด้า สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วน transmission-based precautions แบ่งออกเป็น contact, droplet, vector และ airborne transmission

⁶² การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำอาจทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

⁶³ การควบคุมสภาพแวดล้อม เช่น ห้องแยกระบบความดันอากาศเป็นบวก ห้องแยกผู้ป่วยโรคที่แพร่เชื้อทางอากาศ biological safety cabinet การจัดระบบระบายอากาศและปรับอากาศ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- หน่วยบริการฉุกเฉิน;
- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยโรคไตที่ไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;
- ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย;
- หน่วยงานทันตกรรม;
- หน่วยไตเทียม;
- หน่วยงานเตรียมยา;
- หน่วยจ่ายกลาง;
- โรงครัว;
- หน่วยกายภาพบำบัด;
- หน่วย X-RAY

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

- (1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด.
- (2) มีระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ
- (3) มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดื้อยาตามองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นควบคุมเชื้อดื้อยาที่มีผลกระทบสูงต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา เช่น พบบ่อย มีอัตราตายสูง
- (4) มีแผนปฏิบัติการและมีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำ
- (5) มีการกำหนดขั้นตอนในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย/ วัณโรค และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน หรือเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน. มีการจัดให้บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็นตามความเหมาะสม มีมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากเจ้าหน้าที่ผู้ติดเชื้อ

II-5 ระบบเวชระเบียน

II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

- (1) องค์กรกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร การใช้งาน ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก.
- (3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record). การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:
 - (i) การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;
 - (ii) การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
 - (iii) การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา;
 - (iv) การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐาน;
 - (v) การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม กรณีเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ควรออกแบบการบันทึกที่มีแนวทางปฏิบัติที่สื่อสารทำความเข้าใจตรงกันในองค์กร และมีแนวทางปฏิบัติการลงนามทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ชัดเจน;
 - (vi) การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
 - (vii) บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย และมีแผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน;
 - (viii) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา;
 - (ix) เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศ การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

- (1) การจัดเก็บเวชระเบียนทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์:
 - (i) มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม;
 - (ii) มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้;
 - (iii) มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ รวมถึงการโจมตีทางไซเบอร์ การแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่;
 - (iv) ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ.
- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
 - (ii) การระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้;
 - (iii) มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
 - (iv) การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย;
 - (v) หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล;
 - (vi) วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด.
- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอเปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:

- (i) สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุดตัวผู้ป่วย;
- (ii) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- (iii) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
- (iv) ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- (v) อี้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
- (vi) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
- (vii) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- (viii) ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

- (1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁶⁴ มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กร (โดย PTC) จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น⁶⁵. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยสูง⁶⁶ และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น⁶⁷.
- (3) องค์กร (โดย PTC) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความปลอดภัยของทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา⁶⁸ แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความปลอดภัยของทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.
- (4) องค์กร (โดย PTC) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง⁶⁹ และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.
- (5) องค์กรสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นและมีนโยบายที่เอื้ออำนวยให้ คณะกรรมการ PTC สามารถดำเนินติดตามกำกับ การดำเนินงานแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงาน

⁶⁴ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

⁶⁵ การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

⁶⁶ มาตรการความปลอดภัย เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษา ยา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

⁶⁷ กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

⁶⁸ นโยบายการป้องกันความปลอดภัยของทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา

⁶⁹ ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication) เป็นยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความปลอดภัยของทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ ให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม⁷⁰

- (6) องค์กร (โดย PTC) มีการวิเคราะห์ ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

⁷⁰ เช่น การให้ยาต้านจุลชีพเฉพาะเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ หรือใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำมาตรฐาน การไม่ให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อแฝง ผ่าตัดนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เป็นต้น รวมทั้งมีการวัดผลการปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารผลการปฏิบัติงานสู่ผู้เกี่ยวข้องสม่ำเสมอ

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา⁷¹ การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป⁷² การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น⁷³.
- (3) องค์กรมีข้อมูลยาที่จำเป็น⁷⁴ ในรูปแบบที่ใช้งานง่ายในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรายระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.
- (5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย บริหารยา และผลิตยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

ค. การจัดหาและเก็บรักษา

- (1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน⁷⁵ และยาที่จำเป็นเร่งด่วน⁷⁶.
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว⁷⁷ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอโดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมอคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด ก๊าซและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

⁷¹ ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

⁷² ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

⁷³ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

⁷⁴ เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษาในแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

⁷⁵ การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

⁷⁶ การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรุ่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

⁷⁷ การสร้างความมั่นใจว่ายาที่มีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (3) **องค์กร**จัดให้มียา และ/หรือเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม⁷⁸ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) **องค์กร**มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด.
- (5) **องค์กร**จัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

⁷⁸ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

- (1) องค์กรมีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายถอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:
 - (i) คำสั่งใช้ยาที่ห้ามใช้;
 - (ii) การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์และคำสั่งด้วยวาจา;
 - (iii) คำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าและ protocol สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
 - (iv) เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.
- (2) องค์กรจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):
 - (i) พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;
 - (ii) ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ⁷⁹ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
 - (iii) ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยในมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก);
 - (iv) เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - (v) มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา.

ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

- (1) องค์กรมีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรงและผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด. เกสซ์กรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) องค์กรมีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายหรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow cabinet.

⁷⁹ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา วันเวลาที่ใช้ยาครั้งสุดท้าย (last dose taken)

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท⁸⁰. มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) **องค์กร**มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด **และยาอันตรายอื่นๆ** มีการจัดเตรียม **hazardous drug spill kit** ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.
- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม⁸¹ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ครอบคลุมการพิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่งยาในรูปแบบอื่นๆตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง.

⁸⁰ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

⁸¹ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ **ความปลอดภัย** ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษเช่น ยาสูดพ่น

ค. การบริหารยา

- (1) องค์กรมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมนำให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเช่น อสม. (ด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้อาจรวมถึงชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และสิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ตามความเหมาะสม).
- (3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (4) องค์กรมีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษายาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค⁸² และบริการที่เกี่ยวข้อง

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต่อนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) องค์กรมีการวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ⁸³ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) องค์กรมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.
- (3) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁸⁴.
- (4) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด⁸⁵.
- (5) องค์กรมีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ⁸⁶.
- (6) องค์กรมีการประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.
- (7) องค์กรมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

⁸² บริการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก; บริการตรวจทางรังสีวิทยา / medical imaging; บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

⁸³ ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

⁸⁴ พื้นที่ใช้สอย ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้: การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

⁸⁵ การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, โบอิญอุตสาหกรรม มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

⁸⁶ เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำเนาภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล (3) จอแสดงผลภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

ข. การให้บริการรังสีวิทยา

- (1) องค์กรมีใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ. คำขอส่งตรวจระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ. การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.
- (2) องค์กรมีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรงระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย. มีระบบ fast track สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในระหว่างได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้รับบริการได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจการจัดท่า การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.
- (6) องค์กรมีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี⁸⁷. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.
- (7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) องค์กรมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ขณะให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ, การแพ้สารทึบรังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์, การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี⁸⁸, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น⁸⁹, การวัด

⁸⁷ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล ท่าที่ถ่าย มีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายหรือขวา ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ exposure factor.

⁸⁸ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

⁸⁹ เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

และควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

- (3) **องค์กร**มีระบบบริหารคุณภาพ ประกอบด้วย: ผู้รับผิดชอบระบบ, เอกสารนโยบายและคู่มือการปฏิบัติงาน, ระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์, การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน พร้อมทั้งบันทึกประวัติ, แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดหาและทดแทนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์, ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ, การบริหารความเสี่ยง (ดู II-1.2), การติดตามและประเมินผลระบบงาน, การรับฟังความคิดเห็น ขอร้องเรียน จากผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน, แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางเทคนิคการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

บริการห้องปฏิบัติการทางเทคนิคการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) **องค์กร**มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง⁹⁰.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยก**ส่วนปฏิบัติการ รุกรการ**และสถานที่จัดเก็บตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจทดสอบ⁹¹.
- (3) **ห้องปฏิบัติการมีบุคลากร**ที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.
- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับการตรวจสอบที่ต้องการในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย⁹² โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการ**พิจารณาผลการ**สอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) **องค์กร**มีการคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการ ที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) **องค์กร**มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.
- (7) **องค์กร**มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ มีการ**แลกเปลี่ยนความเห็นหรือข้อมูล**อย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การประชุม การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

⁹⁰ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn-around time

⁹¹ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

⁹² สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

ข. การให้บริการ

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดีได้แก่ การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การชั่ง การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.
- (2) **องค์กร**มีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการ**สอบทวน** (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verify) ว่า **น้ำยา** วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) **ผู้ให้บริการ**ส่งมอบ**รายงาน**ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้.
- (4) **องค์กร**มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:
 - (i) การชั่งปัญหา/โอกาสพัฒนา;
 - (ii) บันทึกรายการความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
 - (iii) การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
 - (iv) การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
 - (v) การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพตลอด**กระบวนการตรวจวิเคราะห์ (Pre-analytical and Post-analytical)**;
 - (vi) การควบคุมเอกสาร;
 - (vii) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย**และผู้ปฏิบัติงาน**;
 - (viii) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ.
- (2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.
- (3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สมาคมเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค

- (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

- (1) องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ บันทึกสรุปสิ่งที่พบ⁹³ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

⁹³ สรุปสิ่งที่พบ ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อ **ติดตาม** ค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร⁹⁴ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) องค์กรมีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) องค์กรมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง

- (1) องค์กรมีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) องค์กรบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (3) องค์กรวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.
- (4) องค์กรค้นหาและตรวจจับการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค⁹⁵ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) องค์กรติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) องค์กรมีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

⁹⁴ ครอบคลุมเพิ่มเติมเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-5.1 ค.สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร และ II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

⁹⁵ การระบาด แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ

(1) *Epidemic* หมายถึง การเกิดโรคมกผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ (mean + 2 S.D.) มักเกิดกับโรคที่พบบ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด

(2) *Outbreak* หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (common activity) มักเกิดกับโรคที่พบประปราย แต่จำนวนไม่มาก (sporadic disease) เช่น การระบาดของอาหารเป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้วและกลับมาเป็นอีก ถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็นการระบาด

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (1) องค์กรมีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- (2) องค์กรมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team - SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- (3) องค์กรกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- (4) องค์กรมีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง.
- (5) องค์กรมีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันที่.
- (6) ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคร่วมมีทรัพยากรและอำนาจตามกฎหมายในการตรวจสอบและใช้มาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันเหตุการณ์เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น .

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

- (1) องค์กรจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (2) องค์กรมีการรายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 กฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

II-9 การทำงานกับชุมชน

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

องค์กรร่วมกับชุมชน⁹⁶ จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน⁹⁷ และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ⁹⁸ ที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน .
- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

⁹⁶ ชุมชน อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

⁹⁷ การประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

⁹⁸ บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่าย ของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร⁹⁹ ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล¹⁰⁰ และครอบครัว.
- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ¹⁰¹ และทางสังคม¹⁰² ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง

⁹⁹ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

¹⁰⁰ พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การพักผ่อน อาหาร) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสียหาย การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

¹⁰¹ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่นละอองในอากาศ สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร เสียง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

¹⁰² สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม), การสร้างเครือข่ายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

ก.การจัดบริการ

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ การให้บริการ ผู้รับบริการและชุมชน เพื่อจัดบริการที่ต่างๆ สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็น
- (2) องค์กรจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย¹⁰³ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ

ข.การเข้าถึง

- (1) ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ สามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด.
 - (i) โครงสร้าง อาคาร สถานที่เกี่ยวกับบริการ สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการลดข้อจำกัดสำหรับการเข้าถึงบริการ¹⁰⁴
 - (ii) ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และอุปสรรคอื่นๆ;
 - (iii) ทีมผู้ให้บริการจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท;
 - (iv) ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ และสอดคล้องกับความจำเป็นของโรคและสภาวะของผู้ป่วย เช่น โรคเมเร็งระยะต่างๆ.
- (2) องค์กรมีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา¹⁰⁵ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) การซักประวัติ ตรวจสอบสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้น เพื่อจำแนกกลุ่มการให้บริการตรวจรักษาในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยบุคลากรที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.
- (4) ผู้ให้บริการมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

ค.การรับไว้ดูแล

¹⁰³ ช่องทางการเข้าถึงของผู้ป่วย เช่น การมารับบริการด้วยตนเอง การมาด้วยระบบ EMS การใช้ tele-health หรือ tele-medicine การเยี่ยมบ้าน การจัดการที่บ้าน เป็นต้น

¹⁰⁴ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทางลาดสำหรับผู้พิการรถเข็น บ้ายบอกทางที่ชัดเจน หรือระบบเทคโนโลยีในการนัดหมายเป็นต้น

¹⁰⁵ เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจ รพ.สต. หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

- (1) การรับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยงานบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.
 - (i) ข้อมูลที่ให้รวมถึง:
 - สภาพการเจ็บป่วย;
 - การดูแลที่จะได้รับ;
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.
 - (ii) องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ;
 - (iii) องค์กรเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ หากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา.
- (3) ผู้ให้บริการมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:
 - (i) การทำผ่าตัดและหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก.
 - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.
 - (iii) การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง.
 - (iv) การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้.
- (4) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยไปปฏิบัติอย่างถูกต้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา.

III-2 การประเมินผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) การประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้าน มีการประสานงานผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความซ้ำซ้อน. เพื่อรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย ร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติสุขภาพ;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย¹⁰⁶ ;
 - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ.
- (3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ¹⁰⁷. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนตามข้อกำหนดขององค์กร มีการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม.
- (2) ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ได้รับการประเมินความน่าเชื่อถือโดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสภาวะของผู้ป่วย.
- (3) ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นกับผู้ป่วยและ/หรือญาติ.

¹⁰⁶ ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น จะเรียกขานตัวบุคคลว่าอย่างไร, **their care and treatment options**, ผลกระทบจากการเรียกขาน เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมีอาหารกิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยี่ยมเยียน

¹⁰⁷ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ควรพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

ค. การวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.
- (2) การวินิจฉัยโรคได้รับการบันทึกภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.
- (4) องค์กรมีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้น มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.
- (5) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

III-3 การวางแผน

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันเป็นอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินทั่วไปและข้อบ่งชี้ทางการตรวจวินิจฉัย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา¹⁰⁸ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ. ดังนี้;
 - (i) ทางเลือกในการดูแลและรักษา¹⁰⁹;
 - (ii) ความเชื่อและความชอบส่วนบุคคลในการร่วมดูแลรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว
- (5) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ (ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว) และบริการที่จะให้.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (7) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป.

¹⁰⁸ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา ครอบคลุมถึงการร่วมกันแลกเปลี่ยนและรับรู้ข้อมูลทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากวิธีการรักษา โดยข้อมูลต่างๆควรมีความพร้อมในหลายภาษาและรูปแบบเพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติในการรับรู้และร่วมตัดสินใจ

¹⁰⁹ ทางเลือกการรักษาครอบคลุมทั้งรูปแบบ/วิธีการรักษาเพื่อการดูแลรักษาและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย/ส่งต่อ

ทีมผู้ให้บริการมีการวางแผนจำหน่าย/ส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการรวมทั้งส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากองค์กร รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ช่วงแรกของการดูแลรักษา.
- (3) การมีส่วนร่วมของแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนจำหน่าย หรือ การส่งต่อ ทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร¹¹⁰.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

¹¹⁰ ครอบคลุมการวางแผนการส่งตัวผู้ป่วยระหว่างการดูแลทุติยภูมิและปฐมภูมิ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลระยะท้าย การฟื้นฟูและ/หรือการดูแลที่อยู่อาศัย หากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ควรมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนเสียชีวิต การจัดการกับอาการและการบำบัดความเจ็บปวด โดยเชื่อมโยงกับกลุ่มที่ดูแลและคำปรึกษาเรื่องที่สุดคล้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรม

III-4 การดูแลผู้ป่วย

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) องค์กรมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาดสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ ความเครียด/ เสี่ยง/ สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ในลักษณะองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.
- (5) ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความสอดคล้องต่อเนื่อง ในการดูแล.
- (6) ทีมผู้ให้บริการเคารพในบริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ ความชอบด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยจัดให้มีช่องทางการเข้าถึง การอำนวยความสะดวก หรือบริการแยกเฉพาะในการดูแลด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และเหมาะสมกับวัฒนธรรมตามบริบท
- (7) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- 1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย การดูแลรักษาและสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว. กลุ่มดังกล่าวประกอบด้วย:
 - (i) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง¹¹¹
 - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูง¹¹²
 - (iii) หัตถการเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง
- (2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติ.
- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย¹¹³ และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันทั่วทั้งที่ในการประเมินผู้ป่วย¹¹⁴ มีการช่วย stabilize ผู้ป่วย มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

III-4.3 การดูแลเฉพาะ

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมรวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.

¹¹¹ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย (0-5 ปี) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

¹¹² บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation)

¹¹³ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของออสเตรเลีย

¹¹⁴ อาจเรียกระบบนี้ว่า **Rapid Response System** ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่ Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งจะนำความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของตนไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ

- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก (ถ้าเป็นไปได้). ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้นอย่างครบถ้วน. มีแนวทางที่ชัดเจนในการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน¹¹⁵ ระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น โดยทีมผู้ให้บริการมีการซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยผู้ที่มีคุณวุฒิ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. และมีการส่งต่อข้อมูลไปให้ทีมดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง.
- (5) มีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์วิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ.

ข. การผ่าตัด

- (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 และปลอดภัย¹¹⁶.
- (6) ทีมผู้ให้บริการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (7) ทีมผู้ให้บริการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

¹¹⁵ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา

¹¹⁶ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียนและการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ¹¹⁷ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) องค์กรมีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

- (1) บุคลากรและทีมดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคอง ที่มีลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัด อาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ¹¹⁸.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยนำผลการประเมินที่ได้ มาออกแบบวางแผนการดูแล.
- (4) องค์กรมีการประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง.
- (5) องค์กรให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planing) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ.
- (6) การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.
- (7) องค์กรมีระบบช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย (care of carer) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย.

จ. การจัดการความปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด (โดยครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง). เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุมทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.

¹¹⁷ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจสำลักได้

¹¹⁸ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเชื่อในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนาที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการปรับการรักษาความปวดที่สอดคล้องกับผลที่เฝ้าระวัง.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดที่เป็นผลจากการตรวจหรือทำหัตถการ รวมถึงการผ่าตัด เสนอทางเลือกในการวางแผนจัดการความปวดให้ผู้ป่วยเลือกและมีส่วนร่วมในการรักษาตามแผนการที่เลือก.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการจัดการความปวดจากบุคลากรที่มีองค์ความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพ.
- (4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังจากจำหน่ายทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก.

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นฟู ยกระดับ หรือธำรงไว้ ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย.
- (3) บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การชะลอการเสื่อมของไต การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไต (เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุ เป็นต้น) การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคองให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม หรือ หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล หรือของบริษัทภายนอก (outsource) ต้องได้รับการรับรองจาก คณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแล ให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล

ซ. การแพทย์แผนไทย

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้รับบริการเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย นำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- (2) องค์กรมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยให้ เป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคคลที่เหมาะสม¹¹⁹ มีการนำ หลักกรรมานามัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการ ประเมิน ชักประวัติ¹²⁰ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค¹²¹วางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การ รักษา¹²² การฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำผู้รับบริการ
- (3) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้รับบริการให้มีความครบถ้วน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการตามเกณฑ์ที่ เหมาะสม

¹¹⁹ บุคคลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย ต้องได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ ประกอบวิชาชีพ

¹²⁰ ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ชาติเจ้าเรือน สมภูฐาน มูลเหตุการเกิดโรค

¹²¹ การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามธาตุ 42 ประการ ตามตรีธาตุ ตามเบญจอินทรีย์ ตามหมอสสมติ

¹²² การรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาตำรับ ยาเดี่ยว การนวด การประคบ การอบไอน้ำสมุนไพร การทาบหม้อเกลือและ การให้บริการหัตถการอื่น

- (4) การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพรตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย เหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย
- (5) องค์กรมีการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้อง และสหสาขาวิชาชีพ

ฉ. การแพทย์ทางโทรเวชกรรม (Tele-Medicine)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยโทรเวชกรรมได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ
- (2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยโทรเวชกรรมในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรทางวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัย และความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล
- (3) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยทางโทรเวชกรรม สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วย ในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล
- (4) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา และการดูแลรักษา ที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง
- (5) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทางโทรเวชกรรม จะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้
- (6) ในกรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทางโทรเวชกรรมอาจทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย หรือมีเหตุเชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home HealthCare)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมเพื่อเป็นผู้รับบริการ
- (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการได้รับการดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
- (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับองค์กรทางวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วย ในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล
- (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา และการดูแลรักษา ที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้

- (7) ในกรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย หรือมีเหตุเชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันกาล ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม
- (8) ทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย มีองค์ประกอบที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง **ให้คงสุขภาพที่ดีและมีความสุข** รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง .

- (1) ทีมผู้ให้บริการใช้ผลการประเมินและการวางแผนผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) มากำหนด กิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย¹²³ และสอดคล้องกับ ความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹²⁴ อย่างเหมาะสมกับ ปัญหา ระยะเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ¹²⁵. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และครอบครัว¹²⁶.
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ที่ เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย¹²⁷ รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ความช่วยเหลือ
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่า ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ ครอบครัว.

¹²³ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ คำแนะนำการจัดการ ความเครียด การใช้ยา การปรับสภาพแวดล้อม แนวทางการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร และการจัดการกับยาเสพติด เป็นต้น.

¹²⁴ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรค และในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

¹²⁵ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

¹²⁶ การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของ โรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถ จัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

¹²⁷ แผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบาย ผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

ก. การจำหน่าย ส่งต่อ (refer) และดูแลตามนัด

(1) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางเพื่อชี้แจงการจำหน่าย ส่งต่อ และส่งตัวผู้ป่วย.

(i) กำหนดแนวทางโดยอาศัยสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง.

(ii) มีแนวทางระบุผู้ป่วยที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.

(iii) มีการปฏิบัติตามแนวทางการจำหน่าย ส่งต่อ และส่งตัวผู้ป่วย

(2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่ายและส่งต่อ.

(i) แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่เหมาะสม.

(ii) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสิ่งที่คาดหวังจากการจำหน่าย ส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง

(iii) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้.

(iv) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมาตามนัดแก่ผู้ป่วย ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย.

(v) มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.

(3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีการจำหน่ายหรือส่งต่อเป็นไปตามแผนการรักษาล่าสุดของแพทย์และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.

(4) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

(5) บันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล

(i) เวชระเบียนผู้ป่วยในมีสรุปรายงานจำหน่ายที่เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

(ii) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลที่ซับซ้อนหรือมีการวินิจฉัยที่ซับซ้อนประกอบด้วยสรุปแนวทางการรักษา (profiles of medical care) ซึ่งทีมผู้ให้บริการทุกคนสามารถเข้าถึงได้.

(iii) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่ายหรือส่งตัวผู้ป่วยในเวชระเบียน.

(6) ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.

(7) หลังการส่งต่อหรือจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.

(8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

ข. การส่งตัวผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น (transfer)

- (1) การส่งตัวผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ขึ้นกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความสามารถของสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยในการตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยเพื่อประสานการส่งตัวผู้ป่วย.
- (3) การดูแลขณะส่งตัวผู้ป่วย ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งตัวไปรักษาที่เหมาะสม.
- (4) สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ให้โดยสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย.

ค.การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล (transport)

- (1) องค์กรมีหลักประกันความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล.
 - (i) บริการขนส่งผู้ป่วยปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.
 - (ii) ทีมผู้ให้บริการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง
 - (iii) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.