



โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง "การจำหน่ายผู้ป่วย"

รหัสเอกสาร

WP-NSO-02




บันทึกการประกาศใช้ และการแก้ไขเปลี่ยนแปลง

ครั้งที่	วัน-เดือน-ปี	หน้าที่	รายละเอียด	อนุมัติโดย
1	25 มีนาคม 61	ทั้งฉบับ	ประกาศใช้เอกสารฉบับ D	พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์ รองผอ.ด้านพรส

ผู้จัดทำ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
ผู้จัดทำ	น.ส.วริศนันท์ ลีศิริวัฒนกุล	กลุ่มการพยาบาล		25 มี.ค. 61
ผู้ทบทวน	นางจรินทร์ ชะชาตย์	รองผอ.ด้านการพยาบาล		25 มี.ค. 61
ผู้อนุมัติ	พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์	รองผอ.ด้านพรส.		27 มี.ค. 61

เอกสารไม่ควบคุม ใช้เพื่อการสื่อสารและอบรมเท่านั้น

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การจำหน่ายผู้ป่วย		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-02	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มีนาคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

1.0 วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้เป็นในแนวทางเดียวกัน
- 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ

2.0 ขอบเขต

ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่ายผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

3.0 คำนิยามศัพท์

การจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง การสิ้นสุดการรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

4.0 ขั้นตอนการปฏิบัติ

4.1 การออกคำสั่งจำหน่าย แพทย์เขียนคำสั่งการจำหน่ายลงในแบบฟอร์ม Doctor's order sheet ของแต่ละกลุ่มงาน ดังนี้

- สูติกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม (FM-HIS-105)
- อายุรกรรม, ศัลยกรรมกระดูก, จักษุโสต-ศอ-นาสิก, จิตเวช (FM-HIS-106)

4.2 การจำหน่ายผู้ป่วย มี 5 ประเภท ปฏิบัติดังนี้

4.2.1 กรณีจำหน่ายกลับบ้าน

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทบทวนความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง ตามคู่มือการพยาบาลรายโรคของหน่วยงาน พร้อมแจ้งวันนัดและจ่ายใบนัดโรงพยาบาลพระปกเกล้า (FM-NUR-07)/ใบเจาะเลือด/ใบ CXR และอื่นๆ ตามแผนการรักษา โดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการนัดหมายผู้ป่วย (WI-NSO-01)

4.2.2 กรณีจำหน่ายไม่สมัครใจรักษา

- รายงานแพทย์เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ญาติ ยืนยันไม่ยินยอมรับการรักษา แพทย์เขียนคำสั่งการจำหน่าย และให้ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ญาติ ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มคำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด (FM-HIS-64)

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยแนะนำการปฏิบัติตัว

- กรณีไม่สมัครใจรักษา เนื่องจากไม่พึงพอใจการบริการ ให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย


บันทึกข้อมูลในใบรายงานอุบัติการณ์ (FM-RM-02) ส่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในเวลาราชการ

4.2.3 กรณีจำหน่ายหนักกลับ

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยรายงานแพทย์ทราบ และบันทึกข้อมูลในใบรายงานอุบัติการณ์ (FM-RM-02) ส่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในเวลาราชการ

- แพทย์บันทึกคำสั่งการจำหน่ายหนักกลับ ในแบบฟอร์ม Doctor's order sheet ของแต่ละกลุ่มงาน

เอกสารไม่ควบคุม ใช้เพื่อการสื่อสารและอบรมเท่านั้น

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การจำหน่ายผู้ป่วย		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-02	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มีนาคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

- พยาบาลติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์เพื่อติดตามผู้ป่วย/ญาติ โดยให้เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้ประจำตึก บันทึกข้อมูลในใบส่งปรึกษาเรื่องสิทธิบัตร/ตามญาติ กลุ่มงานสวัสดิการสังคมและประกันสุขภาพ (FM-COM-22) และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องงานบริการสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการ (WP-SOC-01)

4.2.4 กรณีจำหน่ายส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลอื่น

- ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย (WP-A&E-05)

4.2.5 กรณีจำหน่ายเสียชีวิต

- ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องแนวทางปฏิบัติกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต (WP-NSO-04)

4.3 การรับคำสั่งจำหน่าย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยลงลายมือชื่อ/วันที่ /เวลา ที่รับคำสั่งการจำหน่าย ใต้ลายมือชื่อแพทย์ด้วยปากกาแดงในแบบฟอร์ม Doctor's order sheet ของแต่ละกลุ่มงาน พร้อมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวัน และเตรียมตัวจำหน่าย

4.4 การคืนทรัพย์สินผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยตรวจสอบและคืนทรัพย์สินแก่ผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการดูแลและส่งมอบทรัพย์สินผู้ป่วย (WP-FIN-01)

4.5 การเบิกยากลั้บบ้าน

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเบิกยาจากห้องยา โดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการบริหารยาทางการพยาบาล (WI-NUR-09)

- เภสัชกรจัดยาตามคำสั่งของแพทย์ โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน (WP-PHA-05)


4.6 การคิดราคาค่ารักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้ประจำตึก สรุปค่ารักษาพยาบาล และแจ้งค่ารักษาทั้งหมดแก่ผู้ป่วย/ญาติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำการชำระค่ารักษาพยาบาลที่ห้องการเงินโดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องงานบริการทางการเงิน (WP-FIN-02) กรณีผู้ป่วย/ญาติไม่สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลได้ให้พนักงานจัดเก็บรายได้ประจำตึก/พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่การเงิน ปฏิบัติดังนี้

- ผู้ป่วยประสบภัยจากรถ ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ พรบ. โดยบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มแบบคัดกรองผู้ป่วยงาน พรบ. คุ่มครองผู้ประสบภัยจากรถ โรงพยาบาลพระปกเกล้า (FM-COM-23) และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องงานพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (WP-SOC-02)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการเจ็บป่วยที่ไม่ใช่ประสบภัยจากรถ บันทึกข้อมูลในใบส่งปรึกษาเรื่องสิทธิบัตร/ตามญาติ กลุ่มงานสวัสดิการสังคมและประกันสุขภาพ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (FM-COM-22) และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องงานบริการสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการ (WP-SOC-01)

- พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/พนักงานจัดเก็บรายได้ประจำตึก ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ พรบ./เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์

เอกสารไม่ควบคุม ใช้เพื่อการสื่อสารและอบรมเท่านั้น

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การจำหน่ายผู้ป่วย		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-02	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มีนาคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

4.7 การบันทึกข้อมูลจำหน่าย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจำหน่ายในรูปแบบฟอร์มสรุปข้อมูลทางการพยาบาลก่อนจำหน่าย(Nursing Summary) (FM-HIS-100) พร้อมสรุปเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน

- กรณีการกำหนดแผนการจำหน่ายที่มีการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลกรอกข้อมูลในใบส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง(กรณีผู้ป่วยใน) บส.1 (FM-COM-01) โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (WP-COM-07)

4.8 การเคลื่อนย้าย พยาบาลแจ้งพนักงานเปลรับผู้ป่วยเพื่อกลับบ้าน โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย(WP-A&E-03)

4.9 การลงทะเบียนจำหน่าย พยาบาลลงทะเบียนการจำหน่ายใน โปรแกรม PPK 11

5.0 รายการความเสี่ยง

5.1 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหลังจำหน่ายกลับบ้าน/refer back

5.2 เสี่ยงต่อการนัดผิดคน/ผิดวัน/ผิดแผนก


6.0 ตัวชี้วัด

6.1 Re-admit เนื่องจากการเตรียมจำหน่ายไม่พร้อม

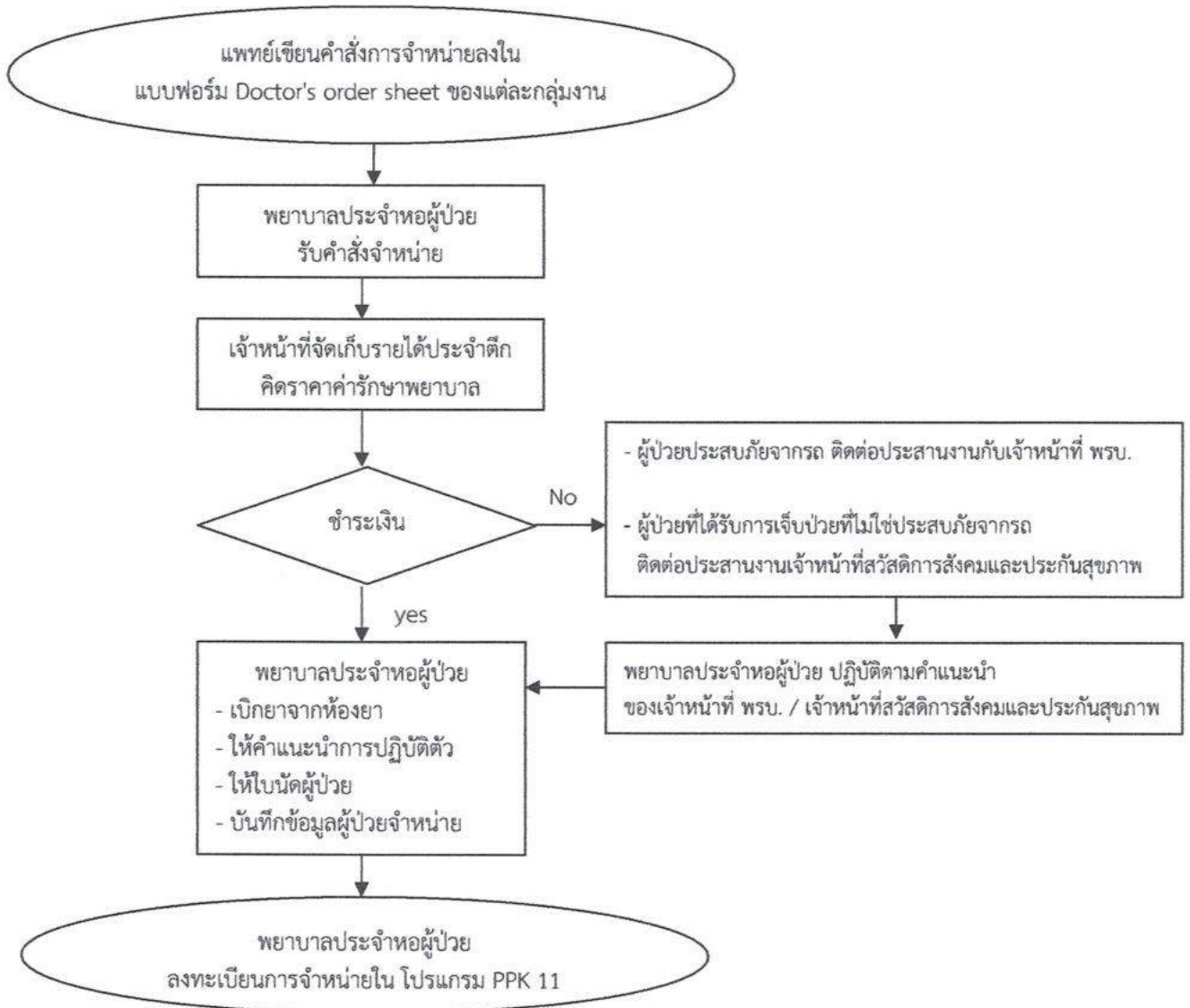
7.0 ภาคผนวก

7.1 Work Flow กระบวนการจำหน่าย

เอกสารไม่ควบคุม ใช้เพื่อการสื่อสารและอบรมเท่านั้น

 <p>โรงพยาบาลพระปกเกล้า</p>	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การจำหน่ายผู้ป่วย		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-02	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มีนาคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

Work Flow กระบวนการจำหน่าย





โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ระเบียบปฏิบัติงาน
เรื่อง "การบริการผู้ป่วยใน"


รหัสเอกสาร
WP-NSO-01



บันทึกการประกาศใช้ และการแก้ไขเปลี่ยนแปลง

ครั้งที่	วัน-เดือน-ปี	หน้าที่	รายละเอียด	อนุมัติโดย
1	20 มกราคม 60	ทั้งฉบับ	ประกาศใช้เอกสารฉบับ D	พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย รองผอ.ด้านพรส.

ผู้จัดทำ	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ลายเซ็น	วัน เดือน ปี
ผู้จัดทำ	นางพอใจ วรวิมลพิศาล	กลุ่มการพยาบาล		18 ม.ค. 60
ผู้ทบทวน	นางจรินทร์ ชะชาตย์	รองผอ.ด้านการพยาบาล		19 ม.ค. 60
ผู้อนุมัติ	พญ.กนกกร สวัสดิ์ไชย	รองผอ.ด้านพรส.		20 ม.ค. 60

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การบริการผู้ป่วยใน		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 20 มกราคม 2560
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

1.0 วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติงาน
- 1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพ

2.0 ขอบเขต

ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การบริการผู้ป่วยในครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

3.0 คำนิยามศัพท์

- 3.1 ภาวะวิกฤต หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง คุกคามต่อชีวิต

4.0 ขั้นตอนการปฏิบัติ

4.1 การรับผู้ป่วยใน

- 4.1.1 พยาบาลหอดูผู้ป่วยรับแจ้งจากหน่วยงานที่ต้องการ Admit ดังนี้
 - 4.1.1.1 เพศ ชื่อและนามสกุล อายุ HN.
 - 4.1.1.2 การวินิจฉัย
 - 4.1.1.3 อาการแรกรับ
 - 4.1.1.4 กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ปฏิบัติแล้ว/สิ่งที่หอดูผู้ป่วยต้องเตรียม
 - 4.1.1.5 ผลการประเมินผู้ป่วยก่อนออกจากหน่วยงานที่ Admit


4.2 เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอดูผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หอดูผู้ป่วย ให้การต้อนรับและรับผู้ป่วย

4.3 พยาบาลหอดูผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารต่างๆ กับผู้ป่วย ดังนี้

4.3.1 ตรวจสอบเอกสารกับผู้ป่วยและป้ายชื่อมือ โดย สอบถามชื่อ-นามสกุล ให้ถูกต้องกับผู้ป่วย กรณีไม่ตรงกันให้ประสานหน่วยงานที่ Admit ดังนี้

- 4.3.1.1 เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (FM-HIS-42)
- 4.3.1.2 ใบ Doctor's order sheet ของแต่ละกลุ่มงาน ดังนี้
 - สูติกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม (FM-HIS-105)
 - อายุรกรรม, ศัลยกรรมกระดูก, จักษุศาสตร์-ศอ-นาสิก, จิตเวช (FM-HIS-106)
- 4.3.1.3 ใบ General in Patient Summary
 - กรณีผู้ป่วยทั่วไป ใบ รง.501 (FM-HIS-01)
 - กรณีผู้คลอด ใบ รง.502 (FM-HIS-02)
 - กรณีแรกเกิด ใบ รง.503 (FM-HIS-03)
- 4.3.1.4 फिल्म / CD X-Ray / U/S / MRI / EKG / CT / ใบ Refer

4.3.2 กรณีส่งผู้ป่วยไม่ตรงกับคำสั่ง admit พยาบาลที่รับ Admit ประสานกับหน่วยงานที่ Admit เพื่อทวนสอบคำสั่ง Admit และแจ้งพนักงานเปลให้นำส่งผู้ป่วยพร้อมเอกสาร ไปที่หอดูผู้ป่วยที่แพทย์กำหนดให้รับ Admit ต่อไป

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การบริการผู้ป่วยใน		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 20 มกราคม 2560
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

4.3.3 กรณี Admit ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระปกเกล้า (SD-MSO-01) ให้แพทย์ส่งปรึกษาระหว่างแพทย์ โดยเขียนใบรับปรึกษาผู้ป่วยระหว่างแผนก (FM-MSO-08) แพทย์/พยาบาลปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการปรึกษาแพทย์ระหว่างหน่วยงาน (WP-MSO-01)

4.3.4 กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว สับสน ถามตอบไม่รู้เรื่อง และผู้ป่วยเด็ก ให้สอบถามชื่อ-สกุล เพศ วันเดือนปีเกิด หรือที่อยู่กับญาติผู้ดูแล ไม่ใช่วิธีถามนำ และกรณีไม่มีญาติตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับป้ายชื่อมือ และหรือเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (FM-HIS-42)/ใบส่งตรวจ/ใบส่งต่อ

4.3.5 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย พนักงานเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงเตียง โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (WP-A&E-03)

4.4 การลงทะเบียนผู้ป่วยใน

4.4.1 พยาบาลลงทะเบียนรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ในโปรแกรม PPK11 กรณีไม่พบชื่อผู้ป่วยให้ประสานห้องบัตร

4.4.2 พยาบาลจัดทำเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน

4.4.3 พยาบาลดูแลรับฝากและคืนทรัพย์สินผู้ป่วยตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการดูแลและส่งมอบทรัพย์สินผู้ป่วย (WP-FIN-01)

4.5 การดูแลรักษาและการตรวจวินิจฉัย

4.5.1 การแจ้งข้อมูล แพทย์/พยาบาล แจ้งข้อมูลการรักษาโดยปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยและแผนปฏิบัติการเพื่อสิทธิของผู้ป่วย (SD-MSO-02) และพยาบาลให้ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแล ลงลายมือชื่อในใบแสดงการรับทราบข้อมูลและยินยอมรับการรักษาผู้ป่วยใน (FM-HIS-12) กรณีมีการทำผ่าตัด/หัตถการให้ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มหนังสือแสดงความยินยอมรับการผ่าตัด/หัตถการของแต่ละสาขา โดยปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ (WI-NSO-06)


4.5.2 กรณีผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ไม่ยินยอมรับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วย (WP-NSO-02)

4.5.3 กรณีผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ปฏิเสธการรักษาเฉพาะอย่าง ให้ผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ลงลายมือชื่อรับรองการไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา/ผ่าตัด ในแบบฟอร์มคำรับรองไม่ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือทำการผ่าตัด (FM-HIS-64) โดยระบุประเภทของหัตถการ

4.5.4 การปฐมนิเทศ พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ปฐมนิเทศผู้ป่วย/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ตามคู่มือปฐมนิเทศของแต่ละหน่วยงาน

4.5.5 การประเมินสภาพแรกรับ พยาบาลประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยพร้อมบันทึกลงในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลแรกรับและประเมินสมรรถนะผู้ป่วย ของแต่ละกลุ่มงาน ดังนี้ สูติกรรม (FM-OBS-17) สูติ-นรีเวชกรรม (FM-OBS-13) ศัลยกรรมทั่วไป (FM-SUR-02) ศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุ (FM-SUR-03) อายุรกรรม (FM-MED-08) กุมารเวชกรรม (FM-PED-10) ทารกแรกเกิด (FM-PED-09) ศัลยกรรมกระดูก (FM-ORT-04) โสต คอ นาสสิก (FM-ENT-28) จักษุวิทยา (FM-EYE-01) จิตเวช (FM-PSY-01)

4.5.6 การรายงานแพทย์ พยาบาลรายงานแพทย์โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการรายงานและการตามแพทย์ (WP-MSO-04)

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การบริการผู้ป่วยใน		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 20 มกราคม 2560
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

4.5.7 การตรวจวินิจฉัยและให้การรักษา แพทย์ตรวจวินิจฉัยและให้การรักษา โดยบันทึกคำสั่งการรักษาใน ใบ Doctor's order sheet ของแต่ละกลุ่มงาน ดังนี้

4.5.7.1 สูติกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม ใช้ใบ Doctor's order sheet(FM-HIS-105)

4.5.7.2 อายุรกรรม, ศัลยกรรมกระดูก, จักษุศาสตร์-ศอ-นาสิก, จิตเวช ใช้ใบ Doctor's order sheet (FM-HIS-106)

4.6 การส่งปรึกษาระหว่างแพทย์ โดยแพทย์บันทึกข้อมูลในใบรับปรึกษาผู้ป่วยระหว่างแผนก (FM-MSO-08) แพทย์/พยาบาลปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการปรึกษาแพทย์ระหว่างหน่วยงาน (WP-MSO-01)

4.7 การส่งสิ่งส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัย แพทย์/พยาบาลบันทึกข้อมูลในโปรแกรม PPK11

4.7.1 การเก็บสิ่งส่งตรวจ และการส่งสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปฏิบัติตามคู่มือการใช้บริการทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ (SD-LAB-01)

4.8 การส่งตรวจทางรังสีเพื่อการวินิจฉัย แพทย์/พยาบาล ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการบริการทางรังสี (WP-RAD-01)

4.9 การให้การพยาบาล ตามแผนการรักษา/แผนการพยาบาลและประเมินผล พร้อมบันทึกกิจกรรมการพยาบาลลงในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล (FM-HIS-39) แบบฟอร์มการใช้ยาทุกชนิด(FM-HIS-18) แบบแสดงรายการปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล(Problem list and nursing care plan) (FM-HIS-40) และแบบฟอร์มปรอท (FM-HIS-14) และให้การพยาบาลผู้ป่วยใน ดังนี้

4.9.1 พยาบาลเจ้าของไข้/พยาบาลหัวหน้าทีมและสมาชิกในทีม รับ-ส่งข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลหัวหน้าทีม และสมาชิกในทีม เวรที่ผ่านมา ดังนี้

4.9.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย/ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

4.9.1.2 ปัญหาของผู้ป่วย แผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาลภายใน 24 ชม. ผลของการรักษาพยาบาล และการรักษาพยาบาลที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

4.9.1.3 การประสานงานต่อเนื่อง เช่น การประสานงานระหว่างแพทย์ ญาติ หอผู้ป่วย/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประสานงานภายนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

4.9.2 พยาบาลหัวหน้าเวร/พยาบาลเจ้าของไข้/สมาชิกทีมการพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่ประจำวันตามบทบาท

4.9.3 พยาบาลหัวหน้าเวร มอบหมายการดูแลผู้ป่วย ในโปรแกรมการมอบหมายงานในคอมพิวเตอร์


4.9.4 แพทย์ตรวจเยี่ยม วินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วย โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการวินิจฉัยผู้ป่วยใน (WP-MSO-03)

4.9.5 พยาบาลเจ้าของไข้ /พยาบาลหัวหน้าเวร ตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาของแพทย์นำไปปฏิบัติ หรือมอบหมายงานให้สมาชิกทีมการพยาบาลไปปฏิบัติตามบทบาท โดยพยาบาลเจ้าของไข้/สมาชิกทีมการพยาบาล รายงานผลให้พยาบาลหัวหน้าทีม/พยาบาลหัวหน้าเวรรับทราบ หลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

4.9.5.1 กรณีผู้ป่วยเป็นมารดา/ทารกแรกคลอด พยาบาลปฏิบัติตามคู่มือการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด (SD-OBS-05)

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การบริการผู้ป่วยใน		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 20 มกราคม 2560
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

- 4.9.5.2 กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่หยุดหายใจ/หัวใจหยุดเต้นให้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่อง ปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง (WI-MSO-01)
- 4.9.5.3 กรณีผู้ป่วยต้องทำผ่าตัด/หัตถการ ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการรับ กำหนดการผ่าตัด (WP-OR-01) คู่มือการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด (SD-NSO-02) และคู่มือการทำหัตถการ (SD-NSO-03)
- 4.9.5.4 กรณีให้เลือดผู้ป่วย ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการขอรับบริการโลหิต (WP-NSO-03)
- 4.9.5.5 การควบคุมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (WP-NIC-01)
- 4.9.5.6 การจัดการเกี่ยวกับยา ให้ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการบริหารยาทางการ พยาบาล (WI-NUR-09) ระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน (WP-PHA-05) ระเบียบปฏิบัติงานเรื่อง การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา (WP-PHA-08)
- 4.9.5.7 การทำกายภาพบำบัด ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการให้บริการทาง กายภาพบำบัด (WP-REH-01) และระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด (WP-REH-02)
- 4.9.5.8 การบริการอาหารผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการจัดบริการอาหาร ผู้ป่วย (WP-NUT-01)
- 4.9.5.9 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (WP-A&E-03)
- 4.9.5.10 การบริการทางรังสี ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการบริการทางรังสี (WP-RAD-01)
- 4.9.5.11 การพยาบาลพระภิกษุ สามเณรอาพาธ ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการปฏิบัติต่อ พระภิกษุ สามเณรอาพาธ (WI-NSO-03)
- 4.9.5.12 การป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยเด็กปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการป้องกัน ความเสี่ยงในเด็ก (WI-NSO-04)
- 4.9.5.13 การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องผูกยึด ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการผูกยึดผู้ป่วย (WI-NSO-05)
- 4.9.5.14 การพยาบาลผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติเรื่องการใส่ถุง รองรับปัสสาวะในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (WI-NSO-07)
- 4.9.5.15 การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยพิเศษปฏิบัติตามระเบียบการจองห้องพิเศษของ โรงพยาบาลพระปกเกล้า (SD-NUR-01)
- 4.9.5.16 การย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักปฏิบัติตาม แนวทางการบริหารเตียงหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม (SD-SUR-01) แนวทางการบริหารเตียงของหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (SD-PED-01) และ แนวทางการ บริหารเตียงของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (SD-PED-02)
- 4.9.6 พยาบาลหัวหน้าเวร/พยาบาลหัวหน้าทีม/พยาบาลเจ้าของไข้/สมาชิกทีมการพยาบาล ให้ การพยาบาล ติดตามประเมินผลการพยาบาล และบันทึกในแบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล (FM-HIS-39)

	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การบริการผู้ป่วยใน		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 20 มกราคม 2560
	โรงพยาบาลพระปกเกล้า ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

4.9.7 กรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ พยาบาลรายงานแพทย์โดยปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การรายงานและการตามแพทย์ (WP-MSO-04)

4.9.8 กรณีรับรายงานค่าวิกฤต พยาบาลรายงานแพทย์ทันที และ ติดตาม Print ผลทางห้องปฏิบัติการ จากโปรแกรม PPK11

4.9.9 กรณีรับคำสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ ให้พยาบาลทวนคำสั่งการรักษาแก่แพทย์ผู้สั่งการรักษา และบันทึกคำสั่งการรักษาในใบ Doctor's order sheet สูติกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม (FM-HIS-105) อายุรกรรม, ศัลยกรรมกระดูก, จักษุโสต-ศอ-นาสิก, จิตเวช (FM-HIS-106) พร้อมชื่อแพทย์ผู้สั่งการรักษา ลงลายมือชื่อพยาบาลผู้รับคำสั่ง และระบุวันที่ เวลาที่รับคำสั่ง แพทย์ผู้สั่งการรักษาต้องมาลงนามกำกับคำสั่งการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง

4.9.10 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย หลังให้การพยาบาลตามแผนการรักษา กรณีผู้ป่วย/ญาติ ไม่ต้องการให้แพทย์รักษาต่อ ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงานเรื่องการจำหน่ายผู้ป่วย (WP-NSO-02)

4.9.11 พยาบาลรวบรวมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการจำหน่ายให้สอดคล้องกับโรคและสภาพร่างกาย

4.9.12 กรณีผู้ป่วย/ญาติ มีปัญหาการชำระค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล พยาบาลประสานงานกับพนักงานจัดเก็บรายได้เพื่อดำเนินการ

- การจำหน่าย แพทย์และพยาบาลประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย เมื่อแพทย์พิจารณาจำหน่าย เขียนคำสั่งการจำหน่ายลงในใบ Doctor's order sheet สูติกรรม, ศัลยกรรม, กุมารเวชกรรม (FM-HIS-105) อายุรกรรม, ศัลยกรรมกระดูก, จักษุโสต-ศอ-นาสิก, จิตเวช (FM-HIS-106) และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง การจำหน่ายผู้ป่วย (WP-NSO-02)

5.0 รายการความเสี่ยง


- 5.1 การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- 5.2 การ Admit ผิดแผนก
- 5.3 ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษา
- 5.4 การประเมินภาวะวิกฤตที่ล่าช้า เกิดอันตรายกับผู้ป่วย
- 5.5 ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาพยาบาล

6.0 ตัวชี้วัด

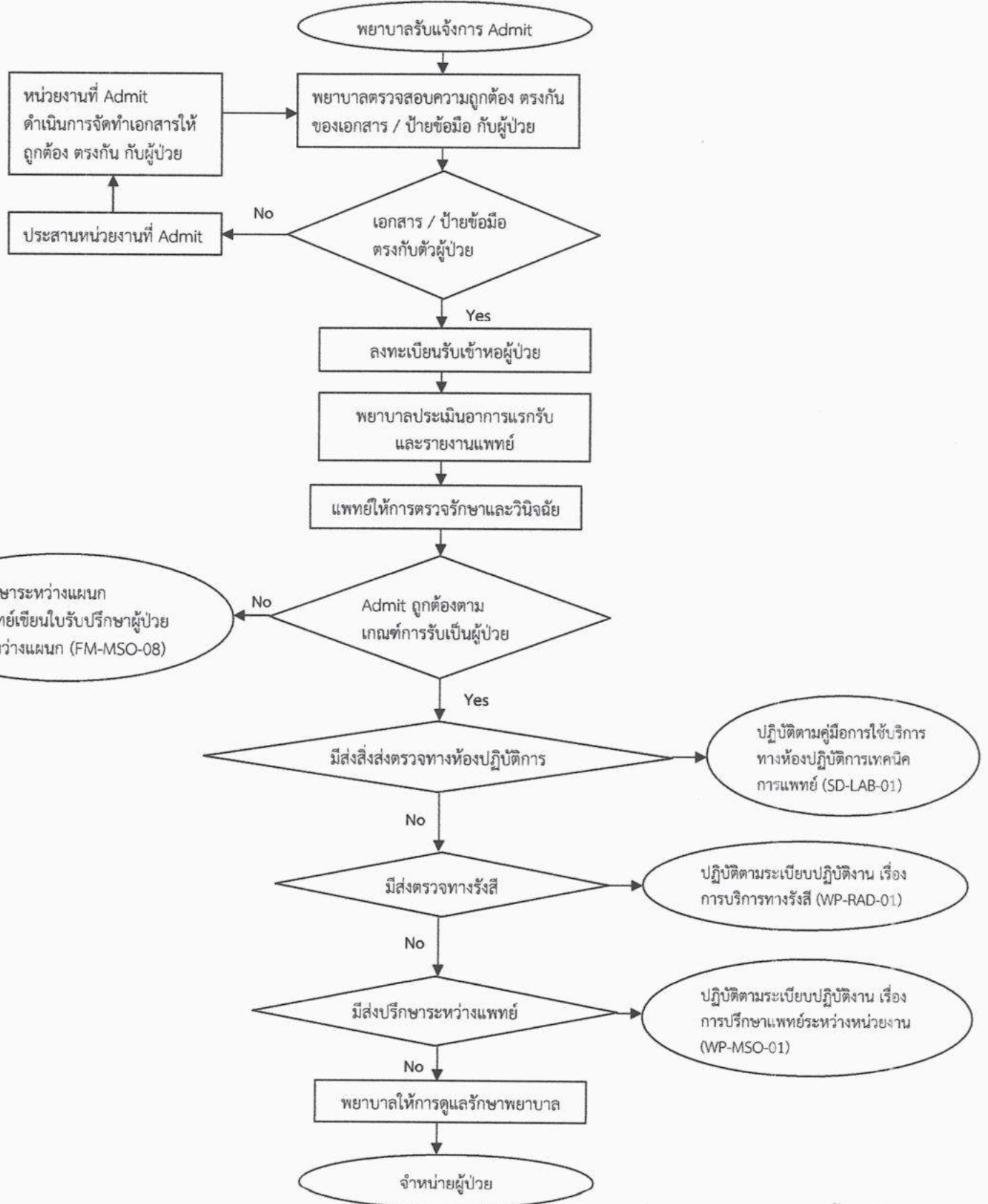
ไม่มี

7.0 ภาคผนวก

- 7.1 Work Flow แสดงการบริการผู้ป่วยใน
- 7.2 Work Flow แสดงการผูกปายชื่อระบุตัวผู้ป่วย

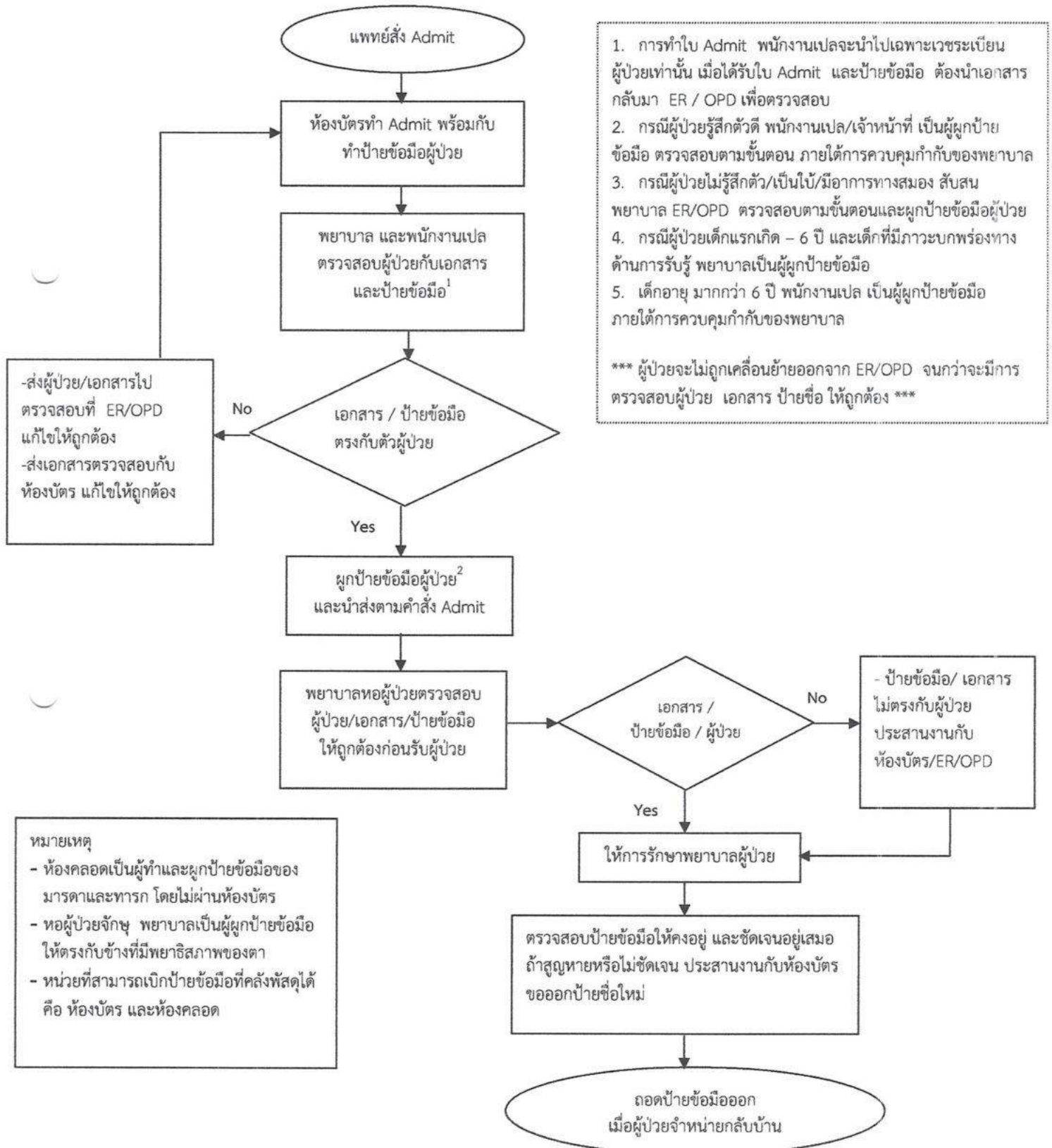
 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การบริการผู้ป่วยใน		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 20 มกราคม 2560
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

Work Flow แสดงการบริการผู้ป่วยใน



 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การบริการผู้ป่วยใน		
	รหัสเอกสาร : WP-NSO-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 20 มกราคม 2560
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำบริหารการพยาบาล		

Work Flow แสดงการผูกปายชื่อระบุตัวผู้ป่วย



1. การทำใบ Admit พนักงานเปลจะนำไปเฉพาะเวชระเบียนผู้ป่วยเท่านั้น เมื่อได้รับใบ Admit และปายชื่อมือ ต้องนำเอกสารกลับมา ER / OPD เพื่อตรวจสอบ
 2. กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พนักงานเปล/เจ้าหน้าที่ เป็นผู้ผูกปายชื่อมือ ตรวจสอบตามขั้นตอน ภายใต้การควบคุมกำกับของพยาบาล
 3. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว/เป็นไข้/มีอาการทางสมอง สับสน พยาบาล ER/OPD ตรวจสอบตามขั้นตอนและผูกปายชื่อมือผู้ป่วย
 4. กรณีผู้ป่วยเด็กแรกเกิด - 6 ปี และเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการรับรู้ พยาบาลเป็นผู้ผูกปายชื่อมือ
 5. เด็กอายุ มากกว่า 6 ปี พนักงานเปล เป็นผู้ผูกปายชื่อมือ ภายใต้การควบคุมกำกับของพยาบาล
- *** ผู้ป่วยจะไม่ถูกเคลื่อนย้ายออกจาก ER/OPD จนกว่าจะมีการตรวจสอบผู้ป่วย เอกสาร ปายชื่อ ให้ถูกต้อง ***

หมายเหตุ

- ห้องคลอดเป็นผู้ทำและผูกปายชื่อมือของมารดาและทารก โดยไม่ผ่านห้องบัตร
- หอผู้ป่วยจักษุ พยาบาลเป็นผู้ผูกปายชื่อมือให้ตรงกับข้างที่มีพยาธิสภาพของตา
- หน่วยที่สามารถเบิกปายชื่อมือที่คลังพัสดุได้ คือ ห้องบัตร และห้องคลอด



โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ระเบียบปฏิบัติงาน เรื่อง "การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง"


รหัสเอกสาร

WP-SUP-01

บันทึกการประกาศใช้ และการแก้ไขเปลี่ยนแปลง

ครั้งที่	วัน-เดือน-ปี	หน้าที่	รายละเอียด	อนุมัติโดย
1	25 มกราคม 61	ทั้งฉบับ	ประกาศใช้เอกสารฉบับ D	พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์ รองผอ.ด้านพรส.

	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	ลายเซ็น	วันเดือน ปี
ผู้จัดทำ	น.ส.เกสิดดาว จันทศิริโร	กลุ่มการพยาบาล	เกสิดดาว จันทศิริโร	25 ม.ค 61
ผู้ทบทวน	นางจรินทร์ ชะชาตย์	รองผอ.ด้านการพยาบาล	จรินทร์ ชะชาตย์	25 ม.ค 61
ผู้อนุมัติ	พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์	รองผอ.ด้านพรส.	พญ.บุญยาพร พันธิตพงษ์	31 ม.ค 61

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง		
	รหัสเอกสาร : WP-SUP-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มกราคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำหน่วยจ่ายกลาง		

1.0 วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อดูแลคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือสะอาด ปราศจากเชื้อ
- 1.2 เพื่อดำเนินการจัดทำให้เป็นศูนย์รวมอุปกรณ์ที่สะอาดและปราศจากเชื้อให้บริการต่อหน่วยงานต่างๆ ทำให้เกิดความคล่องตัวต่อเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานในด้านการรักษาพยาบาล ไม่ต้องเสียเวลามาจัดทำอุปกรณ์ด้วยตนเอง
- 1.3 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

2.0 ขอบเขต


การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง ครอบคลุมการให้บริการในการจัดเตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือ ปราศจากเชื้อ สำหรับทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลในเครือข่าย

3.0 คำนิยามศัพท์

- 3.1 การตรวจสอบทางเคมีเปรี๊ยะสปี หมายถึง การตรวจสอบที่แสดงให้เห็นว่าอุปกรณ์ได้ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว
- 3.2 การตรวจสอบทางชีวภาพเป็นลบ หมายถึง การตรวจสอบว่าเชื้อจุลชีพและสปอร์ของเชื้อแบคทีเรียถูกทำลายแล้ว
- 3.3 การตรวจสอบทางกลไก หมายถึงการตรวจสอบสภาพเครื่อง ส่วนประกอบของเครื่องให้อยู่ในสภาพปกติ แสดงให้เห็นถึงการทำงานของเครื่องว่าสมบูรณ์หรือไม่

4.0 ขั้นตอนการปฏิบัติ

- 4.1 การมอบหมายงานประจำวัน
 - 4.1.1 หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบ มอบหมายงานให้เจ้าหน้าที่ ตามตารางมอบหมายงานหน่วยจ่ายกลาง (FM-SUP-01)
 - 4.1.2 เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ปฏิบัติงานตามตารางมอบหมายงานหน่วยจ่ายกลาง (FM-SUP-01)
- 4.2 การรับวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้ว
 - 4.2.1 เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง นำวัสดุ-อุปกรณ์ที่ใช้แล้ว กลับมายังหน่วยงานจ่ายกลางเพื่อทำความสะอาด
 - 4.2.2 เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลาง ตรวจสอบวัสดุ-อุปกรณ์ที่ใช้แล้ว ตามใบคืนอุปกรณ์ที่หน่วยจ่ายกลาง ดังนี้
 - ประเภท และจำนวนของวัสดุ-อุปกรณ์ที่ส่งคืน
 - กรณีพบวัสดุ-อุปกรณ์ชำรุด ลงรายการชำรุด ในสมุดบันทึกรายการชำรุด

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง		
	รหัสเอกสาร : WP-SUP-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มกราคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำหน่วยจ่ายกลาง		

- กรณีพบวัสดุ-อุปกรณ์ที่ส่งคืน ไม่ตรงกับใบคืนอุปกรณ์ ให้แจ้งกับเจ้าหน้าที่บันทึกการเบิก-จ่ายข้อมูลวัสดุอุปกรณ์ ในคอมพิวเตอร์ เพื่อประสานกับหอผู้ป่วย/หน่วยงานให้ ดำเนินแก้ไขวัสดุ-อุปกรณ์ให้ตรงกับใบคืนอุปกรณ์

4.3 การทำความสะอาดวัสดุ-อุปกรณ์

- 4.2.1 เจ้าหน้าที่ใส่อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ หมวก แว่น หน้ากาก ผ้าปิดปาก-จมูก ถุงมือ ยาง และรองเท้าน้ำบูท ก่อนล้างวัสดุ-อุปกรณ์
- 4.2.2 คัดแยกของ มีคม และไม่มีคมออกจากกัน
- 4.2.3 ถอดชิ้นส่วนอุปกรณ์ออกให้มากที่สุด (กรณีถอดชิ้นส่วนได้)
- 4.2.4 นำวัสดุ-อุปกรณ์ดังกล่าว ล้างด้วยมือ หรือล้างด้วยเครื่องล้าง โดยปฏิบัติตามคู่มือการล้างวัสดุ-อุปกรณ์ด้วยมือ (SD-SUP-03) หรือคู่มือการล้างวัสดุ-อุปกรณ์ด้วยเครื่องล้าง (SD-SUP-04)
- 4.2.5 อุปกรณ์ที่ผ่านการทำความสะอาดแล้ว ตรวจสอบสภาพการใช้งาน ใช้งานไม่ได้จำหน่ายจากระบบ อุปกรณ์ที่ใช้งานได้ส่งมอบแห้ง

4.4 การบรรจุหีบห่อ

- 4.4.1 เตรียมอุปกรณ์ ตรวจสอบความสะอาด และสภาพอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
- 4.4.2 หีบห่ออุปกรณ์การแพทย์ ตามคู่มือการเตรียมและบรรจุหีบห่อ (SD-SUP-01)


4.5 การทำให้ปราศจากเชื้อ

4.5.1 วิธีการทำให้ปราศจากเชื้อ มีดังนี้

- ออบไอน้ำ อุปกรณ์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีอบไอน้ำเป็นอุปกรณ์ที่ทนความร้อน และชื้น ได้แก่ ชุดเครื่องมือต่าง ๆ กระจกฉีดยาแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยสแตนเลส เป็นต้น
- ออบไอร้อน อุปกรณ์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีอบไอร้อน ได้แก่ วาสลินก๊อส, เข็มกลัดสำหรับ short drain และแปรง เป็นต้น
- ออบแก๊ส อุปกรณ์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีอบแก๊สเป็นอุปกรณ์ที่ไม่สามารถทนความร้อนได้ ได้แก่ สายยางต่างๆ , จุกขวดต่อปอด เป็นต้น
- ออบพลาสมา อุปกรณ์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อด้วยการอบพลาสมา ได้แก่ อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์ห้องผ่าตัดที่ต้องการใช้แรงดัน

4.5.2 การตรวจสอบประสิทธิภาพเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ

- 4.5.2.1 ตรวจสอบทางกลไกของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อว่าสมบูรณ์หรือไม่ตามแบบฟอร์มการตรวจสอบการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องนึ่งไอน้ำ (FM-SUP-09), แบบฟอร์มการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องอบไอร้อน (FM-SUP-10), แบบฟอร์มการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องอบแก๊ส (FM-SUP-11) และปฏิบัติตามขั้นตอนการ

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง		
	รหัสเอกสาร : WP-SUP-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มกราคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำหน่วยจ่ายกลาง		

ทำงานของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อ กรณีตรวจสอบแล้วไม่ผ่านตามขั้นตอนการทำงาน หยุดใช้งาน หาสาเหตุ และแก้ไข ให้เครื่องใช้งานได้ตามปกติ

4.5.2.2 ตรวจสอบทางเคมี เป็นการตรวจสอบว่าท่ออุปกรณ์ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อหรือไม่ ดังนี้

- ตัวบ่งชี้ทางเคมีติดภายนอกท่อขนาดความยาวไม่น้อยกว่า 2 1/2 นิ้ว ติดไว้ทุกท่อน ซึ่งตัวบ่งชี้ทางเคมีภายนอกจะเปลี่ยนสีไปตามมาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อ (สำหรับเครื่องอบไอน้ำ และเครื่องอบไอร้อนจะเปลี่ยนเป็นสีดำ เครื่องอบแก๊สจะเปลี่ยนเป็นสีเขียว และเครื่องอบพลาสมาจะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง) เจ้าหน้าที่ห้องทำให้ปราศจากเชื้อ เป็นผู้ตรวจสอบและลงบันทึกในแบบฟอร์มการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อแต่ละชนิด กรณีตัวบ่งชี้ทางเคมีภายนอก ไม่เปลี่ยนสีหรือเปลี่ยนสีไม่สม่ำเสมอให้นำกลับทำให้ปราศจากเชื้อใหม่
- ตัวบ่งชี้ทางเคมีภายในท่อน วางไว้ในท่อนอย่างน้อย 1 ท่อนทุกรอบของการทำให้ปราศจากเชื้อ เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบนำท่อนมาเปิดดูสีของตัวบ่งชี้เคมีภายใน โดยเทียบกับมาตรฐานการทำให้ปราศจากเชื้อ ถ้าผ่านตามมาตรฐาน นำอุปกรณ์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อในรอบนั้นเก็บเข้าห้องเก็บของ Sterile กรณีไม่ได้มาตรฐานให้นำอุปกรณ์ที่ทำให้ปราศจากเชื้อในรอบนั้นกลับไปทำให้ปราศจากเชื้อใหม่


4.5.2.3 ตรวจสอบทางชีวภาพของการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องอบไอน้ำ , เครื่องอบไอร้อน เครื่องอบแก๊ส และเครื่องอบพลาสมา โดยการทดสอบทางชีวภาพ (การทดสอบสปอร์) ทั้งนี้ต้องรอผลการทดสอบสปอร์ก่อนจ่ายอุปกรณ์ ถ้าผลการทดสอบสปอร์เป็นตัวบวก (สปอร์ของแบคทีเรียไม่ตาย) เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางต้องนำอุปกรณ์ดังกล่าวกลับมาทำให้ปราศจากเชื้อใหม่ และตรวจสอบหาความผิดปกติของเครื่อง

4.6 การเก็บอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ

เจ้าหน้าที่ห้องเก็บของ Sterile ตรวจสอบท่อนอยู่ในสภาพเรียบร้อย ไม่ฉีกขาด แห้ง ไม่ชำรุด เก็บเข้าห้องเก็บของ Sterile กรณีท่อนชำรุด/ฉีกขาด/เปียกชื้น แยกออกส่งทำให้ปราศจากเชื้อใหม่

4.7 การนำส่งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อให้กับหน่วยงานต่างๆ

เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางจัด เตรียมอุปกรณ์สะอาด ปราศจากเชื้อตามใบจัดอุปกรณ์ใส่รถที่สะอาดแห้งและปิดมิดชิด นำไปจ่ายแก่หน่วยงาน ตามการมอบหมายงาน เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย/หน่วยงานรับ และลงลายมือชื่อในใบจัดอุปกรณ์

 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง		
	รหัสเอกสาร : WP-SUP-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มกราคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำหน่วยจ่ายกลาง		

- 4.8 การรับ-จ่ายอุปกรณ์ที่ต้องการทำให้ปราศจากเชื้อจากหน่วยงานต่างๆ นอกโรงพยาบาล
- 4.8.1 หน่วยงานต่างๆ นอกโรงพยาบาล นำส่งอุปกรณ์ที่ต้องการทำให้ปราศจากเชื้อที่หน่วยจ่ายกลาง และลงบันทึกในแบบฟอร์มการรับ-จ่ายอุปกรณ์นอกหน่วยจ่ายกลาง (FM-SUP-13) เจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางตรวจเช็คอุปกรณ์ดังกล่าวให้พร้อมทำให้ปราศจากเชื้อ
- 4.8.2 นำอุปกรณ์เข้าเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อตามข้อ 4.5
- 4.8.3 หลังการทำให้ปราศจากเชื้อ หน่วยงานต่างๆ รับคืนอุปกรณ์พร้อมทั้งลงบันทึกการรับอุปกรณ์ในแบบฟอร์มการรับ-จ่ายอุปกรณ์นอกหน่วยจ่ายกลาง (FM-SUP-13)

5.0 รายการความเสี่ยง


- 5.1 เสี่ยงต่อการเก็บอุปกรณ์ปนเปื้อนไม่ตรงกับใบคืน
- 5.2 เสี่ยงต่ออุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ จากการหีบห่อไม่ถูกต้อง
- 5.3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อวันผลิต-หมดอายุผิด
- 5.4 เสี่ยงต่อการเกิดอุปกรณ์ต่างๆ เสียหาย จากการทำให้ปราศจากเชื้อผิดประเภท
- 5.5 เสี่ยงต่อการส่งอุปกรณ์ที่ยังไม่ได้อบฆ่าเชื้อ ปนไปกับอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ
- 5.6 เสี่ยงต่อการจัด-จ่ายอุปกรณ์สะอาด ปราศจากเชื้อ ไม่ตรงตามใบจัด (การจ่ายผิด)

6.0 ตัวชี้วัด

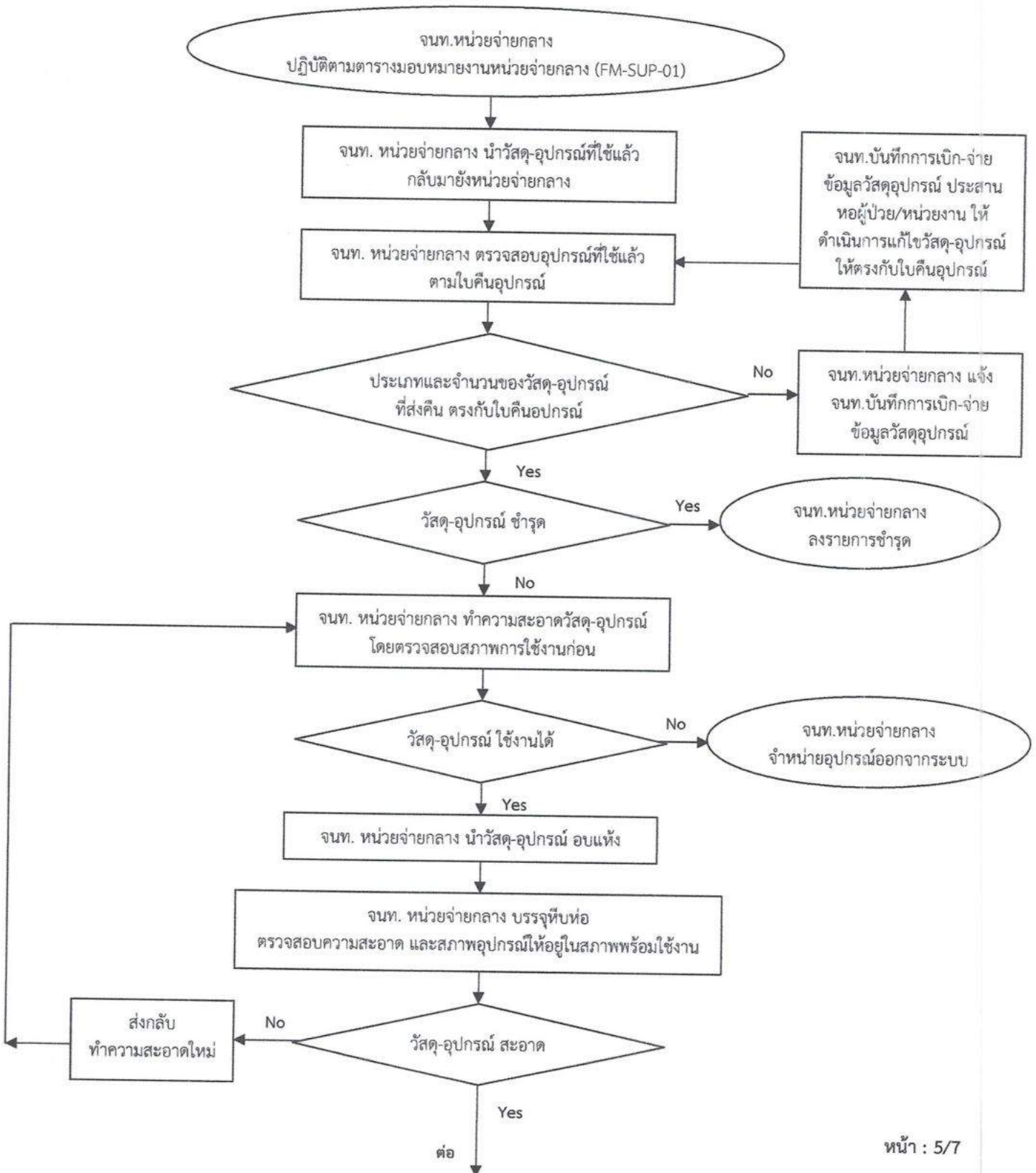
- 6.1 อุปกรณ์ปราศจากเชื้อได้มาตรฐาน
 - จำนวนของหีบห่อเป็ยกชั้น/เลอะคราบน้ำ
 - ร้อยละของตัวบ่งชี้เคมีภายในเปลี่ยนสีไม่ได้ตามมาตรฐาน
 - ร้อยละของการทดสอบสปอร์เป็นลบ
 - จำนวนอุปกรณ์ล้างไม่สะอาด
- 6.2 การสูญเสียเปลืองการผลิต ร้อยละของการ Re-sterile ของอุปกรณ์
- 6.3 ร้อยละความพึงพอใจของหน่วยใช้บริการ


7.0 ภาคผนวก

- 7.1 Flow Chart แสดงกระบวนการหลักงานบริการหน่วยจ่ายกลาง
- 7.2 แบบฟอร์มตารางมอบหมายงานหน่วยจ่ายกลาง (FM-SUP-01)
- 7.3 แบบฟอร์มการตรวจสอบการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องนึ่งไอน้ำ (FM-SUP-09)
- 7.4 แบบฟอร์มการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องอบไอร้อน (FM-SUP-10)
- 7.5 แบบฟอร์มการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องอบแก๊ส (FM-SUP-11)
- 7.6 แบบฟอร์มการรับ-จ่ายอุปกรณ์นอกหน่วยจ่ายกลาง (FM-SUP-13)

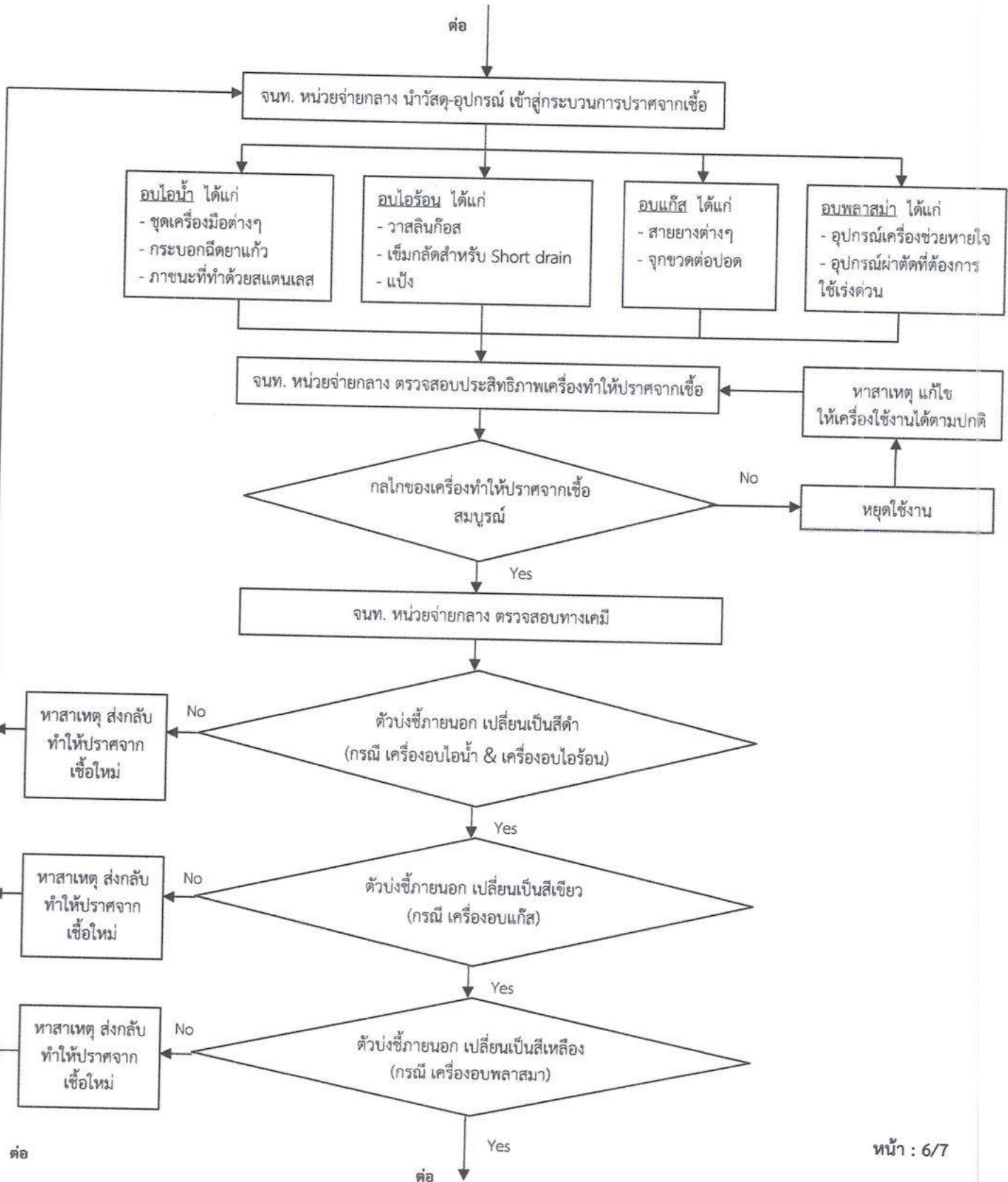
 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง		
	รหัสเอกสาร : WP-SUP-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มกราคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำหน่วยจ่ายกลาง		


Work Flow แสดงกระบวนการให้บริการหน่วยจ่ายกลาง



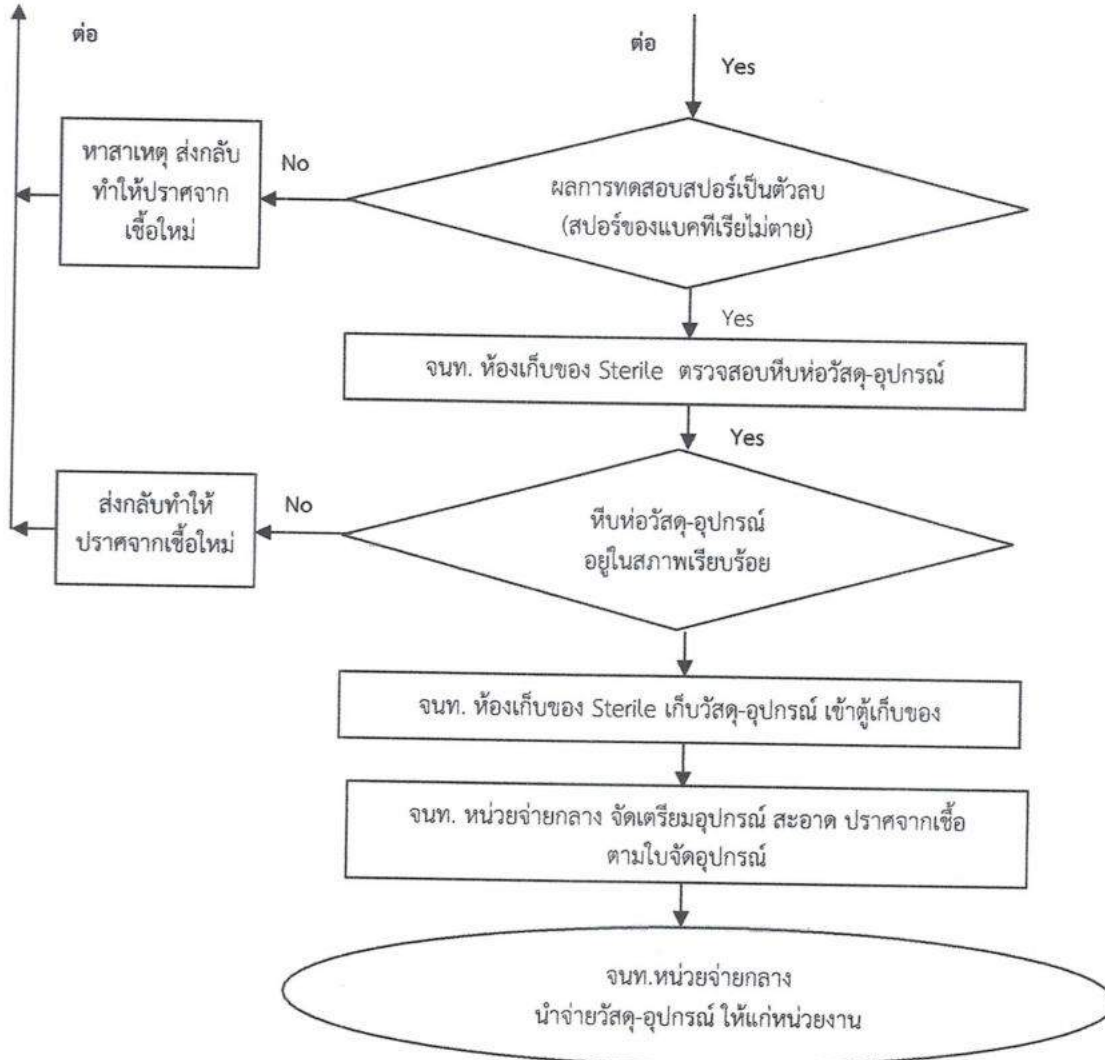
 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง		
	รหัสเอกสาร : WP-SUP-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มกราคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำหน่วยจ่ายกลาง		

Work Flow แสดงกระบวนการให้บริการหน่วยจ่ายกลาง (ต่อ)



 โรงพยาบาลพระปกเกล้า	ระเบียบปฏิบัติงาน (WORK PROCEDURE)		
	เรื่อง : การให้บริการหน่วยจ่ายกลาง		
	รหัสเอกสาร : WP-SUP-01	ฉบับที่ : D	วันที่เริ่มใช้ : 25 มกราคม 2561
	ผู้รับผิดชอบ : ทีมนำหน่วยจ่ายกลาง		

Work Flow แสดงกระบวนการให้บริการหน่วยจ่ายกลาง (ต่อ)



ฉบับที่ 5
5th Edition

มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2



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



ฉบับที่ 5

5th Edition

มาตรฐานโรงพยาบาล และบิรการสุขภาพ

Hospital and Healthcare Standards

Effective for Healthcare Accreditation 1st October 2022

มีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2



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



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: พฤศจิกายน 2564

ฉบับพิมพ์ครั้งที่สอง: เมษายน 2565

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.

(ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2565).--พิมพ์ครั้งที่ 2.

--นนทบุรี : สถาบัน, 2565.

256 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

362.11

ISBN 978-616-8024-43-0

ออกแบบ: P2P

พิมพ์: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด

คำนำ

ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ในปี 2560 โดยมาตรฐานฉบับดังกล่าวได้รับการรับรองจากองค์กรสากลคือ The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย

เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ ของโลกและประเทศ ความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย และเป็นไปเพื่อการต่ออายุกระบวนการรับรองมาตรฐานในระดับสากลอย่างต่อเนื่อง สถาบันจึงปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 5 โดยการรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และองค์กรวิชาชีพ มีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับโดยยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกันก็ได้มีการยกกร่างเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน และได้รับการรับรองจาก ISQua EEA ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

หวังว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับนี้จะช่วยชี้นำการพัฒนากระบวนการและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ ภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เมษายน 2565

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ที่ปรึกษา

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul
นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี

ที่ปรึกษาคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

รศ. ดร. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	ประธานอนุกรรมการ
ศ.คลินิก นพ.วิทยา ธิลาพันธ์	อนุกรรมการ
พล.อ.ท. นพ.อนุตตร จิตตินันท์	อนุกรรมการ
ผศ. นพ.กำธร มาลาธรรม	อนุกรรมการ
นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์	อนุกรรมการ
นพ.สมจิตต์ ชีไฉริญ	อนุกรรมการ
ดร.กฤษฎดา แสงวงศ์	อนุกรรมการ
ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์	อนุกรรมการ
นายเชาวลิต เมฆศิริกุล	อนุกรรมการ
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ	อนุกรรมการและเลขานุการ

บรรณาธิการ

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
นางสาววิญววรรณ แมตสสถาน และนักวิชาการสถาบัน

สารบัญ

คำนำ	iii
แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5	1

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร (Organization Management Overview) 13

I-1 การนำ (Leadership)	14
I-2 กลยุทธ์ (Strategy)	24
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)	30
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis and Knowledge Management)	40
I-5 บุคลากร (Workforce)	46
I-6 การปฏิบัติการ (Operation)	58

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล (Key Hospital Systems) 71

II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)	72
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)	84
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)	91

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control)	101
II-5 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)	112
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)	119
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)	132
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)	147
II-9 การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)	152

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Processes) 157

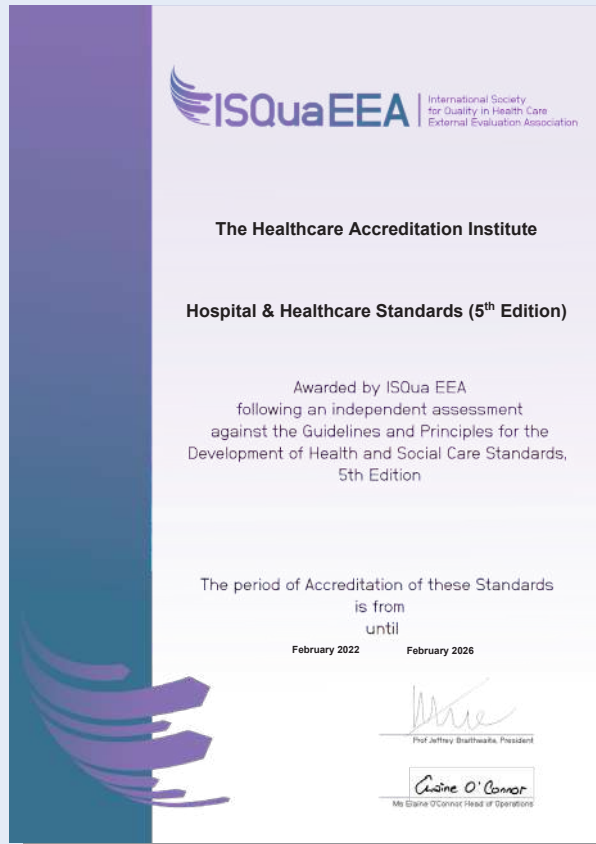
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)	158
III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)	163
III-3 การวางแผน (Planning)	168
III-4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)	173
III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information and Empowerment for Patients/Families)	195
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	198

ตอนที่ IV ผลลัพธ์ (Results)

205

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)	206
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results)	206
IV-3 ผลด้านบุคลากร (Workforce Results)	207
IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)	207
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)	208
IV-6 ผลด้านการเงิน (Financial Results)	208
ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)	209
ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation	218
ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4	237

ISQua EEA Certificate of Hospital & Healthcare Standards 5th Edition



แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. ได้รับการจัดตั้งเป็นองค์การมหาชน ในปี พ.ศ. 2552 โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร ในการดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงาน และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

คณะกรรมการสถาบันได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ ในด้านระบบบริการสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพ ร่วมดำเนินการกำหนดหลักการ ทิศทาง และพัฒนามาตรฐานของสถาบัน ส่งผลให้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 มีจุดเด่นดังนี้

1. มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวางและครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมสำรวจ โรงพยาบาล ประชาชน มีการทดลองใช้มาตรฐานในสถานพยาบาลและนำผลการทดลองใช้มาปรับให้เหมาะสม
2. การนำมาตรฐานต่างประเทศ และหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับสากล The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) มาเป็นแนวทางการพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม
3. การบูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และวิถีหรือแนวปฏิบัติใหม่ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

4. การคาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อชั้นนำและส่งเสริมการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
5. การบูรณาการเอกลักษณ์ของไทย เช่น การทำงานด้านสุขภาพด้วยจิตวิญญาณ (Spiritual Healthcare Appreciation: SHA) การแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ และการรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ ในมาตรฐาน
6. การเรียบเรียงเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินรับรอง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 จึงเป็นเสมือนเครื่องมือในการบริหารองค์กรและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

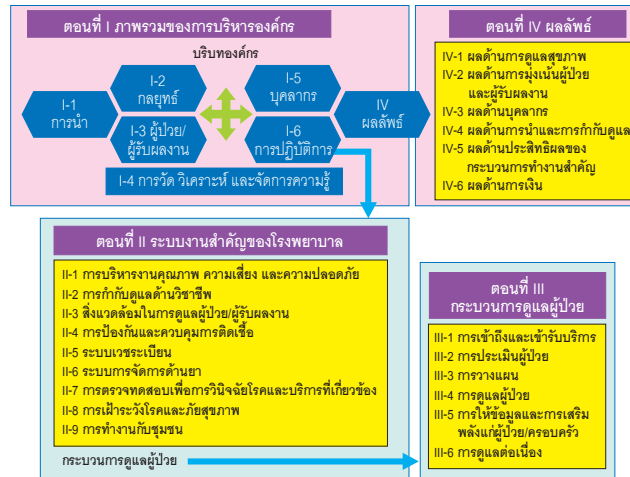
ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ I ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ II ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตอนที่ IV ผลลัพธ์ เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท โดยเรียงลำดับแต่ละบทตามตัวเลขอารบิกตามหลังด้วยเลขโรมัน ดังนี้

- มาตรฐานตอนที่ I ประกอบด้วยมาตรฐานบทที่ I-1 ถึง I-6 ครอบคลุมการบริหารองค์กรตั้งแต่การนำองค์กร การกำหนดกลยุทธ์ การค้ำประกันผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การวัด วิเคราะห์ และการจัดการความรู้ บุคลากร และการปฏิบัติการ
- มาตรฐานตอนที่ II ประกอบด้วย มาตรฐานตอนที่ II-1 ถึง II-9 ครอบคลุมระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ดังนี้ การบริหารคุณภาพ ความเสี่ยงและความปลอดภัย การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

- มาตรฐานตอนที่ III ประกอบด้วย บทที่ III-1 ถึง III-6 เริ่มตั้งแต่ กระบวนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง จนถึงการดูแลต่อเนื่อง
- มาตรฐานตอนที่ IV จะเป็นการแสดงถึงผลลัพธ์ บทที่ IV-1 ถึง IV-6 ประกอบด้วยผลด้านต่างๆ ดังนี้ ผลด้านการดูแลสุขภาพ การมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน บุคลากร การนำและการกำกับดูแล ประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ และผลด้านการเงิน



แผนภาพที่ 1 ภาพรวมมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

หน้าแรกของแต่ละบท ได้มีการสรุปเนื้อหาจัดทำเป็นแผนภาพไว้ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของเนื้อหาภายในบทนั้นๆ นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดหมวดหมู่ของทุกส่วนในมาตรฐาน มีการกำหนดหัวข้อหลัก และข้อย่อย โดยเรียงลำดับ แต่ละตอน บท และข้อกำหนด เพื่อให้สะดวกต่อการศึกษา สร้างการเรียนรู้ และการสืบค้น

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ได้มีการปรับปรุงแบบและวิธีการเขียนบางประการ การใช้สัญลักษณ์ รวมถึงการเพิ่มคำขยายความที่สำคัญ ตามเสียงสะท้อนที่ได้จากการรับฟังความคิดเห็นและการทดลองใช้เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจในมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นดังนี้

1. รูปแบบการเขียนให้เป็นลักษณะหัวข้อที่เข้าใจง่าย โดยใช้เครื่องหมายหรือสัญลักษณ์แทนความหมายต่างๆ ดังนี้
 - เครื่องหมายมหัพภาค (.) ใช้เพื่อแสดงการจบเนื้อหาของประโยค
 - เครื่องหมายทวิภาค (:): ใช้ต่อท้ายคำอธิบาย ซึ่งอาจเป็นลำดับขั้น ตัวอย่าง หรือประเด็นที่หลากหลายในข้อกำหนดย่อย (multiple requirement)
 - เลขโรมัน i, ii, iii... เป็นอนุข้อย่อย แสดงถึงประเด็นที่จะช่วยให้ข้อกำหนดย่อยประสบความสำเร็จ โดยพิจารณาตามบริบทของโรงพยาบาลซึ่งอาจไม่ต้องทำทุกข้อ
 - เครื่องหมายอัฒภาค (;) ใช้ตามหลังอนุข้อย่อยว่ายังมีข้อต่อไปแสดงถึงความเชื่อมโยงของเนื้อหามาตรฐาน
 - เครื่องหมายทับ (/) ระหว่างคำสองคำที่ต่อเนื่องกัน หมายความว่าหรือในคำที่มีความหมายอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

2. ปรับภาษาและการเขียนคำที่เข้าใจง่าย โดยอ้างอิงภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. ปรับการขึ้นต้นประโยคด้วยคำนามหรือกริยา ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในแต่ละหัวข้อ
4. การอธิบายคำที่มีความหมายเฉพาะ หรือยกตัวอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อนำไปปฏิบัติ ในเชิงอรรถ (footnote)

เนื้อหาของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 5 ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ 4 ในหลายประเด็น โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วยตัวอักษรสีม่วง ผู้ใช้มาตรฐานสามารถดูหัวข้อหลักของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4 ได้จากตารางเปรียบเทียบในภาคผนวก

มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนดในตอนต้นที่ 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนต้นที่ 2 และตอนที่ 3 เท่าที่เกี่ยวข้องมาใช้

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

1. การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ
2. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ทิศทางนำ: visionary leadership, system perspective, agility
 - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
 - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard

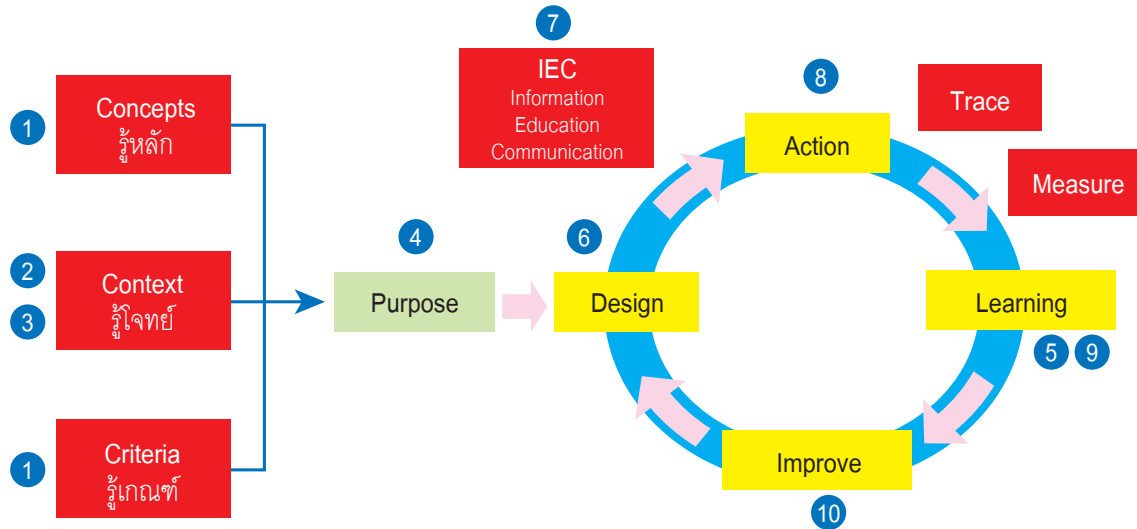
แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

- การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
 - พาเรียนรู้: learning, empowerment
3. วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
 4. แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

1. ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด สำหรับข้อความหรือศัพท์ที่เข้าใจได้ยากหรือนึกถึงวิธีนำไปปฏิบัติไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอรรถ (footnote)
2. เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
3. เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อกันขององค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
4. เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย
5. เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
6. ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
7. เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

1. **ถอดรหัสมาตรฐาน** อะไรคือเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
2. **รับรู้** รู้สถานการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดของผู้ป่วย (ตามเงา สัมภาษณ์เชิงลึก)
3. **วิเคราะห์** เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
4. **ตั้งเป้า** วาดภาพให้ชัดว่าอยากเห็นอะไร เปลี่ยน concept เป็นตัวชี้วัด
5. **เฝ้าดู** หา baseline ของตัวชี้วัดที่กำหนด แล้วติดตามต่อเนื่อง
6. **ออกแบบ** ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มืออย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
7. **สื่อสาร** ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติรู้ในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
8. **ปฏิบัติ** สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อมเ๊ะในผู้ปฏิบัติงาน
9. **ติดตาม/เรียนรู้** มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย
10. **ปรับปรุง** ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุม การทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

- 1) **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing)** โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งจะทำให้ คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด
- 2) **การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning)** เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่าง กว้างขวาง การมอบหมายให้มิผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ
- 3) **สุนทรียสนทนา (dialogue)** เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า
- 4) **การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ (presentation)** เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติ บางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 5) **การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio)** จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตาม ประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, COI story

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

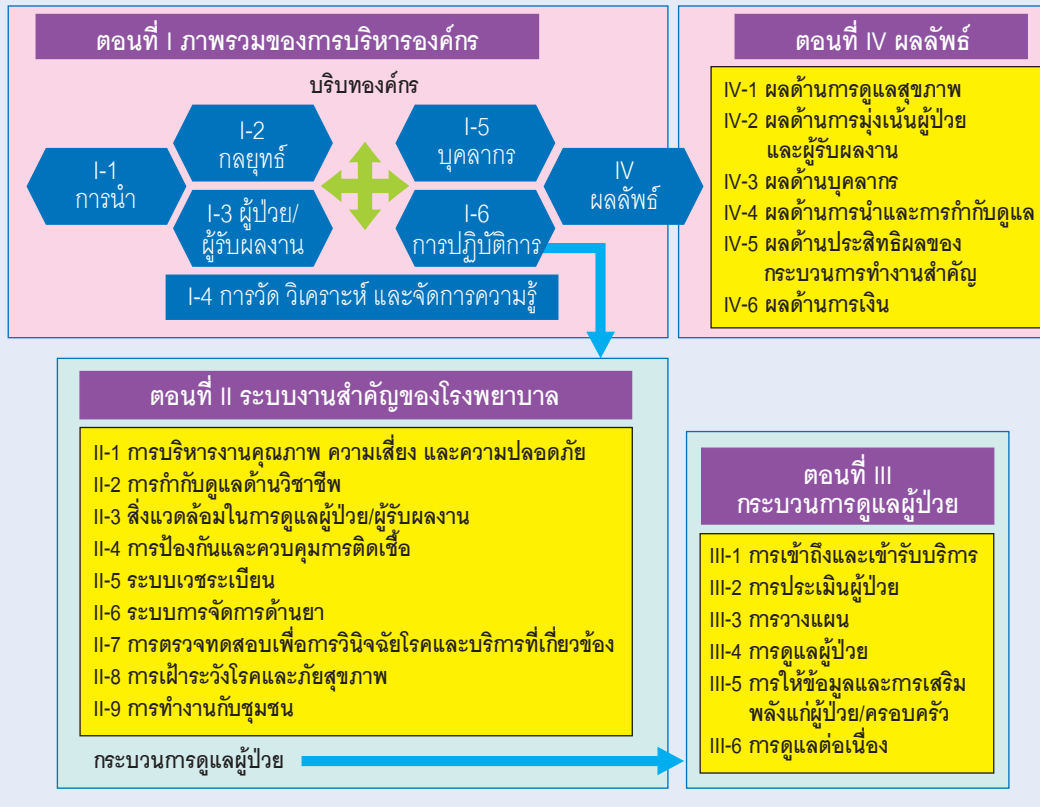
- 6) **การใช้ตัวตามรอย (tracer)** เป็นการติดตามสิ่งที่เราคำนึงเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน
- 7) **การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit)** เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า
- 8) **การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review)** ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป
- 9) **การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment)** เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกว่าการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย
- 10) **การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities)** เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น

แนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์ เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

- 11) **การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน** (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด
- 12) **การทบทวนเวชระเบียน** (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

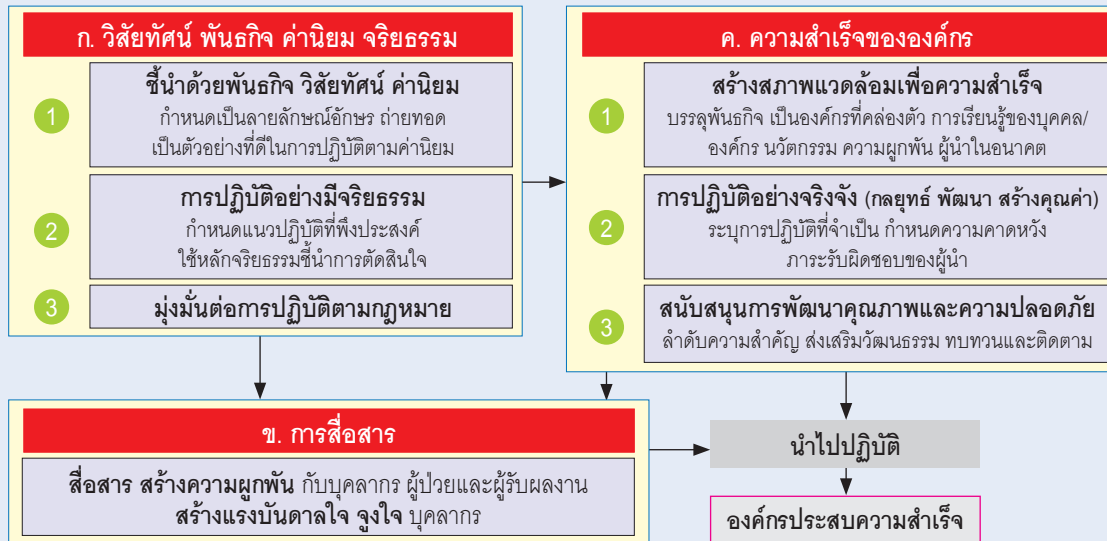


ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำ (Leadership)

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

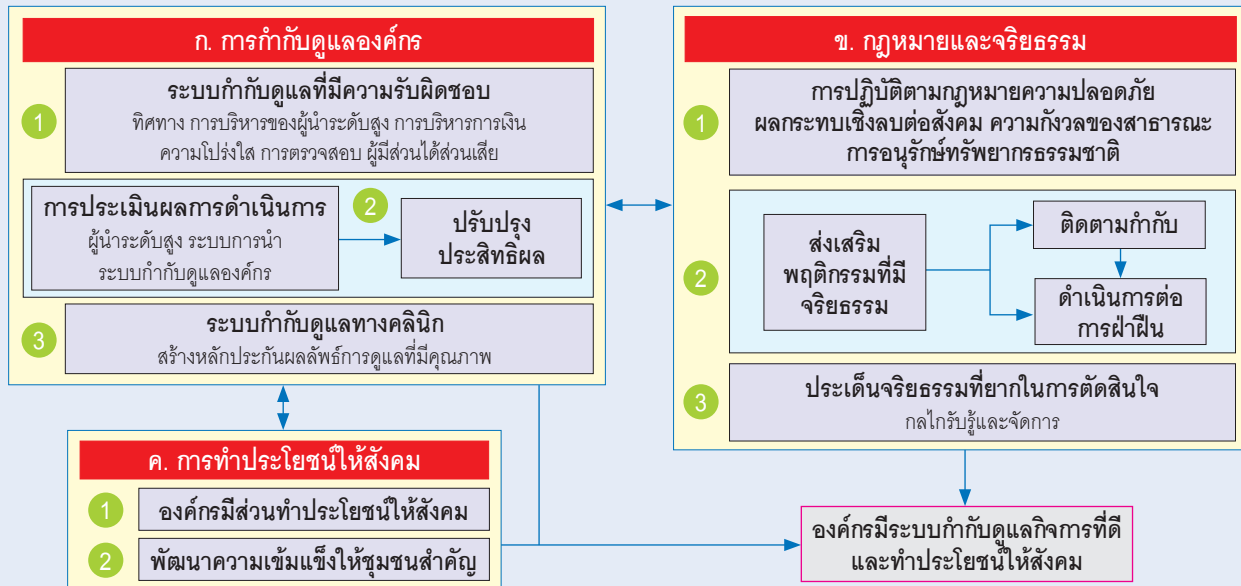
ผู้นำระดับสูงซึ่งนำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้อย่างมั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม



I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

ผู้นำระดับสูงชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม (Vision, Mission, Values and Ethics)

(1) ผู้นำระดับสูงชี้แนะองค์กร:

- (i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ¹;
- (ii) เป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร และการทำงานเป็นทีม.

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

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

¹ การถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติ หมายถึง การถ่ายทอดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ไปยังบุคลากร ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ

² หลักจริยธรรม หมายถึง หลักแห่งความประพฤติปฏิบัติชอบ ซึ่งมีรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญา และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นหลักประพฤติปฏิบัติตนเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ และไม่เกิดความเสียหายต่อองค์กร

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (ii) ส่งเสริมการใช้หลักจริยธรรม ซึ่งนำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย³/ผู้รับผลงาน⁴ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.
- (3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย⁵.

ข. การสื่อสาร (Communication)

- (1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร และผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ:
 - (i) สื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย กับทุกกลุ่มเป้าหมาย;
 - (ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกับบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น;

³ **ผู้ป่วย** หมายถึง ผู้ที่มารับบริการสุขภาพในการดูแลรักษาโรค การบาดเจ็บ หรืออาการที่ไม่ปกติต่างๆ ทางสุขภาพ และครอบคลุมถึงผู้รับบริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น รับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

⁴ **ผู้รับผลงาน** หมายถึง ผู้รับบริการด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านบริการสุขภาพ และผู้รับผลงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้รับบริการ เช่น ครอบครัวของผู้ป่วย ผู้มาเยี่ยม ชุมชนที่สถานพยาบาลไปเสริมพลัง ตำรวจที่มาขอชันสูตร และสื่อมวลชนที่ต้องการข่าว เป็นต้น

⁵ **กฎหมาย** หมายถึง กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของสถานพยาบาล ครอบคลุม กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการปกครอง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและการคลัง กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพ กลุ่มกฎหมายเกี่ยวกับยา วัตถุ และเครื่องมือทางการแพทย์ และกลุ่มกฎหมายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) สร้างแรงบันดาลใจ จูงใจ เพื่อให้บุคลากรสร้างผลการดำเนินการที่ดีและให้ความสำคัญกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ค. ความสำเร็จขององค์กร (Organization's success)

- (1) ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อม⁶ ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ:
 - (i) ทำให้องค์กรบรรลุพันธกิจ และเป็นองค์กรที่คล่องตัว;
 - (ii) ปลูกฝังการเรียนรู้ขององค์กรและบุคลากรแต่ละคน รวมทั้งส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม;
 - (iii) มีวัฒนธรรมที่ส่งเสริมความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและบุคลากร;
 - (iv) มีการพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง (Focus on Action):
 - (i) กำหนดกลยุทธ์ที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพ และการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร;
 - (ii) กำหนดความคาดหวังต่อผลการดำเนินการขององค์กร และจุดมุ่งเน้นที่การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (iii) แสดงให้เห็นถึงการรับผิดชอบต่อผู้นำ (personnel accountability) ต่อการดำเนินการขององค์กร.

⁶ ผู้นำระดับสูงสร้างสภาพแวดล้อม หมายถึง ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการทำงานที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ เช่น วิธีการตอบสนองขององค์กร, ระบบการนำ (โครงสร้าง การสื่อสาร การตัดสินใจ), การตอบสนองของคนทำงาน เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

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

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม⁷ (Governance and Societal Contributions)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และ การเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร (Organizational Governance)

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบกำกับดูแลกิจการ ที่มีความรับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:

- (i) ทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
- (ii) การบริหารงาน (operational management)⁸ ของผู้นำระดับสูง;
- (iii) การบริหารทางการเงิน (financial management)⁹ และงบประมาณ;

⁷ การทำประโยชน์ให้สังคม (societal contribution) หมายถึง การที่องค์กรคำนึงถึงความผาสุกและประโยชน์ของสังคม โดยเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติประจำ ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี การปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับ และการสนับสนุนชุมชน โดยมีการกำหนดชุมชน และเรื่องที่เป็นบุคลากรในองค์กรจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งตามขนาดและความสามารถขององค์กร ซึ่งการทำประโยชน์ให้สังคมขององค์กรอาจเป็นตัวสร้างเสริมความผูกพันของผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากร

⁸ การบริหารงาน (operational management) หมายถึง การดำเนินนโยบาย การกำหนดเป้าประสงค์หรือเป้าหมายในอนาคตสำหรับบริการต่างๆ ขององค์กรผ่านการวางแผนและการกำหนดงบประมาณ การสร้างกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านั้น การจัดสรรทรัพยากรและทำให้มั่นใจว่าจะบรรลุตามแผน

⁹ การบริหารทางการเงิน (financial management) หมายถึง การวางแผน การตรวจสอบ การจัดระเบียบและการควบคุม การเงินและสินทรัพย์ขององค์กร

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iv) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใสในการดำเนินการ;
 - (v) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล;
 - (vi) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.
- (2) องค์กรประเมินและปรับปรุง**ประสิทธิผลการดำเนินการ**ของ:
- (i) ผู้นำระดับสูง;
 - (ii) ระบบการนำ;
 - (iii) ระบบกำกับดูแลองค์กร.
- (3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก¹⁰ **ที่มีประสิทธิผล**
- (i) กำหนด**ให้มีคณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก**¹¹กำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล¹² การจัดการสารสนเทศ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของ

¹⁰ **การกำกับดูแลทางคลินิก** (clinical governance) หมายถึง กรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

¹¹ **คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก** หมายถึง คณะกรรมการที่องค์กรมอบหมายให้กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุมโดยมีผู้บริหารสูงสุดทางด้านสุขภาพเป็นประธาน เป็นอย่างน้อย

¹² **การเปิดเผยข้อมูล** (openness) หมายถึง การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ผู้ประกอบการวิชาชีพ และการผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร;

- (ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพและติดตามกำกับ.

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม (Legal and Ethical Behavior)

(1) องค์กรส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย และกฎระเบียบ ประกอบด้วย:

- (i) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบด้านความปลอดภัย;
- (ii) การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง¹³;
- (iii) การคาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อการดำเนินการหรือการปฏิบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อสังคมและความกังวลของสาธารณะ¹⁴ รวมถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ.

¹³ กฎหมายและระเบียบ (law and regulation) ควรครอบคลุมถึง กฎหมายและระเบียบที่คุ้มครองการจ้างงานผู้พิการ อาชีวอนามัย โครงสร้างอาคาร การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม การจัดการของเสีย พรบ.โรคติดต่อที่ต้องรายงาน พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค ความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กฎหมายของวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนวิชาชีพ มาตรฐานทางเทคนิคต่างๆ เช่น พรบ.คอมพิวเตอร์

¹⁴ ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันกาล สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) องค์กรส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:
 - (i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม¹⁵ ในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;
 - (ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.
- (3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ¹⁶ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

ค. การทำประโยชน์ให้สังคม (Societal Contribution)

- (1) องค์กรมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้สังคม.
- (2) องค์กรกำหนดชุมชนที่สำคัญ (key communities) เพื่อสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน¹⁷.

¹⁵ **พฤติกรรมที่มีจริยธรรม** ครอบคลุมจริยธรรมทางการแพทย์และจริยธรรมในการปฏิบัติงาน เช่น ความตรงไปตรงมากับคู่ค้าหรือผู้ส่งมอบ การประเมินผลงานระหว่างหัวหน้ากับลูกน้อง เป็นต้น

¹⁶ **ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากต่อการตัดสินใจ** (ethical dilemma) หมายถึง ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากต่อการตัดสินใจเนื่องจากมีฐานความคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานความคิดหนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานความคิดหนึ่งได้ ซึ่งควรมีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลาย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้และตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่มีอยู่เดิมออก

¹⁷ **สร้างความเข้มแข็งของชุมชน** หมายถึง ความร่วมมือในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในงานบริการ การศึกษา สุขอนามัย และการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น

I-2 กลยุทธ์ (Strategy)

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

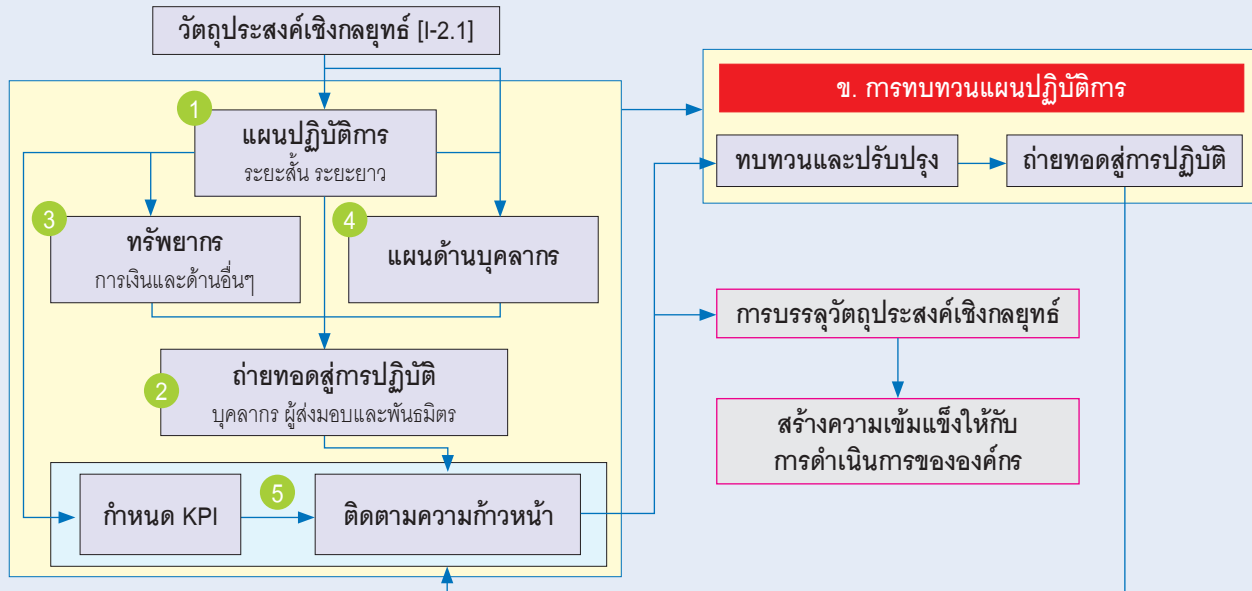


ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ



I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินการขององค์กร.

ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning Process)

(1) องค์กรมีกระบวนการในการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม:

- (i) มีกระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลา ที่เหมาะสม;
- (ii) มีการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว บุคลากร และข้อมูลจากชุมชนตามความเหมาะสม ในการวางแผนระบบบริการ;
- (iii) มีการพิจารณาถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว.

(2) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์:

- (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ;
- (ii) สมรรถนะหลักขององค์กร;
- (iii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์;
- (iv) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
- (v) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (vi) ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ.
- (3) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมขององค์กร.
- (4) องค์กรตัดสินใจ¹⁸เรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเองได้ กระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ และกระบวนการทำงานใดจะสร้างความร่วมมือกับองค์กรภายนอก.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

- (1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เป้าประสงค์ (goals) ที่วัดได้และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ.¹⁹

¹⁸ การตัดสินใจพิจารณาจากสมรรถนะหลักขององค์กร การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับองค์กรภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพขององค์กร.

¹⁹ การสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการเยียวยา (healthy and healing environment).

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ (Action Plan Development and Deployment)

(1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ โดย:

- (i) มีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด;
- (ii) จัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;
- (iii) มีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ.²⁰

(2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:

- (i) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;
- (ii) ถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนกลยุทธ์.

²⁰ วัตถุประสงค์ของการดำเนินการควรครอบคลุม วัตถุประสงค์ของระบบบริการต่างๆ ที่ขึ้นอยู่กับ จำนวนและประเภทของกิจกรรมการบริการที่วางแผนไว้ ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปยังแผนอื่นๆ ภายในองค์กร เช่น ทรัพยากรมนุษย์ ความเสี่ยง การสื่อสาร และแผนทางการเงิน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และมีการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะสามารถรักษาความมั่นคงทางการเงิน (financial viability).
- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากร²¹ เพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.
- (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ (Action Plan Review)

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น.

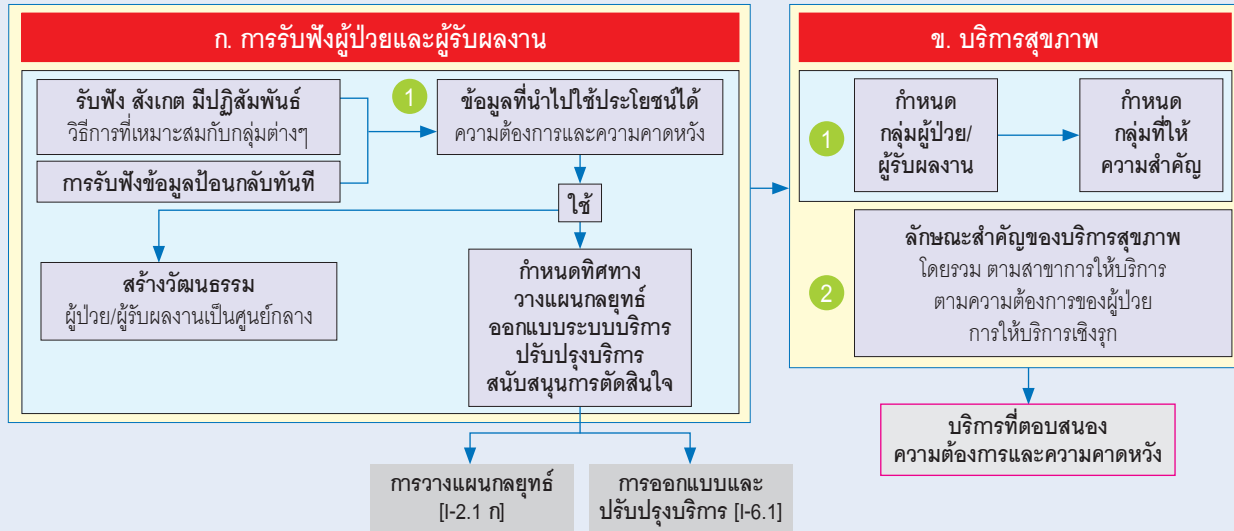
²¹ แผนด้านบุคลากร ครอบคลุมเรื่องการกำหนดจำนวนบุคลากร กลุ่มบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะ ทักษะหรือความรู้เฉพาะหรือผสมผสานที่ต้องพัฒนาบุคลากร และการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ให้สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ รวมถึงระบบบริการที่สำคัญให้บรรลุเป้าหมายองค์กร

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer)

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

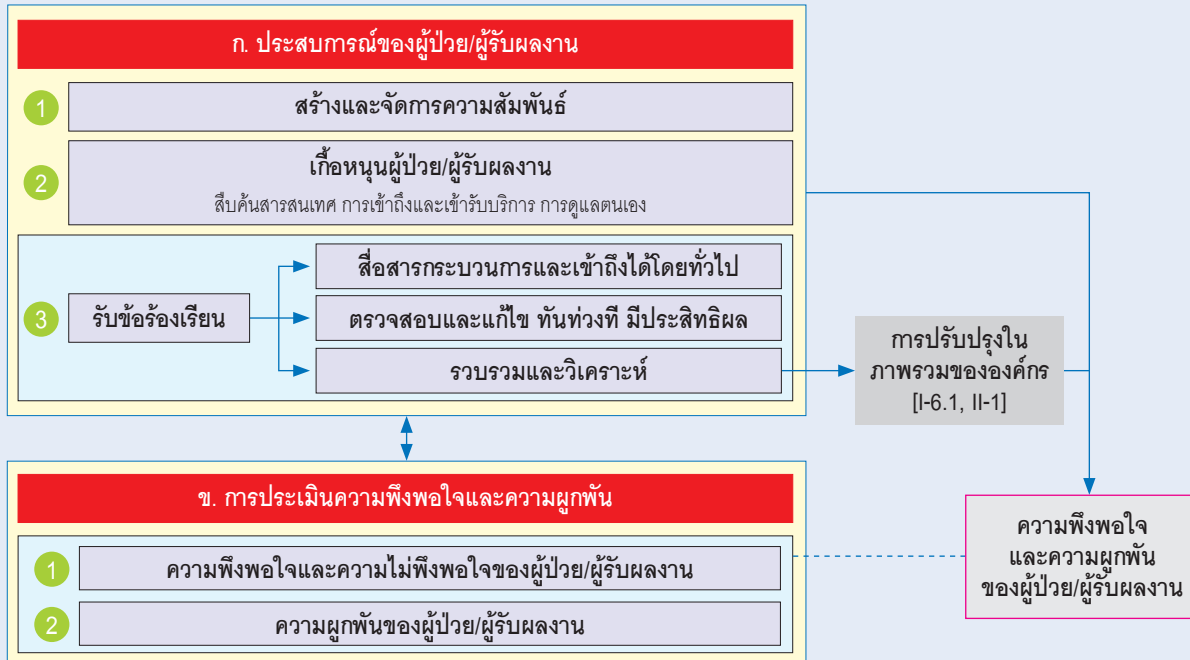
องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

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

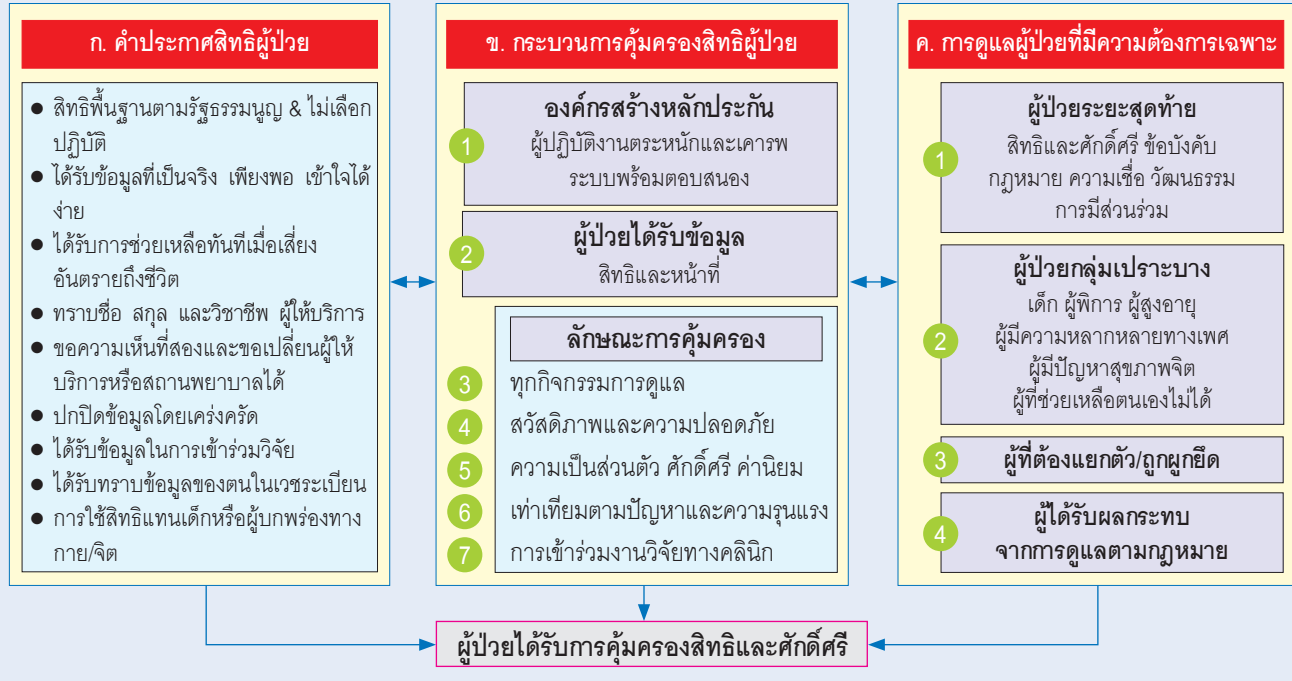
องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน.



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.



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

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง.

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน²²(Patient/Customer Listening)

(1) องค์กรรับฟัง ลังเกต และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้มีข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:

(i) นำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้/วิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวัง;

(ii) มีวิธีการรับฟังที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;

(iii) ค้นหาข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอย่างทันท่วงทีและสามารถนำไปใช้ได้;

(iv) นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผนกลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการปรับปรุง กระบวนการทำงาน และสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินการ;

(v) ใช้ข้อมูลจากการรับฟังสร้างวัฒนธรรมที่เน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง (people-centred or patient/customer focused culture).

²² การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง การรับฟังเสียงที่สะท้อนหรือแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความคาดหวัง ความต้องการ ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งอาจเกิดจากการพูด การตอบแบบสอบถาม การส่งข้อความ การแสดงออก และการกระทำ เป็นต้น โดยอาจใช้กระบวนการรับฟังโดยตรง หรือการสังเกต

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. บริการสุขภาพ (Health Service Offering)

- (1) องค์กรกำหนดกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกลุ่มที่ให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ.
- (2) องค์กรกำหนดลักษณะสำคัญของบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพ ความต้องการ และความคาดหวัง ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การกำหนดลักษณะสำคัญครอบคลุม:
 - (i) บริการสุขภาพในภาพรวม²³;
 - (ii) บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ²⁴;
 - (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน²⁵;
 - (iv) บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ²⁶.

²³ บริการสุขภาพในภาพรวม เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน บริการในคลินิกบริการทั่วไป และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

²⁴ บริการสุขภาพตามสาขาการให้บริการ เช่น บริการสุขภาพสาขาเฉพาะทางต่างๆ และบริการศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ

²⁵ บริการสุขภาพตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หมายถึง บริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเฉพาะของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละแผนก เช่น บริการโรคเรื้อรัง บริการผู้สูงอายุ และบริการอาชีวเวชกรรม

²⁶ บริการสุขภาพเชิงรุกตามสถานที่/จุดบริการ/ช่องทางการให้บริการ เช่น บริการเยี่ยม/ดูแลที่บ้าน บริการเชิงรุกในชุมชน/สถานประกอบการ และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/สื่ออิเล็กทรอนิกส์

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

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน

ก. ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Experience)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล (respect personal preferences) เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.
- (2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้สามารถสืบค้นข้อมูล/สารสนเทศ และรับการช่วยเหลือ: (ดู II-1.1 ก.(9) ร่วมด้วย)
 - (i) ข้อมูลและสารสนเทศ²⁷ เกี่ยวกับบริการที่มีและวิธีการเข้าถึง;
 - (ii) สนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ให้มีความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพตนเองและครอบครัว.
- (3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันทั่วทั้งที่และมีประสิทธิผล:
 - (i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไปและมีการสื่อสารกระบวนการดังกล่าวแก่สาธารณะ;

²⁷ **ข้อมูลและสารสนเทศ** หมายถึง ข้อมูลและสารสนเทศที่สืบค้นเพื่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการสำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชน ควร มีหลายภาษาที่ตอบสนองความต้องการ ความหลากหลายของกลุ่มประชากรและชุมชน โดยคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเข้าถึงและ ค้นหาข้อมูลดังกล่าว รวมถึงควรมีการสื่อสารและเผยแพร่ต่อสาธารณะที่ชัดเจน เช่น การเผยแพร่ผ่าน website

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด;
- (iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร.

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

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

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter)

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข²⁸.

²⁸ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อมูลจากคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ได้แก่ 1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ 2. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษายาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการรักษา จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ 4. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน 5. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่ 6. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย 7. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 8. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (Patient Rights Protection Process)

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่²⁹ ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) องค์กรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) องค์กรจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย. ผู้ป่วยได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ความแตกต่างทางเพศ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นธรรม ผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงของโรคเหมือนกัน จะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
- (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

²⁹ หน้าที่อันพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ตามประกาศของแพทยสภา ที่ 50/2563

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ (Care for Patients with Specific Needs)

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.
- (3) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกตัว หรือต้องถูกผูกมัด ได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม.
- (4) ผู้ป่วยที่มีอาจเกิดผลกระทบจากการจัดการดูแลตามกฎหมายเฉพาะ ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสม³⁰.

³⁰ เช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อร้ายแรง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ

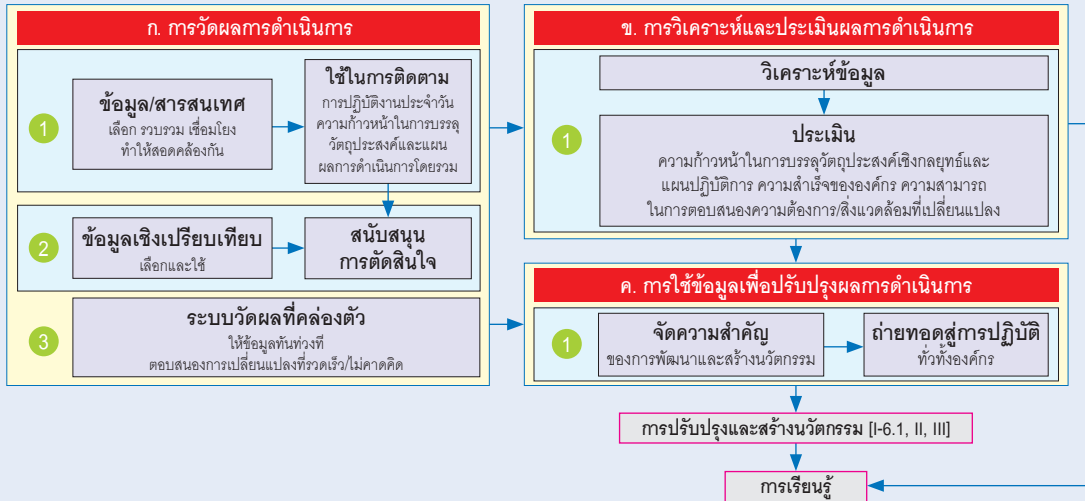
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-4

การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (Measurement, Analysis, and Knowledge Management)

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

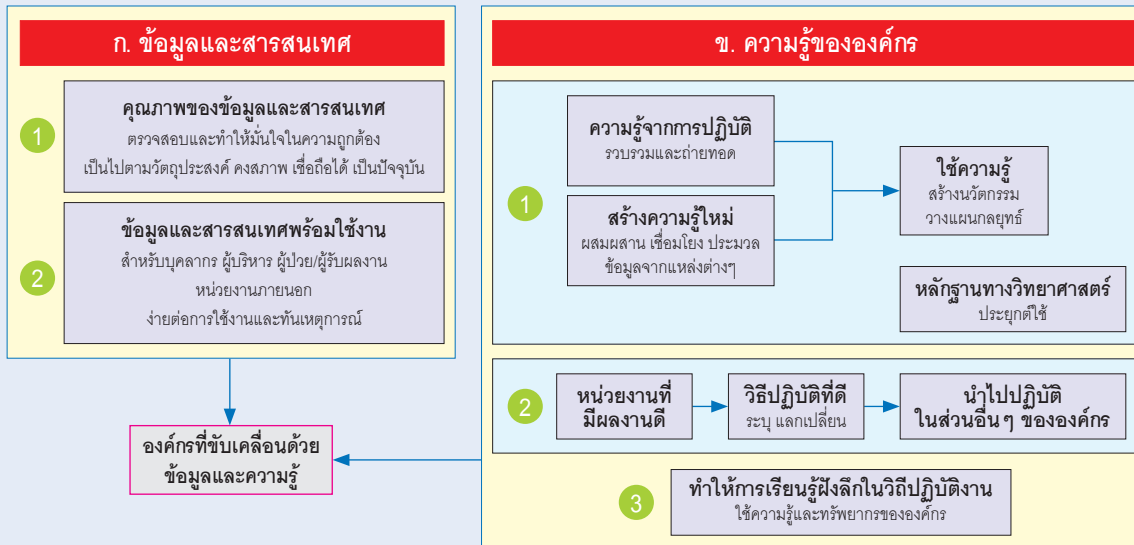
องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.



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

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ (Performance Measurement)

(1) องค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อติดตามการปฏิบัติงานและผลการดำเนินการขององค์กร ในลักษณะที่เชื่อมโยงและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน:

(i) ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน;

(ii) ติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;

(iii) ติดตามผลการดำเนินการโดยรวม ครอบคลุมผลลัพธ์ด้านบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการ ระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย³¹ ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลการดำเนินการของระบบบริการ³² ผลลัพธ์ด้านบุคลากร ผลลัพธ์ด้านการนำและการกำกับดูแลองค์กร ผลลัพธ์ด้าน

³¹ ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จากกระบวนการตรวจสอบ (audit information) ข้อมูลจากการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (patient safety incidents/adverse events)

³² ครอบคลุมข้อมูลที่ได้จาก การร้องเรียน (complaint) คำชมเชยและข้อเสนอนะ (compliment and concerns) ตัววัดผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (patient/service user's satisfaction) รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพของบริการ (utilization and efficiency of services)

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

การเงิน ตลาด และกลยุทธ์. (ดูตอนที่ IV ร่วมด้วย)

- (2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ³³ ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจริง.
- (3) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันท่วงทีเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ (Performance Analysis and Review)

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

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ (Using Data for Performance Improvement)

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

³³ แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้ (Information and Knowledge Management)

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

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ (Data and Information)

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศ. ในด้านต่างๆ ดังนี้:
 - (i) ความถูกต้อง (accuracy) เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (validity);
 - (ii) ความคงสภาพ³⁴(integrity) เชื่อถือได้ (reliability);
 - (iii) ความเป็นปัจจุบัน (current).
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

³⁴ ความคงสภาพ (integrity) หมายถึง คุณสมบัติของการจัดการข้อมูลที่ต้องสามารถรักษาความถูกต้องครบถ้วนไว้ได้ เมื่อมีการนำข้อมูลไปใช้หรือประมวลผล สาเหตุที่ทำให้ข้อมูลขาดการคงสภาพ มักเกิดจากฐานข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อนกัน ปัญหาจากการอ้างอิงเวลาต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล หรือเมื่อต้องมีการปรับปรุงข้อมูลที่เก็บไว้ในฐานข้อมูล

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ข. ความรู้ขององค์กร (Organizational Knowledge)

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. ประกอบด้วย:
 - (i) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติของบุคลากร;
 - (ii) ผลผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
 - (iii) รวบรวมและถ่ายทอดความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการสร้างนวัตกรรม และวางแผนกลยุทธ์;
 - (iv) การนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของวิธีการและเทคโนโลยีสำหรับบริการสุขภาพ (healthcare intervention & technology) มาประยุกต์ใช้.
- (2) องค์กรแลกเปลี่ยนวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดี (good practice) ขององค์กร. ดังนี้:
 - (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี;
 - (ii) ระบุวิธีหรือแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;
 - (iii) นำวิธีหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.
- (3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน³⁵ขององค์กร.

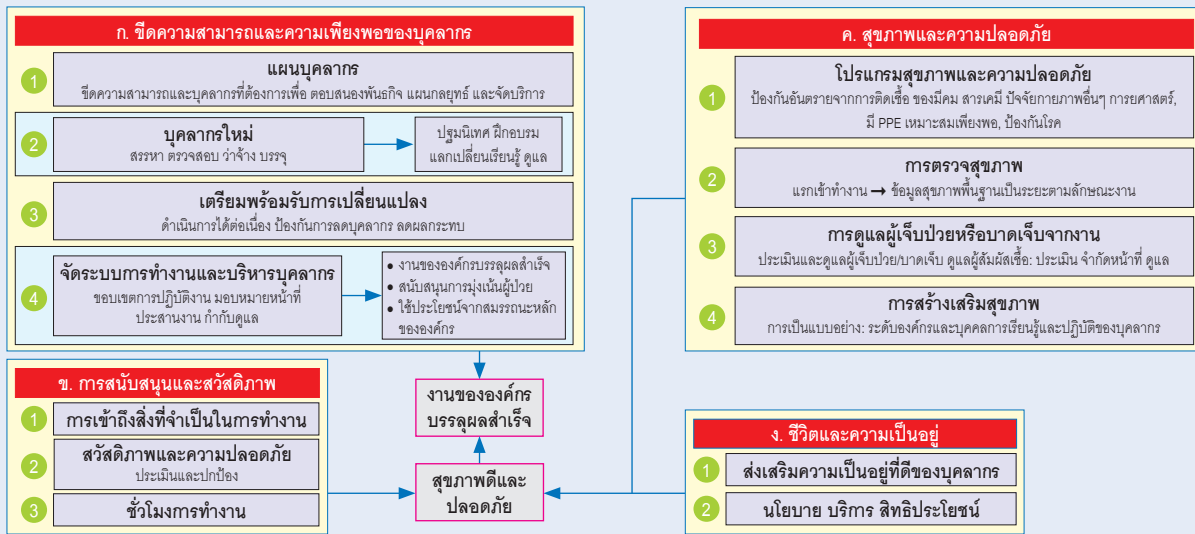
³⁵ การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน หมายถึง การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานที่เป็นการปฏิบัติจริงอย่างเป็นประจำ มี 2 รูปแบบ คือ 1. การฝังวิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำวันที่ทำจนเป็นกิจวัตร และส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุโดยตรงหรือเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญ 2. การสร้างองค์ความรู้และการแบ่งปันองค์ความรู้ทั่วทั้งองค์กร เช่น การฝังสินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) ที่ได้จากการเรียนรู้เข้าไปในการทำงานประจำ จนเกิดการปฏิบัติจริง เช่น การมีคู่มือ การมี work instruction ที่มีการปรับปรุงจากการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมถึงการสร้างนวัตกรรมที่นำไปใช้ในองค์กร

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

1-5 บุคลากร (Workforce)

1-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)

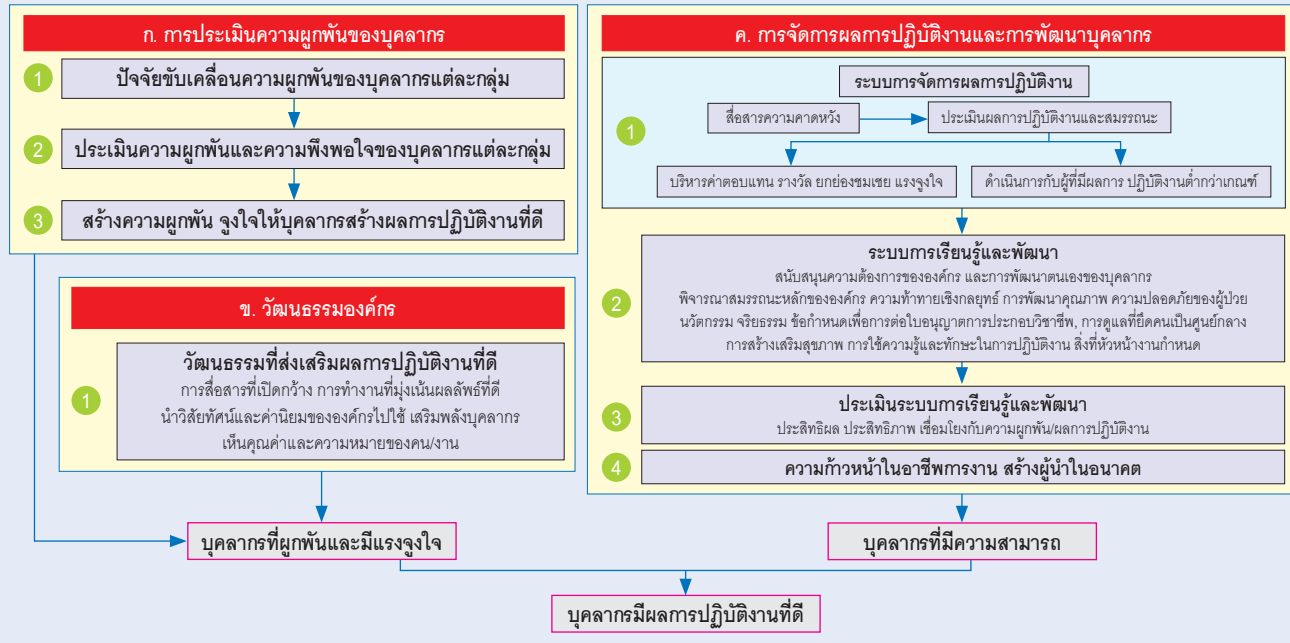
องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.



ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.



I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร³⁶ (Workforce Environment)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและ**ความเพียงพอของบุคลากร**เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อ**สวัสดิภาพ**³⁷ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร.

ก. ขีดความสามารถ³⁸ และ**ความเพียงพอของบุคลากร**³⁹ (Workforce Capability and Capacity)

(1) องค์กรจัดทำแผนบุคลากร:

- ³⁶ **บุคลากร** หมายถึง บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว พนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร
- ³⁷ **สวัสดิภาพ** (security) หมายถึง การปราศจากภัยอันตราย มั่นคง ปลอดภัย ปราศจากการบาดเจ็บ หรือตาย รวมทั้งการสูญเสียทรัพย์สินของมีค่าหรือเสียเวลาไป รวมถึง การดำรงชีวิตอยู่อย่างสุขภาพ สุขใจ มีความมั่นใจในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และมีการเตรียมป้องกันภัยไว้ล่วงหน้า อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสม่ำเสมอ ในสถานที่ทำงาน
- ³⁸ **ขีดความสามารถของบุคลากร** (workforce capability) หมายถึง ขีดความสามารถขององค์กรในการจัดการขีดความสามารถของ**บุคลากร**ให้บรรลุผลสำเร็จของงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของ**บุคลากร** ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ
- ³⁹ **ความเพียงพอของบุคลากร** (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) กำหนดระดับอัตรากำลังและทักษะที่ต้องการเพื่อการจัดการและการปฏิบัติงานตามพันธกิจ โดยพิจารณาข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ;
 - (ii) แผนบุคลากรตอบสนองต่อแผนกลยุทธ์.
- (2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และดูแลบุคลากรใหม่:
- (i) การรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์;
 - (ii) การจัดให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในเรื่องที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน.
- (3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ.
- (4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้งใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร:
- (i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพและและผู้ปฏิบัติงานอื่น;
 - (ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน⁴⁰ การประสานงานภายใน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการประสานงานกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;
- (iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม.
- (v) ทบทวนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และสิทธิการดูแลรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 ปี.

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร (Workforce Work Support and Security)

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีการประเมินความปลอดภัยของสถานที่ทำงาน มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการล่วงละเมิด.
- (3) องค์กรกำหนดจำนวนชั่วโมงการทำงานโดยคำนึงถึงสุขภาพ ความเครียด และประสิทธิภาพของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน.

⁴⁰ กลไกการทำงานและแนวทางสนับสนุน เช่น ข้อตกลงความร่วมมือ/มาตรการที่ใช้ร่วมกันและ/หรือคณะกรรมการสำหรับการวางแผนการกำกับดูแลบุคลากร ในแต่ละหน่วยงาน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (Workforce Health and Safety)

- (1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร โดยมีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติ/ภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ค ร่วมด้วย):
- (i) มีการป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน โดยเฉพาะ วัณโรค โรคติดต่อทางเดินหายใจ หรือ โรคอุบัติใหม่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และ เอชไอวี;
 - (ii) มีการป้องกันอันตรายจากเข็มและของมีคม รวมทั้งการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ;
 - (iii) มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ ยาผสม และยาเคมีบำบัด;
 - (iv) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี;
 - (v) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์;⁴¹
 - (vi) มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ;
 - (vii) มีการให้วัคซีน ยา หรือหัตถการที่เหมาะสมแก่บุคลากรเพื่อการป้องกันโรค.

⁴¹ การยศาสตร์ (ergonomics) หมายถึง ศาสตร์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคน เครื่องจักร สิ่งแวดล้อม และระบบ แล้วทำการออกแบบ หรือ ปรับระบบ สิ่งแวดล้อม หรือเครื่องจักรเหล่านั้น ให้เกิดความสะดวกสบาย ความปลอดภัยเหมาะสมกับบุคคล และก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสอบสุขภาพ.
 - (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน;
 - (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินสมรรถภาพการทำงาน และเพื่อประเมินการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.
- (3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน.
 - (i) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม;
 - (ii) องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ.
- (4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.
 - (i) องค์กรมีนโยบายและวิถีปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
 - (ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ;
 - (iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร (Workforce Life and Well-being)

(1) องค์กรส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร:

- (i) กระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี เช่น การจัดการความเครียด (stress management) การป้องกันและจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) การติดตามวัดระดับภาระงาน (workload monitoring) การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน (management of work-life balance) การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต⁴²(lifestyle) และแผนวิถีชีวิตสุขภาพดี (health lifestyle programmes)⁴³ เป็นต้น;
- (ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม.

(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม. ด้วยมาตรการต่อไปนี้:

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

⁴² **แบบแผนการดำเนินชีวิต** (lifestyle) หมายถึง พฤติกรรมการใช้ชีวิต ใช้เวลา ใช้เงิน ของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาซ้ำๆ กัน ใน 4 มิติ คือ ลักษณะกลุ่มคนที่เข้าไปมีส่วนร่วม (demographics) กิจกรรมที่เข้าไปมีส่วนร่วม (activities) ความสนใจ (interest) และการแสดงความคิดเห็น (opinion) ตัวอย่าง การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี คือ การใช้วิถีชีวะเวชศาสตร์ หรือ lifestyle medicine

⁴³ **วิถีชีวิตสุขภาพดี** (health lifestyle programmes) หมายถึง โปรแกรมที่ออกแบบและปรับเปลี่ยนเฉพาะตัวบุคคลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพที่ดี แข็งแรงและมีความสุข โดยให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 องค์ประกอบ คือ การออกกำลังกาย การรับประทาน อาหาร การนอนหลับ ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน การทำงาน และการพักผ่อน

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับบุคลากร⁴⁴ มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร (Assessment of Workforce Engagement)

- (1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากร ในแต่ละกลุ่ม.
- (2) องค์กรประเมินความผูกพัน⁴⁵ และความพึงพอใจของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.
- (3) องค์กรนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการสร้างความผูกพันกับบุคลากรเพื่อให้บุคลากรมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

⁴⁴ ความผูกพันของบุคลากร หมายถึง ระดับของความมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญาของบุคลากร เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

⁴⁵ การประเมินความผูกพัน หมายถึง การประเมินปัจจัยที่ขับเคลื่อนความผูกพันและประเมินระดับความผูกพัน ประกอบด้วย 1. วิธีการประเมินเป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินที่มีการวางรูปแบบอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารวิธีการประเมิน/ผลการประเมิน และมีการนำผลการประเมินไปใช้ในวงกว้าง 2. วิธีการประเมินไม่เป็นทางการ หมายถึง วิธีการประเมินในลักษณะกิจกรรมเสริม เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การสร้างความสัมพันธ์ หรือการค้นหาข้อมูลเบื้องต้น ลูกรวบรวมเชิงระบบ เช่น การทำ focus group หรือ การทำ exit interview เป็นต้น

ข. วัฒนธรรมองค์กร (Organizational Culture)

- (1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร:
 - (i) มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง;
 - (ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;
 - (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
 - (iv) เสริมพลังบุคลากร;
 - (v) เห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน.⁴⁶

ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร (Performance Management and Development)

- (1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี พัฒนาความรู้ความสามารถให้เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล:

⁴⁶ การเห็นคุณค่าและความหมายของคนและงาน หมายถึง การที่บุคลากรได้รับการฝึกฝนให้เติบโตด้านในหรือรับรู้ชีวิตด้านใน (inner life) เห็นคุณค่าของตัวเอง เพื่อนร่วมงาน และครอบครัวข้าง รับรู้และเข้าใจว่าทุกคนมีความหมาย มีการทำงานด้วยความตระหนักในคุณค่าและความหมายของงานกับตัวเอง กับเพื่อนร่วมงาน กับองค์กรมีสำนึกร่วมกับชุมชน และมีพลังศรัทธาในงานและชีวิต การสร้างวัฒนธรรมดังกล่าว อาจใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อรับรู้ความรู้สึกของคนทำงานและสร้างเป้าหมายร่วมกัน

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ได้อย่างสม่ำเสมอ;
 - (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะที่สัมพันธ์กับภาระงานเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง;
 - (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชยหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
 - (iv) มีแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มบุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์.
- (2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
- (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
 - (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ จริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร;
 - (iv) การทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ.

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

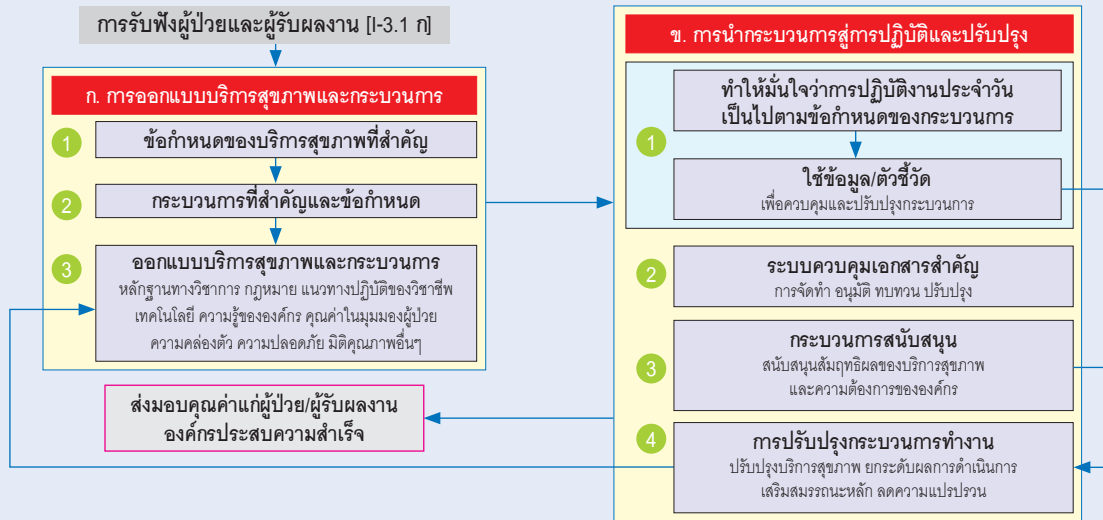
- (v) การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง⁴⁷ มิติทางสังคมและจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน;
 - (vi) การสร้างเสริมสุขภาพ;
 - (vii) การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มเติมตามผลการประเมินการปฏิบัติงาน;
 - (viii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.
- (3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาเชื่อมโยงกับผลการประเมินความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.
- (4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

⁴⁷ การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people-centred care) หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงปัจจัย ความสำคัญ ความต้องการ และข้อจำกัดของแต่ละคนเป็นหลักในการดูแล เช่น การมุ่งเน้นบูรณาการการดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การให้ข้อมูลและลงนามยินยอมรับการดูแลรักษา ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ แต่ละกลุ่ม

I-6 การปฏิบัติการ (Operation)

I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

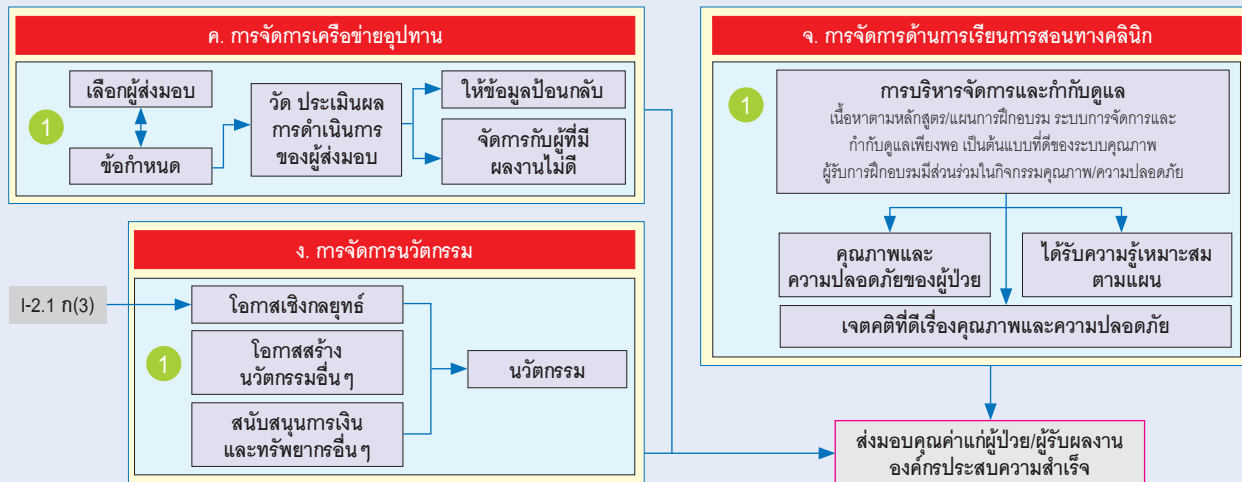
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

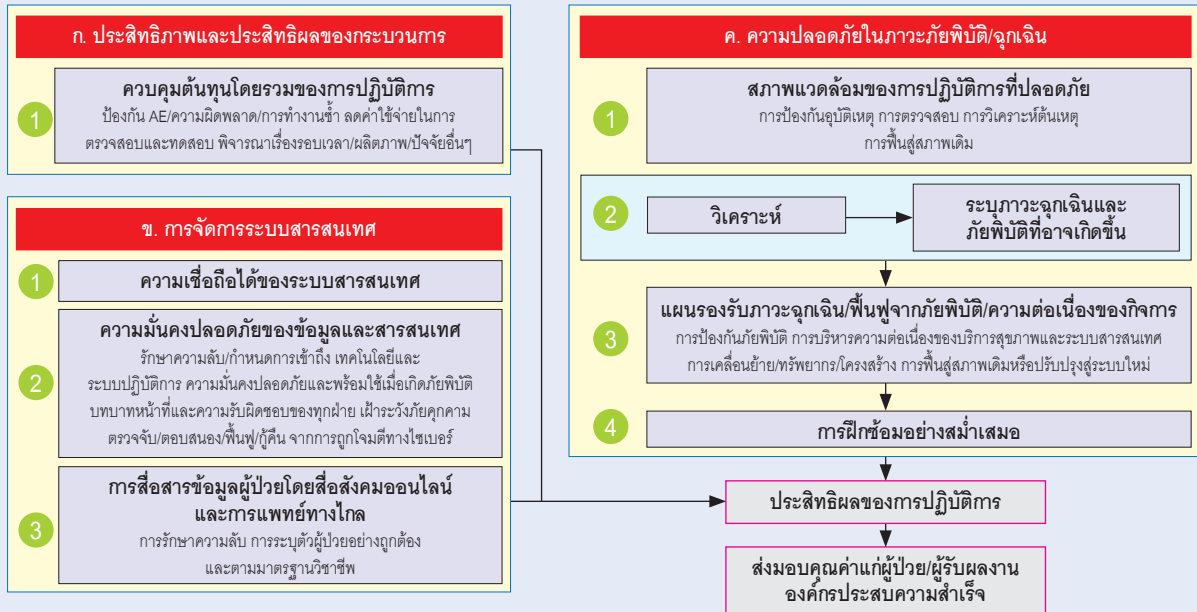
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้นั้นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ มีการจัดการเครือข่ายอุปทาน⁴⁸ และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน (Healthcare Service and Processes Design)

- (1) องค์กรระบุข้อกำหนดบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อข้อกำหนดโดยนำหลักฐานทางวิชาการ กฎหมาย แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่างๆ มาใช้.

⁴⁸ เครือข่ายอุปทาน (supply network) หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกันในการส่งมอบผลิตภัณฑ์หรือระบบบริการ จากผู้ส่งมอบไปยังองค์กร ตามแนวคิดระบบนิเวศที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งอาจต้องมีการประสานกับผู้ส่งมอบจำนวนมาก หรือองค์กรอาจเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายที่ซับซ้อน โดยมีความเชื่อมโยงและพึ่งพาซึ่งกันและกันมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่เป็นห่วงโซ่ต่างๆ เหมือนห่วงโซ่อุปทาน (supply chain) ในอดีต

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ (Process Management and Improvement)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) องค์กรจัดทำ อนุมัติ⁴⁹ ทบทวน และปรับปรุงเอกสาร นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการดำเนินงานและระเบียบปฏิบัติสำหรับหน้าที่สำคัญขององค์กรตามระยะเวลาที่กำหนด.
- (3) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร.
- (4) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:
 - (i) ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพและยกระดับผลการดำเนินการขององค์กร;
 - (ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;
 - (iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

⁴⁹ การอนุมัติ อาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผน/เอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน (Supply Network Management)

- (1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการคุณภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง⁵⁰/ผลิตภัณฑ์พัสดุ และบริการอื่น⁵¹ ที่มีคุณภาพสูง โดย:
- (i) เลือกผู้ส่งมอบ ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
 - (ii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุมเพื่อนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผู้ส่งมอบ;
 - (iii) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
 - (iv) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
 - (v) จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

⁵⁰ บริการคุณภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง หมายถึง บริการคุณภาพที่องค์กรให้หน่วยงาน กลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่นมาให้บริการคุณภาพในสถานพยาบาล โดยองค์กรเป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการในองค์กร หรือบริการคุณภาพที่องค์กรบริหารจัดการให้ได้รับบริการภายนอกองค์กร

⁵¹ ผลิตภัณฑ์ พักและบริการอื่น เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ ที่จำเป็นขาดแคลน เช่น N95, surgical mask, gown, alcohol และบริการอื่นๆ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหารระบบขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร เป็นต้น

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ง. การจัดการนวัตกรรม (Innovation Management)

- (1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์และโอกาสสร้างนวัตกรรมอื่นๆ มาพัฒนานวัตกรรม⁵² มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก (Clinical Education and Training Management)

- (1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน/ผู้ฝึก/ผู้เรียน และการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก/ผู้เรียนอย่างเหมาะสม. ดังนี้:
 - (i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตรหรือแผนการฝึกอบรม;
 - (ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรม เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา/ผู้รับการฝึกอบรมที่ใกล้เคียงกัน;
 - (iii) มีการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแลนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกอบรม;

⁵² นวัตกรรมที่พัฒนาควรคำนึง คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบริการ ความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับในระบบบริการ และโอกาสพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operation Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการบริหารจัดการในการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ (Process Efficiency and Effectiveness)

(1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติเหตุ ความผิดพลาด และการทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพ และประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ (Information System Management)

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในการรักษาความมั่นคงและปลอดภัย ของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล/สารสนเทศ และระบบปฏิบัติการที่สำคัญ ทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก. โดยมีการดำเนินการดังนี้:
- (i) มีระบบการรักษาความลับและกำหนดการเข้าถึงทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามสิทธิที่เหมาะสม;
 - (ii) ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (iii) ดูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมใช้ของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ;
 - (iv) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน พันธมิตร และผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
 - (v) เผื่อระวังภัยคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
 - (vi) ป้องกันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการที่สำคัญจากเหตุการณ์ที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจสอบ ตอบสนอง พื้นฟูระบบสารสนเทศและกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์.
- (3) กรณีที่มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระบบบริการการแพทย์ทางไกล⁵³ (telemedicine and information-sharing platforms) เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้ และมีการดำเนินการที่สอดคล้องตามมาตรฐานวิชาชีพ.

⁵³ **ระบบบริการการแพทย์ทางไกล** (Telemedicine and information-sharing platforms) หมายถึง ระบบงานที่มีการนำดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพ และเสียง หรือวิธีการอื่นใด ในการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรึกษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ⁵⁴และภาวะฉุกเฉิน⁵⁵ (Safety and Emergency/Disaster Preparedness)

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.
- (2) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (3) องค์กรจัดทำและทบทวนแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน/แผนฟื้นฟูจากภัยพิบัติ แผนบริหารความต่อเนื่องขององค์กร เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากรและสถานที่ในการดำเนินการ⁵⁶ โดยคำนึงถึง:

⁵⁴ **ภัยพิบัติ** หมายถึง ภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน โดยส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของผู้นคนในสังคมเป็นวงกว้าง ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม, แผ่นดินไหว, พายุและการระบาดของโรคติดต่อ 2. ภัยพิบัติที่มนุษย์สร้าง เช่น อัคคีภัยในพื้นที่หรือชุมชน, อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม, และการก่อการร้ายทางชีวภาพ

⁵⁵ **ภาวะฉุกเฉิน (emergency)** หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่ได้มีการคาดคิดล่วงหน้า มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้ หรือเหตุการณ์ทำให้ต้องปรับระบบบริการหรือเกิดความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย เช่น อุบัติเหตุหมู่ การประท้วง การเดินขบวน การบุกรุกสถานที่ การช่่วงระเบิดในสถานพยาบาล

⁵⁶ **การดำเนินการ** ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณสุขโรค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การขนส่ง การจัดเตรียมอาหาร การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

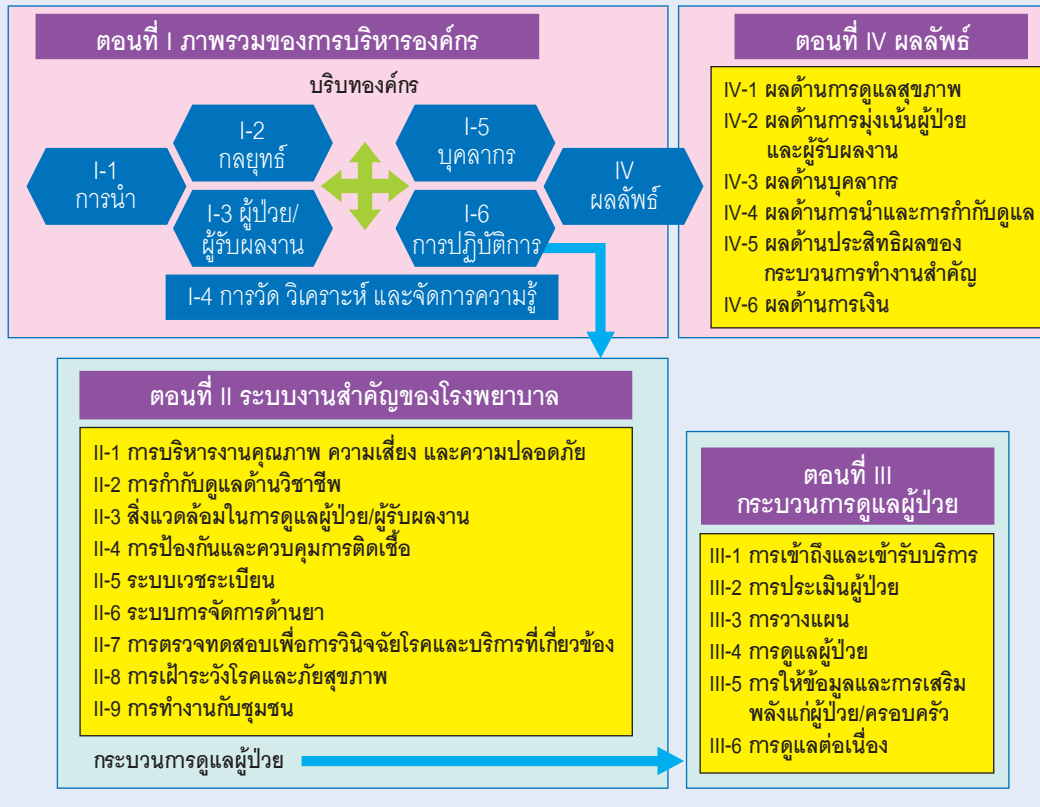
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

- (i) การป้องกันภัยพิบัติ⁵⁷;
 - (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง⁵⁸ของระบบบริการ และระบบสารสนเทศ;
 - (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
 - (iv) การฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิมหรือการปรับปรุงระบบใหม่.
- (4) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ.

⁵⁷ **การป้องกันภัยพิบัติ** หมายถึง การป้องกันผลกระทบอันเกิดจากภัยพิบัติที่จะมีผลกระทบต่อองค์กร และการดำเนินการขององค์กร

⁵⁸ **การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่อง** หมายถึง การเตรียมความพร้อมขององค์กรในการเผชิญกับภาวะฉุกเฉินโดยมีการจัดทำแผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) โดยต้องมีการซ้อมแผนเพื่อให้สามารถบริหารจัดการได้เมื่อเกิดสถานการณ์จริง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

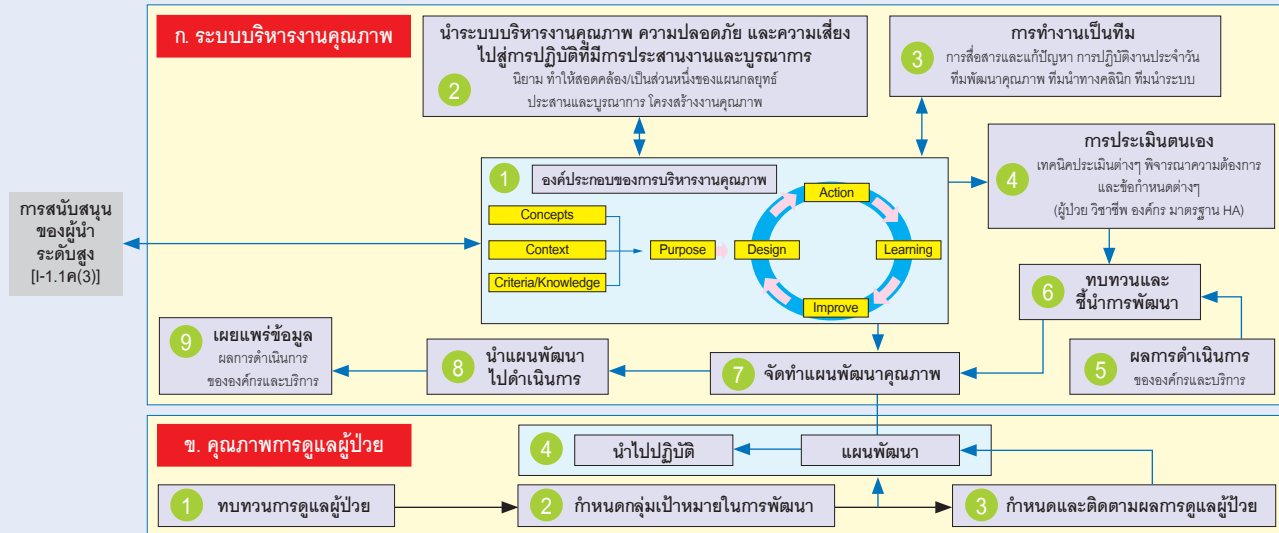


ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย (Quality, Risk and Safety Management)

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

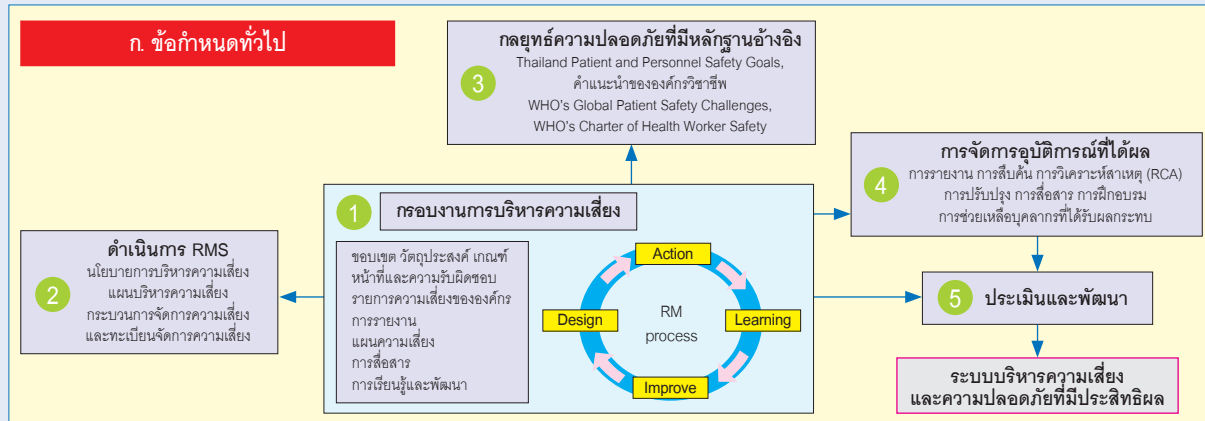
องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน.



ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร (I-5.2 ข, ค และ ง)
การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่ (II-3.1)
การจัดการวัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ (II-3.2)

ยาและเวชภัณฑ์ (II-6)
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (II-4)
เวชระเบียนและข้อมูลของผู้ป่วย (II-5)

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System)

- (1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง การเรียนรู้ และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ.
 - (i) มีการบริหารคุณภาพตามหลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ (concept) โดยคำนึงถึงบริบทจำเพาะขององค์กร (context) รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และต้องสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดแจ้งและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);
 - (ii) มีการกำหนดวัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose) ที่ใช้ติดตามประเมินผลได้;
 - (iii) นำไปสู่การออกแบบ (design) ระบบ/กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people-centered) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (action) ที่ได้ผล โดยมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning) อย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงพัฒนาระบบ/กระบวนการ (improve) การสร้างนวัตกรรม การบูรณาการ รวมถึงการออกแบบใหม่ (re-design) อย่างเป็นระบบ;
- (2) องค์กรนำระบบการบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) กำหนดนิยาม “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” เพื่อนำไปปฏิบัติและสื่อสารในองค์กรให้เป็นในทิศทางเดียวกัน;
 - (ii) กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - (iii) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยทบทวนและกำกับติดตามผลและความก้าวหน้าการดำเนินการและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแก้ไขปัญหาคุศลธรรม;
 - (iv) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยงในทุกชั้นตอนของการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล;
 - (v) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินการ.
- (3) องค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:
- (i) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (ii) มีความร่วมมือกันในกลุ่มบุคลากร ในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ;
 - (iii) ส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) จัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางการให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.
- (4) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:
- (i) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;
 - (ii) มีการประเมินกระบวนการที่ออกแบบระบบบริการเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (iii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ และตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ⁵⁹;
 - (iv) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

⁵⁹ องค์กรสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เช่น ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 และตอนที่ IV)
- (6) องค์กรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการวัดผลการดำเนินการมาใช้ในการทบทวนและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1ค.)
- (7) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้:
 - (i) มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน;
 - (ii) ระบุกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์;
 - (iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
 - (iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
 - (v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ;
 - (vi) สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้.
- (8) องค์กรสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นำแผนไปดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.
- (9) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการต่อสาธารณะ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Quality)

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย⁶⁰ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก⁶¹ ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและนำแผนไปดำเนินการ โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิทยาลัยร่วม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

⁶⁰ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการใช้ยา การทบทวนการใช้เลือด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัด โดยผู้ป่วยครอบคลุมถึงผู้รับบริการสุขภาพด้านสร้างเสริมและป้องกัน

⁶¹ กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง หรือ กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) กลุ่มเด็กวัยรุ่น (อายุ 15-21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) หรือกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้พิการ/ด้อยโอกาส เป็นต้น

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

(1) องค์กรกำหนดกรอบงานการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบงานการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย:

- (i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;
- (ii) หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;
- (iii) รายการความเสี่ยงขององค์กร อย่างน้อยครอบคลุม ด้านกลยุทธ์ (strategic risk) ด้านคลินิก (clinical risk) ด้านการปฏิบัติการ (operational risk) และด้านการเงิน (financial risk);
- (iv) กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์⁶²;
- (v) แผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk);

⁶² องค์กรอาจเข้าร่วมโปรแกรมรายงานอุบัติการณ์ของประเทศ (National Reporting and Learning System: NRLS) โดยบูรณาการข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ขององค์กรกับภาพรวมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเชิงระบบของประเทศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
 - (vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง.
- (2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง โดย:
- (i) นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ;
 - (ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;
 - (iii) กระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน⁶³ ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง จากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

⁶³ ตัวอย่างความเสี่ยงของผู้มาเยือน เช่น ญาติผู้ป่วยลื่นหกล้มในโรงพยาบาล การติดเชื้อ COVID-19 ของญาติผู้ป่วย เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.
- (i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals⁶⁴);
 - (ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;
 - (iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (WHO Global Patient Safety Challenges)⁶⁵ และกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร (WHO Charter on Health Worker Safety) ที่เผยแพร่ โดยองค์การอนามัยโลก เป็นต้น.

⁶⁴ **Thailand Patient and Personnel Safety Goals** หมายถึง เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ประกอบด้วยหัวข้อหลัก Patient Safety: S-Safe Surgery, I-Infection Prevention & Control, M-Medication and Blood Safety, P-Process of Care, L-Line, Tube, and Catheter & Laboratory, E-Emergency Response และ Personnel Safety: S-Security of Information and Social Media, I-Infection Exposure, M-Mental Health and Mediation, P-Process of Work, L-Lane and Legal, E-Environment Safety

⁶⁵ **Global Patient Safety Challenge** หมายถึง ประเด็นความท้าทายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดขึ้น และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคลื่อน ประกอบด้วย “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication without Harms (2017)”

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย:
- (i) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์⁶⁶ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;
 - (ii) การตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ⁶⁷ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;
 - (iii) การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย
 - (iv) การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - (v) การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุนิวความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;
 - (vi) การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.
- (5) องค์กรประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

⁶⁶ ให้ความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัย (safety incidents)

⁶⁷ การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) หมายถึง การวิเคราะห์ถึงสาเหตุตั้งต้นที่สัมพันธ์กับการบริหารจัดการในเชิงกระบวนการหรือระบบ โดยหากสามารถจัดการหรือควบคุมได้ จะลดหรือจะป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ดังกล่าวซ้ำ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร
อย่างมีประสิทธิภาพ:

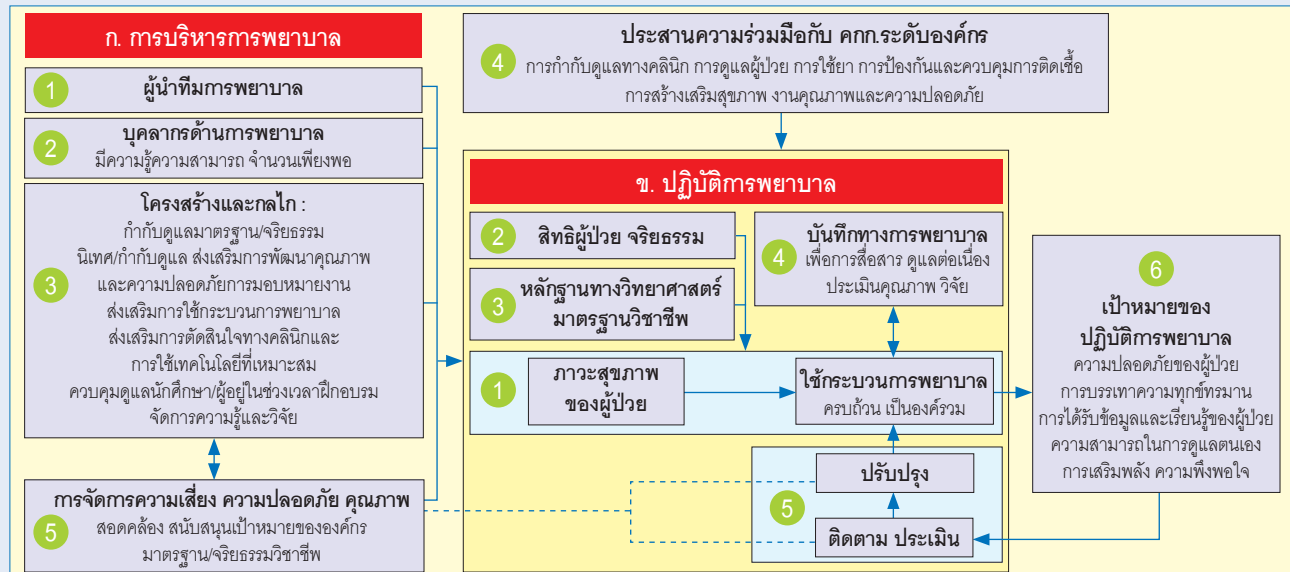
- (1) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร;
- (2) การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่;
- (3) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ;
- (4) ยาและเวชภัณฑ์;
- (5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
- (6) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Governance)

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

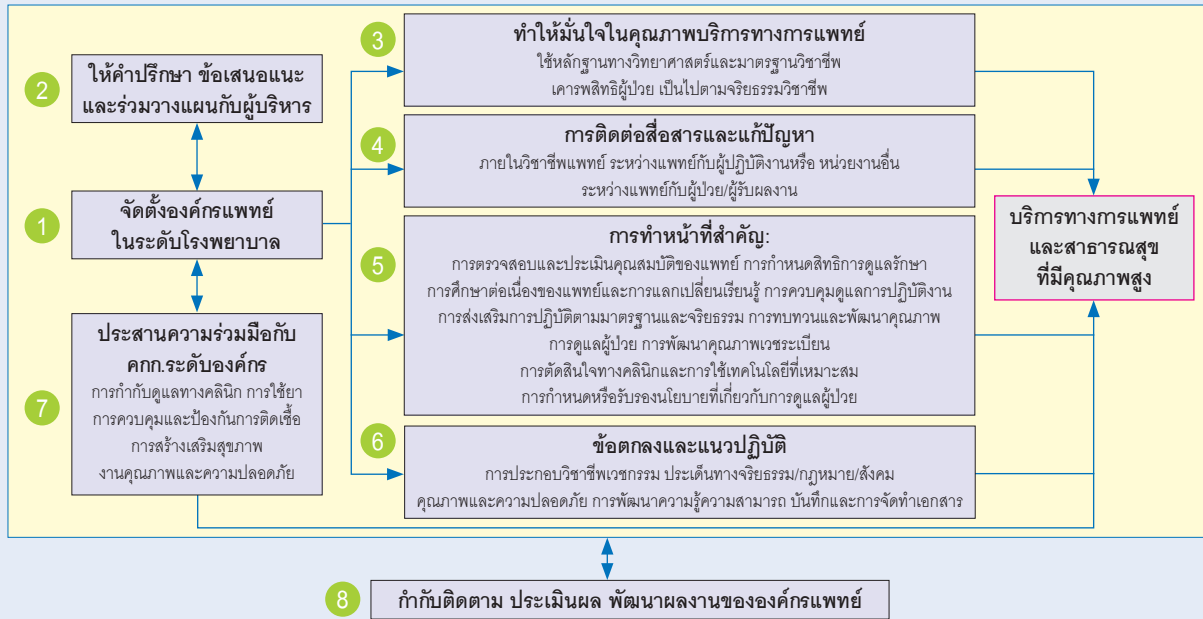
องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล (Nursing Administration)

- (1) ผู้นำสูงสุดและผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านการบริหาร⁶⁸และการปฏิบัติการพยาบาล.
- (2) มีระบบบริหารการพยาบาลที่สร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ⁶⁹ และจำนวนเพียงพอ⁷⁰ เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงาน

⁶⁸ เช่น การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

⁶⁹ การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความสามารถ และทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มอบหมาย การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

⁷⁰ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อให้มีบุคลากรทางการพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และบุคลากรปลอดภัย เช่น การกำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตามความหนักเบาหรือระดับความต้องการดูแล (patient acuity) แนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน การบริหารจัดการให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนอัตรากำลังระยะสั้น ระยะยาว ที่สอดคล้องกับนโยบาย พันธกิจ หรือยุทธศาสตร์องค์กร

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ที่มาจากภายนอก.

- (3) มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีโครงสร้างและกลไกการทำงานที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
 - (i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร;
 - (iii) การมอบหมายงานที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ;
 - (iv) การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วย;
 - (v) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (vi) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาและพยาบาลที่อยู่ในช่วงเวลาการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
 - (vii) การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนานวิชาชีพ.
- (4) มีระบบบริหารการพยาบาลที่ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ งานคุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) มีการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล ในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุง/พัฒนาระบบบริหารการพยาบาลและ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.

ข. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices)

- (1) ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยมีการประสานการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและครอบครัว ตลอดจนวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง ครอบคลุม ครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม.
- (2) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ.
- (3) ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.
- (4) บันทึกและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย.
- (5) มีการติดตามประเมินผลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) องค์กรจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.
- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ครอบคลุมครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม อย่างเป็นผลดังต่อไปนี้:
 - (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
 - (ii) การกำหนดลัทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความรู้ ความชำนาญหรือเชี่ยวชาญ;
 - (iii) การศึกษาต่อเนืองของแพทย์ การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ และ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

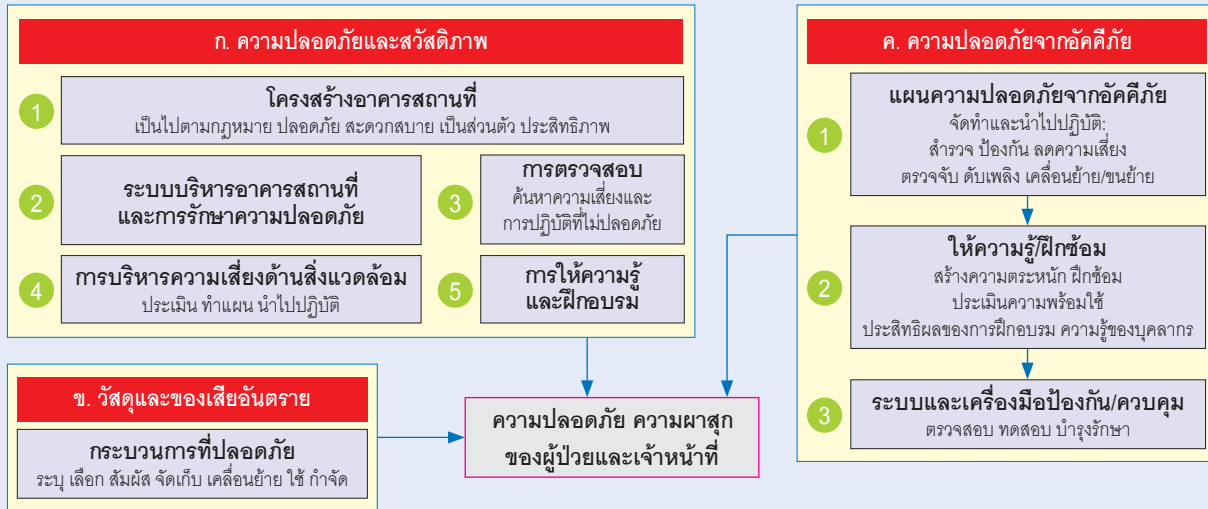
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้;

- (iv) การให้คำแนะนำ ปรึกษา และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ขณะการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
 - (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค/การตัดสินใจทางคลินิก การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้ evidence-based การคาดการณ์ และจัดการความเสี่ยง และการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง;
 - (vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้ดำเนินการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
 - (viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;
 - (ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย.
- (6) องค์กรมีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้จ่าย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Environment of Care)

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

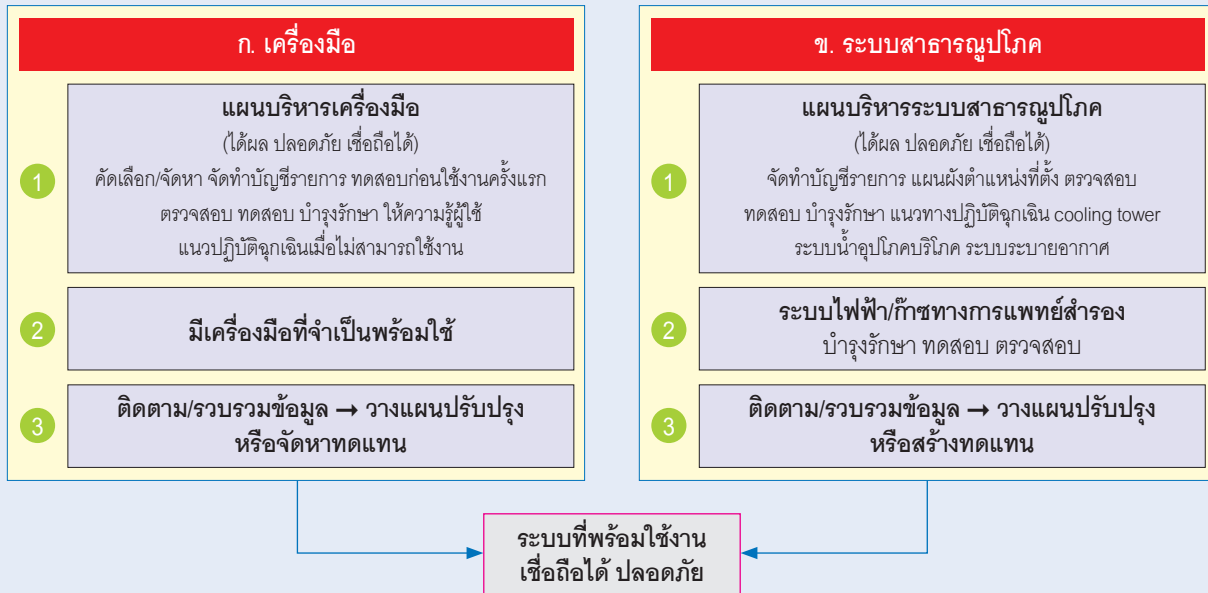
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเกี่ยวข้องต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

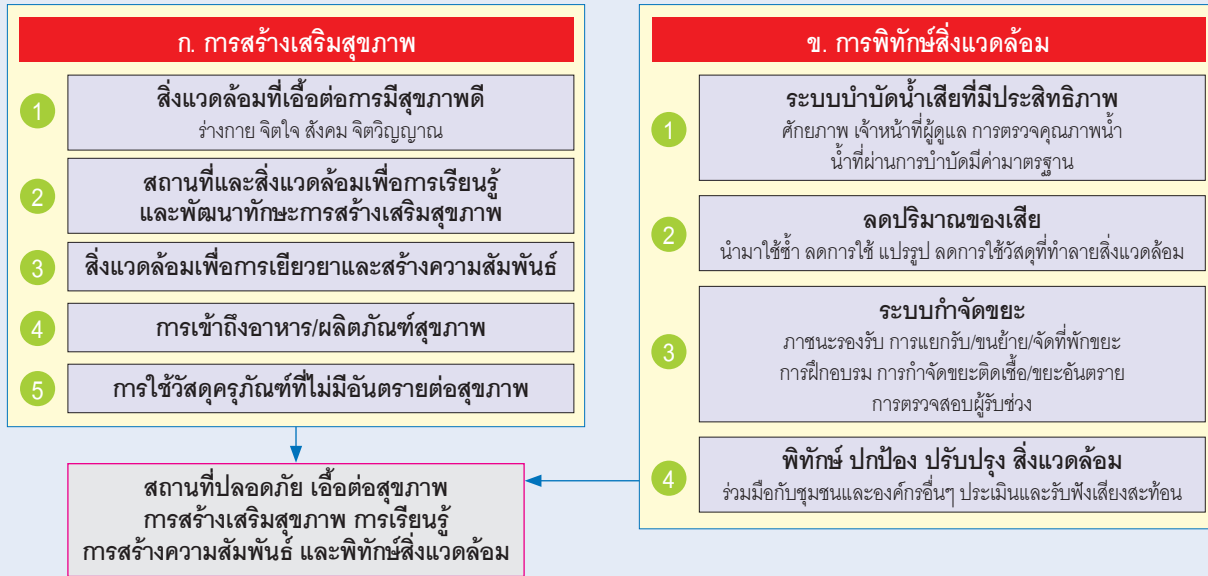
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ได้ตลอดเวลา.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.



II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (Safety and Security)

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ และมาตรฐานวิชาชีพ. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุก 6 เดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก⁷¹ มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย ชำรงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.

⁷¹ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

ข. วัสดุและของเสียอันตราย (Hazardous Materials and Waste)

- (1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตราย⁷² อย่างปลอดภัย ด้วยการระบุนโยบายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการคัดเลือก ล้มผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย (Fire Safety)

- (1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุมการสำรวจพื้นที่เสี่ยง การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย.

⁷² วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ขยะที่ติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย⁷³ อย่างสม่ำเสมอ.

⁷³ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมี ดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ (Equipment)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:
 - (i) กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
 - (ii) การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
 - (iii) การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
 - (iv) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
 - (vi) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.
- (2) องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ระบบสาธารณูปโภค⁷⁴ (Utility Systems)

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
 - (i) การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;
 - (ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
 - (iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
 - (v) การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบเพื่อระวังระบบ cooling tower และการป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค/บริโภค;
 - (vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด⁷⁵ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

⁷⁴ ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์และระบบสูญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

⁷⁵ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก ป้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระดุก/เนื้อเยื่อ/ยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสูญญากาศ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

- (1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชนทั่วไป.
- (3) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และญาติ กับบุคลากร.
- (4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงวิถีชีวิต และไม่มีการใช้หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ.
- (5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

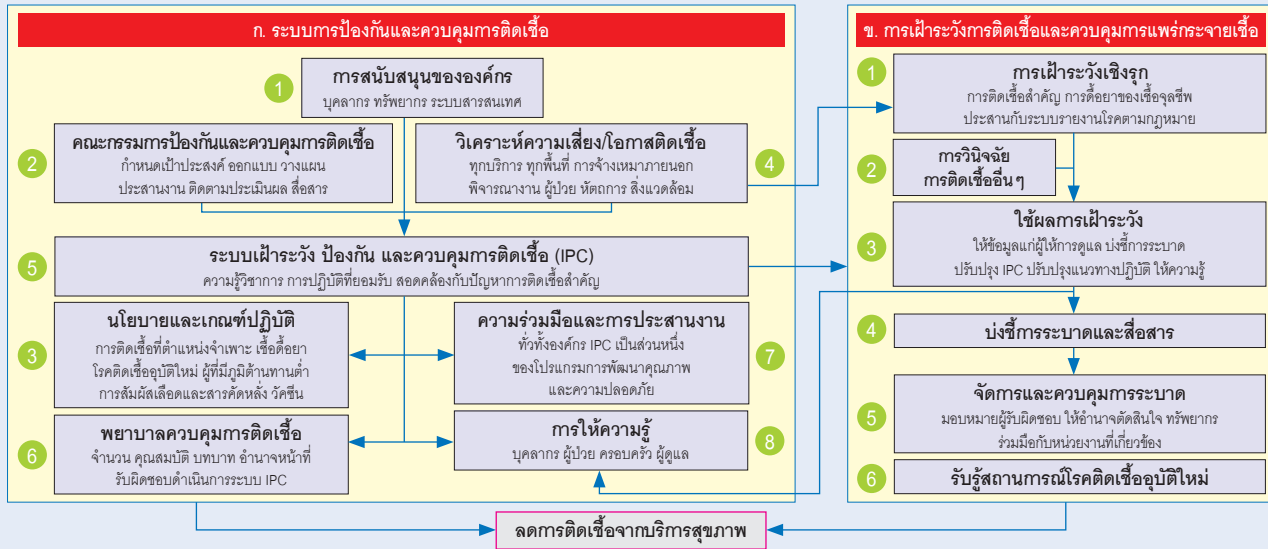
ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment Protection)

- (1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:
 - (i) มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
 - (ii) มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
 - (iii) มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
 - (iv) น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.
- (2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ซ้ำ (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.
- (3) องค์กรมีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:
 - (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 (Infection Prevention and Control)

II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.



II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

- (1) ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ⁷⁶ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.
- (2) องค์กรจัดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่สอดคล้องกับภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น แพทย์⁷⁷ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักระบาดวิทยา และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. โดยให้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้:

⁷⁶ ผู้นำควรสร้างเสริมความสามารถของบุคลากร โดยสนับสนุนให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง ได้รับการอบรมหรือศึกษาด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรดังกล่าวมีความรู้ เข้าใจและสามารถร่วมกันพัฒนาและวางระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

⁷⁷ แพทย์ ควรเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวจากการปฏิบัติ หรือการศึกษาข้อมูลวิชาการ ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมที่จัดขึ้นโดยองค์กรมาตรฐาน และควรมีการฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการ ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
 - (ii) ออกแบบ/กำกับดูแลระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
 - (iii) วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ;
 - (iv) สรุปผลการดำเนินการและสื่อสารกับทุกภาคส่วนในองค์กรเพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.
- (3) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
- (i) การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดชนิดต่างๆ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
 - (ii) มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา⁷⁸ รวมถึงมีมาตรการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามแนวทางในข้อ II-6.1 ก(5);
 - (iii) มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุน้ำ;
 - (iv) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;

⁷⁸ องค์กรประกอบหลักของการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามอัตราการพบเชื้อดื้อยา การแยกผู้ป่วยตามกลไกการแพร่กระจายเชื้อรวมทั้งการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และระบบบริหารจัดการแบบสหสาขาวิชาชีพ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (v) การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบอบได้ง่าย);
- (vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์การวิชาชีพ.
- (4) องค์การวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย หัตถการ และสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานข้างเคียงภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.
- (5) องค์การออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ บริการ และกลุ่มเป้าหมายทั้งในผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร บนพื้นฐานของความรู้วิชาการและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.
- (6) องค์กรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse: ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควร มีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษา เมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล⁷⁹.

⁷⁹ นอกจาก ICN แล้ว องค์กรควรพิจารณาให้มี infection control practitioner ซึ่งเป็นแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์ ที่เข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมกับ ICN

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (7) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีภายในทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว.
- (8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยองค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นวัฒนธรรม.

ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Surveillance and Control)

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการติดยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการป้องกันการระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.
- (6) องค์กรมีวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอกและชุมชน และมีการสื่อสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์.

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (General Infection Prevention Practices)

(1) มีการจัดทำระเบียบ/แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

- (i) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และสิ่งแวดล้อม (isolation precautions) ซึ่งประกอบด้วย standard precautions และ transmission-based precautions⁸⁰;
- (ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้

⁸⁰ **Standard precautions** หมายถึง ชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ อาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเมื่อคาดว่าจะมีการสัมผัสแหล่งโรค การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มดตำ สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วน **transmission-based precautions** แบ่งออกเป็น contact, droplet, vector และ airborne transmission

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวแต่มีราคาแพง หรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)⁸¹.
- (2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:
- (i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
 - (ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมและระบบสาธารณสุขโรคโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม⁸² และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
 - (iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;

⁸¹ การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำอาจทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

⁸² การควบคุมสภาพแวดล้อม เช่น ห้องแยกระบบความดันอากาศเป็นบวก ห้องแยกผู้ป่วยโรคที่แพร่เชื้อทางอากาศ biological safety cabinet การจัดการบรรยากาศและปรับอากาศ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (iv) องค์กรแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.
- (v) การทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ.
- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:
- ห้องผ่าตัด;
 - ห้องคลอด;
 - หอผู้ป่วยวิกฤติ;
 - หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด;
 - หน่วยบริการฉุกเฉิน;
 - หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;
 - ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย;
 - หน่วยงานทันตกรรม;
 - หน่วยไตเทียม;
 - หน่วยงานเตรียมยา;
 - หน่วยจ่ายกลาง;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- โรงครัว;
- หน่วยกายภาพบำบัด;
- หน่วย X-RAY.

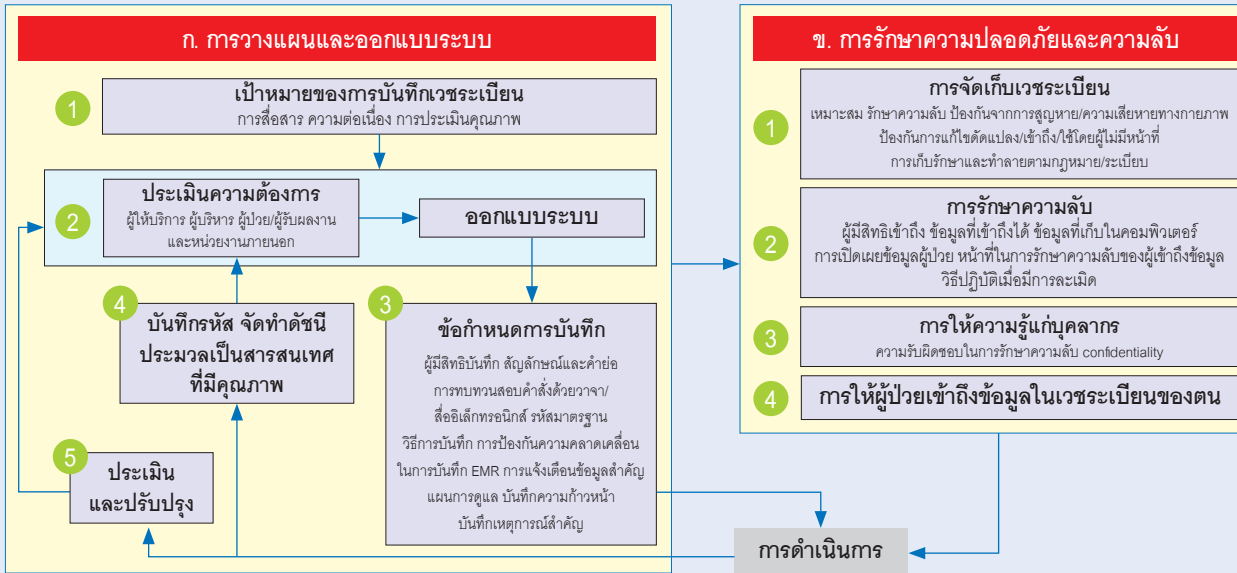
ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (Specific Infection Prevention Practices)

- (1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนด.
- (2) มีการดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ.
- (3) มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดื้อยาตามองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการควบคุมเชื้อดื้อยาที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา เช่น เชื้อดื้อยาที่พบบ่อย มีอัตราตายสูง.
- (4) มีแผนปฏิบัติการและมีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ.
- (5) มีการดำเนินการตามแนวทาง/ขั้นตอนในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสแผลเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วยหรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. มีการจัดให้บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็นตามความเหมาะสม บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากบุคลากรผู้ติดเชื้อ.

II-5 ระบบเวชระเบียน (Medical Record System)

II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Medication Record Management System)

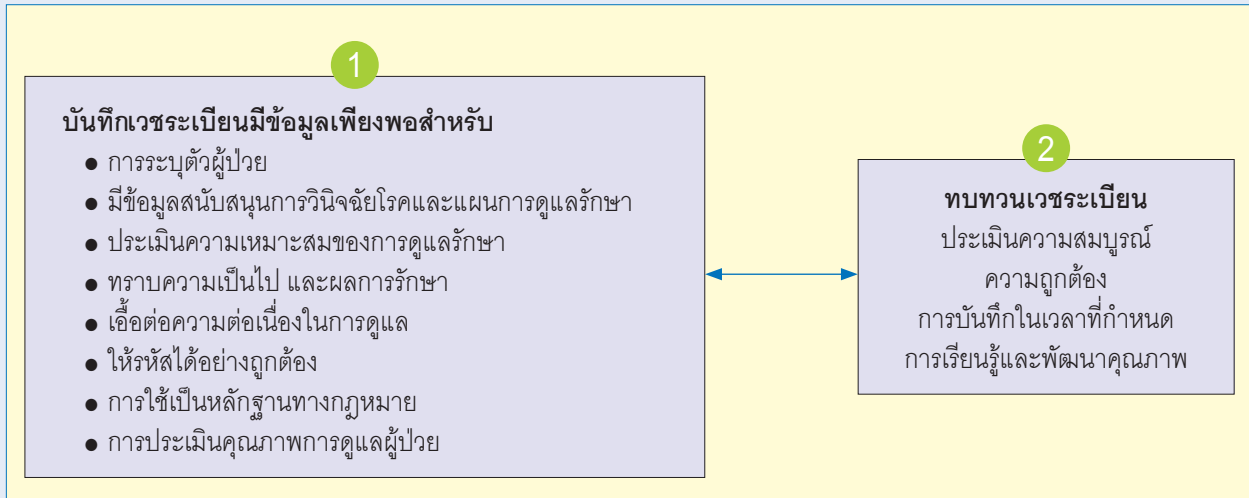
องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.



II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน⁸³ (Medication Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ (Planning and Design)

- (1) องค์กรกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุม การสื่อสาร การใช้งาน ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก.

⁸³ **เวชระเบียน** หมายถึง บันทึกทางการแพทย์ทุกประเภท ที่ใช้บันทึกและเก็บรวบรวมเรื่องราวประวัติของผู้ป่วย เอกสารการยินยอมให้ทำการรักษาพยาบาล ข้อมูลบ่งชี้เฉพาะของบุคคล การรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ผลการชันสูตรบาดแผล หรือผลการชันสูตรพลิกศพ ผลการบันทึก รูปภาพหรือเครื่องหมายอื่นใด จากอุปกรณ์เครื่องมือในสถานพยาบาล หรือเอกสารการบันทึกการกระทำใดๆ ที่เป็นการสั่งการรักษา การปรึกษาเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยไปทำการรักษาที่อื่น การรับผู้ป่วยรักษาต่อ การกระทำตามคำสั่งของผู้มีอำนาจในการรักษาพยาบาลตามที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ เอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบเพื่อการตัดสินใจทางการแพทย์ เพื่อการประสานงานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเอกสารอื่นใดที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ว่าเป็นเอกสารทางเวชระเบียน นอกจากนี้ยังรวมถึงเอกสารทางการแพทย์ที่อยู่ในรูปแบบสื่อดิจิทัล หรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ซึ่งเป็นรูปแบบของเวชระเบียนที่มีการพัฒนาขึ้นในปัจจุบัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย **ครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์⁸⁴** (Electronic Medical Record). การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:
- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;
 - (ii) การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
 - (iii) การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;
 - (iv) การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน;
 - (v) การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนามที่ชัดเจน;
 - (vi) กรณีเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ควรมีการออกแบบการบันทึกเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลซึ่งครอบคลุมข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ข้อมูลรูปภาพ ออกแบบการสอบทาน และการลงนามทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสื่อสารทำความเข้าใจตรงกันในองค์กร;
 - (vii) การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
 - (viii) บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย และมีแผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน;

⁸⁴ **เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์** หมายถึง เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งแฟ้มที่ถูกบันทึกข้อมูลบริการ ข้อมูลทางการแพทย์ และข้อมูลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน โดยพื้นฐานแพลตฟอร์มของโรงพยาบาลหรือจัดเก็บเวชระเบียนด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (ix) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น⁸⁵.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกทึบและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ (Security and Confidentiality)

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

⁸⁵ การบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเวชระเบียน เป็นประโยชน์สำหรับผู้ดูแลและทีมผู้ให้การรักษา ในการติดตาม เฝ้าระวัง และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:
 - (i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
 - (ii) การระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้;
 - (iii) มาตรการในการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
 - (iv) การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย;
 - (v) หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล;
 - (vi) วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด.
- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอเปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนหรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายได้ โดยมีการทำความเข้าใจในเนื้อหาและข้อจำกัดของสิ่งที่บันทึกอย่างถูกต้องเหมาะสม.

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(1) บันทึกวเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:

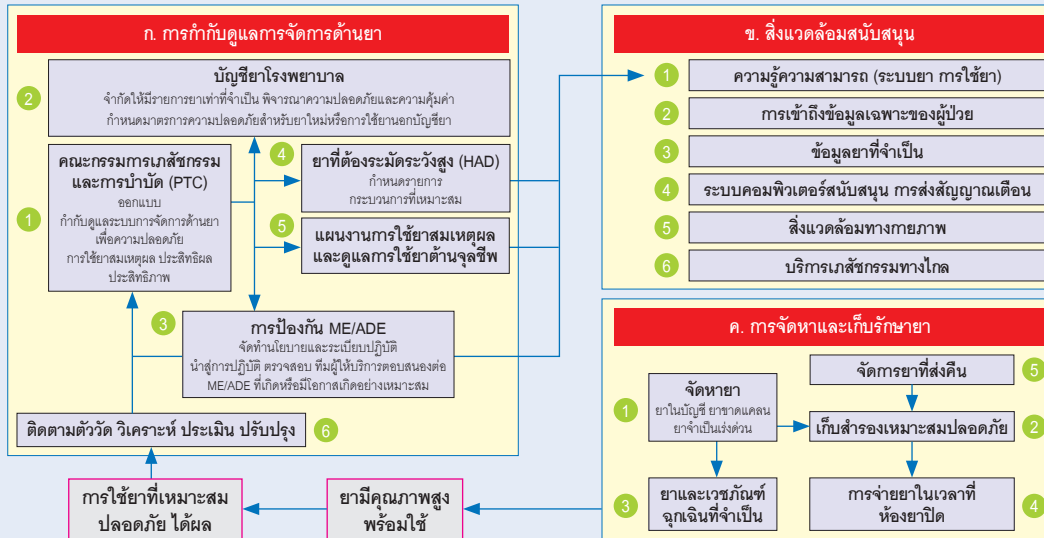
- (i) สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุตัวผู้ป่วย;
- (ii) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- (iii) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
- (iv) ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- (v) เชื่อมต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
- (vi) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
- (vii) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- (viii)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

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด และการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการ.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (Medication Management System)

II-6.1 การกำกับดูแลด้านยาและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

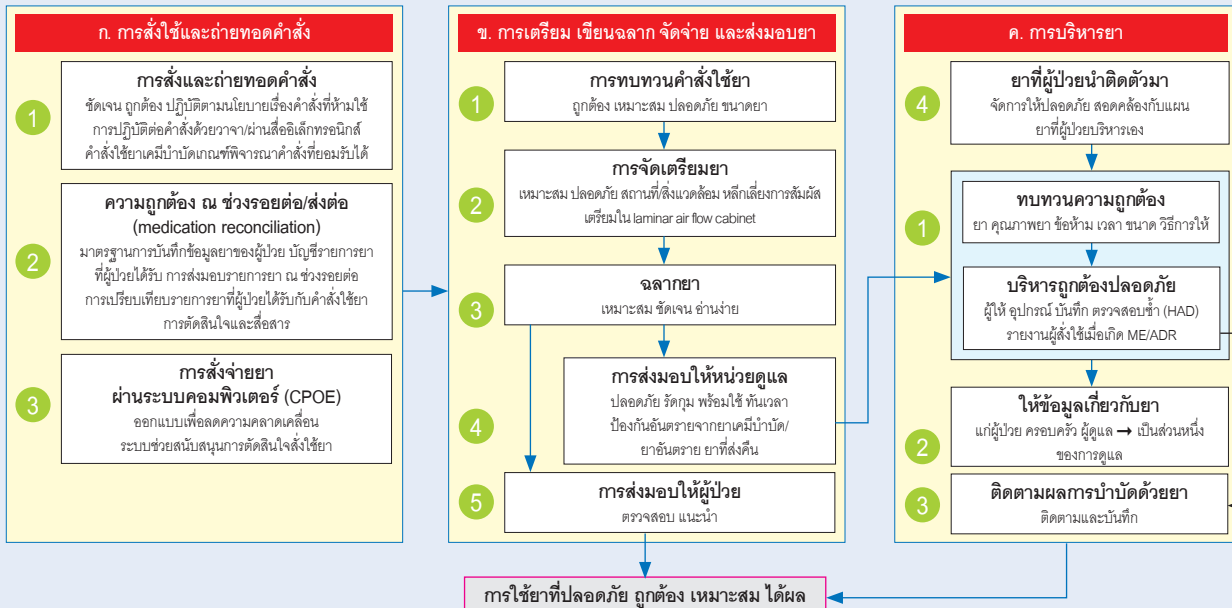
องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้อำนาจใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.



II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียา⁸⁶ ที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (Medication Management Oversight)

(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee-PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยา⁸⁷ ครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล⁸⁸ (telepharmacy) ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการใช้ยาอย่าง

⁸⁶ ยา นิยามตามพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2562 หมายถึง วัตถุที่รับรองไว้ในตำรายาที่รัฐมนตรีประกาศ (ซึ่งครอบคลุม ตำรายาแผนปัจจุบัน เช่น ตำรายาของประเทศไทย ตำรายามาตรฐานสมุนไพรไทย และตำรายาแผนโบราณ) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์ วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์ หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป หรือ วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้าง หรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายมนุษย์หรือสัตว์

⁸⁷ กำกับดูแลยาทุกชนิดในโรงพยาบาล ทั้งสารที่บ่งชี้หรือสารที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ในห้อยผ้าตัด วัคซีน รวมถึงสมุนไพรและยาแผนไทย ที่มีใช้ในโรงพยาบาล โดยอาจแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญด้านยาแต่ละประเภทเข้าเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการภายใต้ PTC และมีการติดตามผลการใช้ยาดังกล่าวในระบบของโรงพยาบาล เช่น การแพ้ยา ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นต้น

⁸⁸ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) หมายถึง การบริบาลทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) และการให้บริการที่เกี่ยวข้องเนื่องแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน โดยผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับผลงานได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสาร (telecommunication) รวมทั้งการส่งมอบยาถึงบ้านผู้ป่วย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

สมเหตุผล⁸⁹ มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.

- (2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น⁹⁰. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง⁹¹ และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น⁹².
- (3) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา⁹³ แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น

⁸⁹ **การใช้ยาอย่างสมเหตุผล** หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม ในทางปฏิบัติสามารถอ้างอิงตามแนวทางคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพิ่มเติม

⁹⁰ **การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น** ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือก ซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

⁹¹ **มาตรการความปลอดภัย** เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

⁹² **กรณีจำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา** มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยงและความสามารถในการติดตามผล

⁹³ **นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา** เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

หรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

- (4) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดกำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง⁹⁴ และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ลังใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียมจ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.
- (5) องค์กรสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นและมีนโยบายที่เอื้ออำนวยให้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดสามารถติดตามกำกับ การดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และแผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการให้มีการใช้อย่างเหมาะสม⁹⁵.
- (6) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีการวิเคราะห์ ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

⁹⁴ ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication) หมายถึง ยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

⁹⁵ เช่น การให้ยาด้านจุลชีพเฉพาะเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ หรือใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำมาตรฐาน การไม่ให้ยาด้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เป็นต้น รวมทั้งมีการวัดผลการปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารผลการปฏิบัติงานสู่ผู้เกี่ยวข้องสม่ำเสมอ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Supportive Environment)

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพ⁹⁶ได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา⁹⁷ การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป⁹⁸ การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น⁹⁹.
- (3) องค์กรมีข้อมูลยาที่จำเป็น¹⁰⁰ ในรูปแบบที่ใช้งานง่าย ในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา **โดยมีการเตือนอย่างเหมาะสม** สำหรับอันตรายที่ร้ายแรงระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.
- (5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย บริหารยา **และผลิดยา** กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีภาระรบกวน.

⁹⁶ ผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

⁹⁷ ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

⁹⁸ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

⁹⁹ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

¹⁰⁰ เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (6) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดมีกำหนดแนวทางปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ¹⁰¹

ค. การจัดหาและเก็บรักษายา (Medication Procurement and Storage)

- (1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน¹⁰² และยาที่จำเป็นเร่งด่วน¹⁰³.
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว¹⁰⁴ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีระบบการเก็บยา การแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย Look Alike Sound Alike Drugs (LASA)

¹⁰¹ ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

¹⁰² การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

¹⁰³ การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรั่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

¹⁰⁴ การสร้างความมั่นใจว่ายามีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด ก๊าซและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

- (3) องค์กรจัดให้มียาและ/หรือเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม¹⁰⁵ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) องค์กรมีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ต้องการยาปิด.
- (5) องค์กรจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

¹⁰⁵ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

II-6.2 การปฏิบัติการใช้ยา (Medication Use Practices)

การใช้ยามีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอคำสั่ง (Ordering and Transcribing)

- (1) ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:
 - (i) “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้¹⁰⁶;
 - (ii) การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ คำสั่งด้วยวาจา และคำสั่งผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;
 - (iii) คำสั่งใช้ยาที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า (pre-printed order) และจัดทำข้อปฏิบัติ (protocol) สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
 - (iv) เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.
- (2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

¹⁰⁶ “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้ เช่น ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล เช่น สั่งยาเป็น cc. เพราะอาจจะมองเป็นเลขศูนย์ได้ เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (i) พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;
 - (ii) ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ¹⁰⁷ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
 - (iii) ส่งมอบรายการยาล่าสุดของผู้ป่วยที่ใช้ในรพ. ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานที่บ้านให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป¹⁰⁸
 - (iv) เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น ลังช้า ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - (v) มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized Physician Ordering Entry system: CPOE) ระบบดังกล่าวมีการออกแบบเพื่อลดข้อผิดพลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา และมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา.

¹⁰⁷ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา วันเวลาที่ใช้ยาครั้งสุดท้าย (last dose taken)

¹⁰⁸ เช่น การส่งมอบรายการยาล่าสุด เพื่อรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยในมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา (Preparing, Labelling, Dispensing, and Delivery)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยาครั้งแรกของยาแต่ละขนาน หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน. มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง และผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด. เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่จำเป็นจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม รวมทั้งเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมในตู้ปลอดเชื้อที่ควบคุมการไหลของม่านอากาศเป็นทิศทางเดียว (laminar air flow cabinet).
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท.¹⁰⁹ มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีการส่งมอบยาให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัดและยาอันตรายอื่นๆ มีการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ทำความสะอาดยาหรือสารอันตรายหกกระเด็น (hazardous

¹⁰⁹ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

drug spill kit) ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.

- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับการมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาที่เหมาะสม¹¹⁰ โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ครอบคลุมการพิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่งยาในรูปแบบอื่นๆตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง.

ค. การบริหารยา (Administration)

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ¹¹¹ ก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง

¹¹⁰ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความปลอดภัย ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้นั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น

¹¹¹ การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ หมายถึง การตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม โดยผู้ตรวจสอบคนละคน ที่เป็นอิสระต่อกัน หากกรณีมีข้อจำกัดมีบุคลากรสำหรับการตรวจสอบเพียงคนเดียว ต้องทำการ double check โดยการดูซ้ำอีกครั้ง และเป็นการใช้ cognitive review ไม่ใช่เพียงทำตามขั้นตอน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

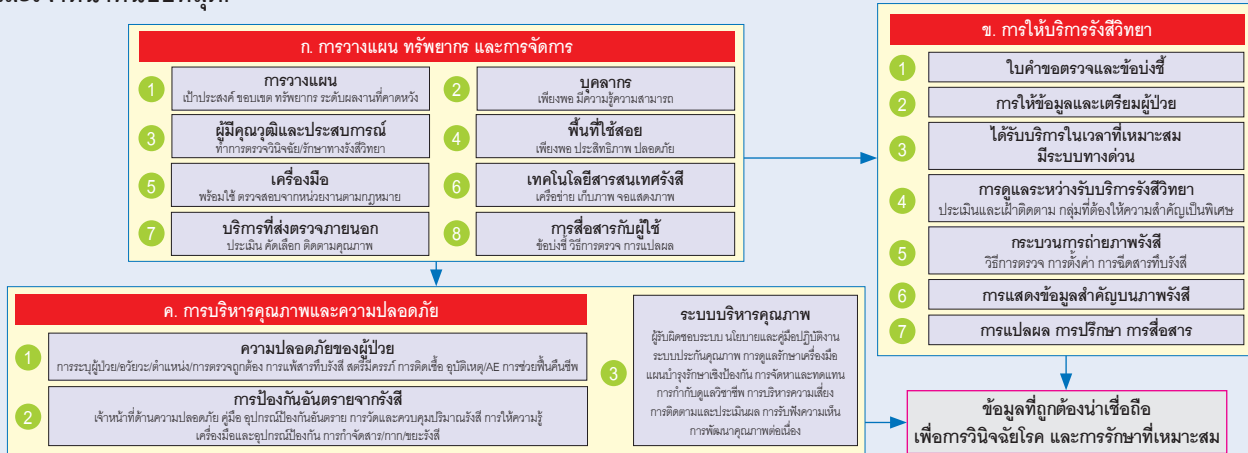
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้พิจารณาตามความเหมาะสมอาจรวมถึงชื่อยาเป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และสิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค¹¹² และบริการที่เกี่ยวข้อง (Diagnostic Investigation and Related Services)

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology/Medical Imaging Services)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

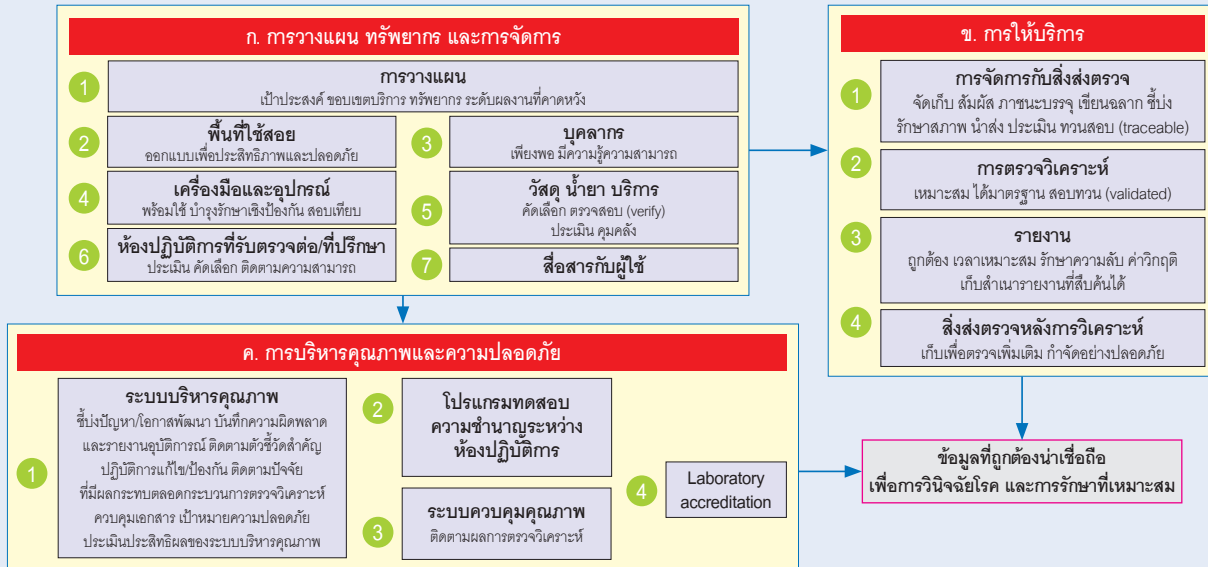


¹¹² บริการตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค; บริการตรวจทางรังสีวิทยา/medical imaging; บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory/Clinical Pathology Service)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

- 1 ปฏิบัติตามมาตรฐานที่จัดทำโดยองค์การวิชาชีพ มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

- 1 ปฏิบัติตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดย ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ แห่งประเทศไทย มีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ (Other Diagnostic Investigation)

- 1 การจัดการผู้ป่วย
ประเมินก่อนตรวจ เตรียมผู้ป่วย ให้ข้อมูล ขอความยินยอมในบริการที่เสี่ยงสูง
- 2 แปลผลโดยผู้มีคุณวุฒิ
การบันทึก การสื่อสาร

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology/Medical Imaging Services)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resource and Management)

- (1) องค์กรวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ¹¹³ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) องค์กรมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง.
- (3) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีความรู้และมีประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์ และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

¹¹³ ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย¹¹⁴.
- (5) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการ ให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด¹¹⁵.
- (6) องค์กรจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ¹¹⁶.
- (7) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.
- (8) ผู้ให้บริการมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

¹¹⁴ **พื้นที่ใช้สอย** ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้: การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

¹¹⁵ เช่น การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ใบอนุญาตผลิต มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

¹¹⁶ **เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา** ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล (3) จอแสดงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การให้บริการรังสีวิทยา (Radiology Service Provision)

- (1) ผู้ป่วยมีใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ. คำขอส่งตรวจระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์การวิชาชีพ. การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.
- (2) ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย. มีระบบทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะที่ได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา การแพ้สารรังสีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และตรวจดูค่าการทำงาน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.

- (6) ผู้ให้บริการมีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี¹¹⁷. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน Picture Archiving and Communication System (PACS) และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.
- (7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการศึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ผู้ส่งตรวจ ในกรณีที่เกิดการวินิจฉัยผิดพลาด มีอาคารรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

- (1) ผู้ให้บริการมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ขณะให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ, การแพ้สารทึบรังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์, การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.

¹¹⁷ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล ทำที่ถ่าย มีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายหรือขวา ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ exposure factor.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) ผู้ให้บริการมีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี¹¹⁸, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น¹¹⁹, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีระบบบริหารคุณภาพ ประกอบด้วย: ผู้รับผิดชอบระบบ, เอกสารนโยบายและคู่มือการปฏิบัติงาน, ระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์, การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานพร้อมทั้งบันทึกประวัติ, แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดการและทดแทนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์, ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ, การบริหารความเสี่ยง (ดู II-1.2), การติดตามและประเมินผลระบบงาน, การรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและผู้ร่วมงาน, แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

¹¹⁸ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

¹¹⁹ เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory/Clinical Pathology Service)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resources, and Management)

- (1) องค์กรวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง¹²⁰.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกส่วนปฏิบัติการ รุกรการและสถานที่จัดเก็บตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจทดสอบ¹²¹.
- (3) ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

¹²⁰ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn-around time

¹²¹ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจทดสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย¹²² โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการพิจารณาผลการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) องค์กรคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการอย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.
- (7) องค์กรสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ มีการแลกเปลี่ยนความเห็นหรือข้อมูลอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การประชุม การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

¹²² สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้ง การกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การให้บริการ (Service Provision)

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี ได้แก่ การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การขึ้นบ่ง การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.
- (2) องค์กรมีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการสอบทวน (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verify) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) ผู้ให้บริการส่งมอบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้.
- (4) องค์กรจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

- (1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:
 - (i) การชี้บ่งปัญหา/โอกาสพัฒนา;
 - (ii) บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
 - (iii) การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
 - (iv) การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
 - (v) การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ (pre-analytical and post-analytical);
 - (vi) การควบคุมเอกสาร;
 - (vii) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร;
 - (viii) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ.
- (2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing-PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สมาคมนิติการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย¹²³.

¹²³ ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทยมีการประเมินและรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลินิก พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา นิติเวชศาสตร์ นิติเวชคลินิก และธนาคารเลือด/บริการโลหิต

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

- (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก ที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

- (1) องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการรักษา มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

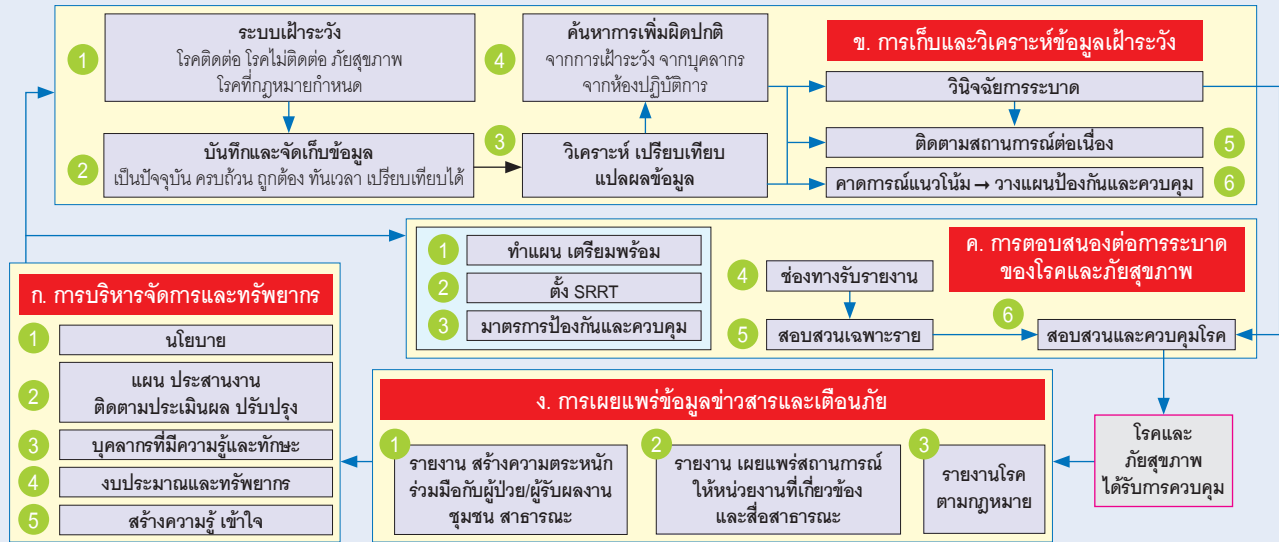
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ บันทึกสรุปลักษณะที่พบ¹²⁴ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

¹²⁴ **สรุปลักษณะที่พบ** ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.



II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร (Management and Resources)

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร¹²⁵ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) องค์กรมีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) องค์กรสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

¹²⁵ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร และ II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง (Data Collection and Analysis for Surveillance)

- (1) องค์กรมีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) ทีมผู้ให้บริการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา และเปรียบเทียบข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (3) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.
- (4) ทีมผู้ให้บริการค้นหาและตรวจจับการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค¹²⁶ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) องค์กรติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) องค์กรคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

¹²⁶ การระบาด แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ (1) Epidemic หมายถึง การเกิดโรคมกผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ (mean +/- 2 S.D.) มักเกิดกับโรคที่พบบ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด (2) Outbreak หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (common activity) มักเกิดกับโรคที่พบประปราย แต่จำนวนไม่มาก (sporadic disease) เช่น การระบาดของอาหารเป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้ว และกลับมาเป็นอีก ถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็นการระบาด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ¹²⁷

(Response to an Epidemic of Diseases and Health Hazards)

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

¹²⁷ **ภัยสุขภาพ** หมายถึง สภาวะ สิ่งแวดล้อม พิษ ลัทธิ สารเคมี/สารอื่นๆที่สถานะของเหลว ของแข็ง ก๊าซ หรือเป็นองค์ประกอบร่วมกัน ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ สุขภาวะ หรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สูญเสีย ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ต่อบุคคลใดๆ เช่น การบริโภค ยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การจมน้ำ และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยจากภาคอุตสาหกรรม/เกษตรกรรม ภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย (Information Dissemination and Alert)

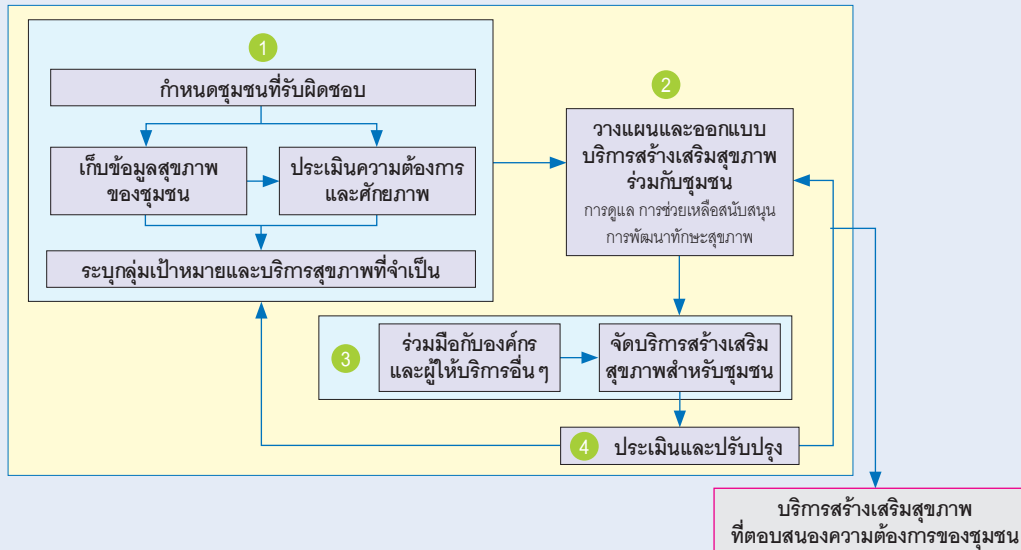
- (1) องค์กรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพเพื่อสื่อสารข้อมูล สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานชุมชน และสังคม.
- (2) องค์กรจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรรายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9 การทำงานกับชุมชน (Working with Communities)

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Communities)

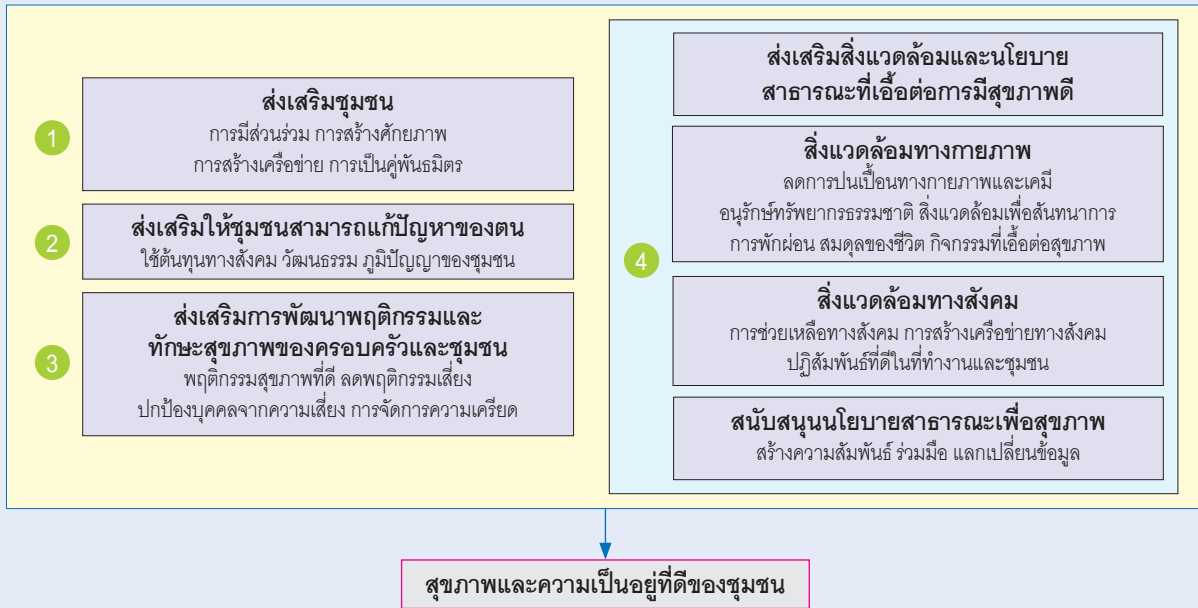
องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.



II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Communities)

องค์กรร่วมกับชุมชน¹²⁸ จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน¹²⁹ และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ¹³⁰ ที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน.
- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

¹²⁸ **ชุมชน** อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความลุ่มพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

¹²⁹ **การประเมินความต้องการของชุมชน** ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

¹³⁰ **บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน** อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร¹³¹ ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญโดยใช้ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล¹³² และครอบครัว.
- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ¹³³ และทางสังคม¹³⁴ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง.

¹³¹ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

¹³² พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การพักผ่อน อาหาร) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

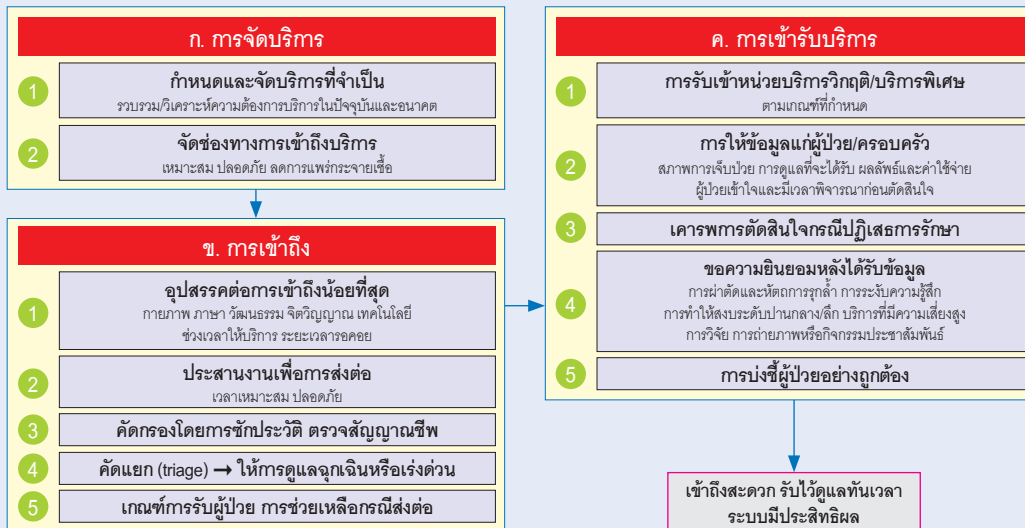
¹³³ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่น, ละอองในอากาศ, สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร, เสียง, การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิต และกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

¹³⁴ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม), การสร้างเครือข่ายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

ก. การจัดบริการ (Service Arrangement)

- (1) ทีมผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาหารวมทั้งเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และชุมชน ในปัจจุบันและอนาคต เพื่อกำหนดและจัดบริการที่จำเป็น.
- (2) องค์กรจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย¹³⁵ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ.

ข. การเข้าถึง (Access)

- (1) ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด.
 - (i) โครงสร้าง อาคาร สถานที่เกี่ยวกับบริการ สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการลดข้อจำกัดทางกายภาพสำหรับการเข้าถึงบริการ¹³⁶;

¹³⁵ ช่องทางการเข้าถึงของผู้ป่วย เช่น การมารับบริการด้วยตนเอง การมาด้วยระบบ EMS การใช้ tele-health หรือ telemedicine การเยี่ยมบ้าน การจัดบริการที่บ้าน เป็นต้น

¹³⁶ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทางลาดสำหรับผู้ยรถเข็น บ้ายอกทางที่ชัดเจน หรือระบบเทคโนโลยีในการนัดหมาย เป็นต้น

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (ii) ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ เทคโนโลยี และอุปสรรคอื่นๆ;
 - (iii) ทีมผู้ให้บริการจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท;
 - (iv) ระยะเวลาารอคอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสอดคล้องกับความจำเป็นของโรคและสภาวะของผู้ป่วย เช่น โรคมะเร็งระยะต่างๆ.
- (2) องค์กรประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา¹³⁷ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) โดยการซักประวัติ ตรวจสอบสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้น เพื่อจำแนกกลุ่มการให้บริการตรวจรักษาในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยบุคลากรที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.
- (5) ผู้ให้บริการมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

¹³⁷ เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจ รพ.สต. หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

ค. การเข้ารับบริการ (Entry)

- (1) การรับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.
 - (i) ข้อมูลที่ให้อย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
 - สภาพการเจ็บป่วย;
 - การดูแลที่จะได้รับ;
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.
 - (ii) องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ สามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอจะตัดสินใจ.
- (3) องค์กรเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา.
- (4) ผู้ให้บริการมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:
 - (i) การทำผ่าตัดและหัตถการรุกราน (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก;
 - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

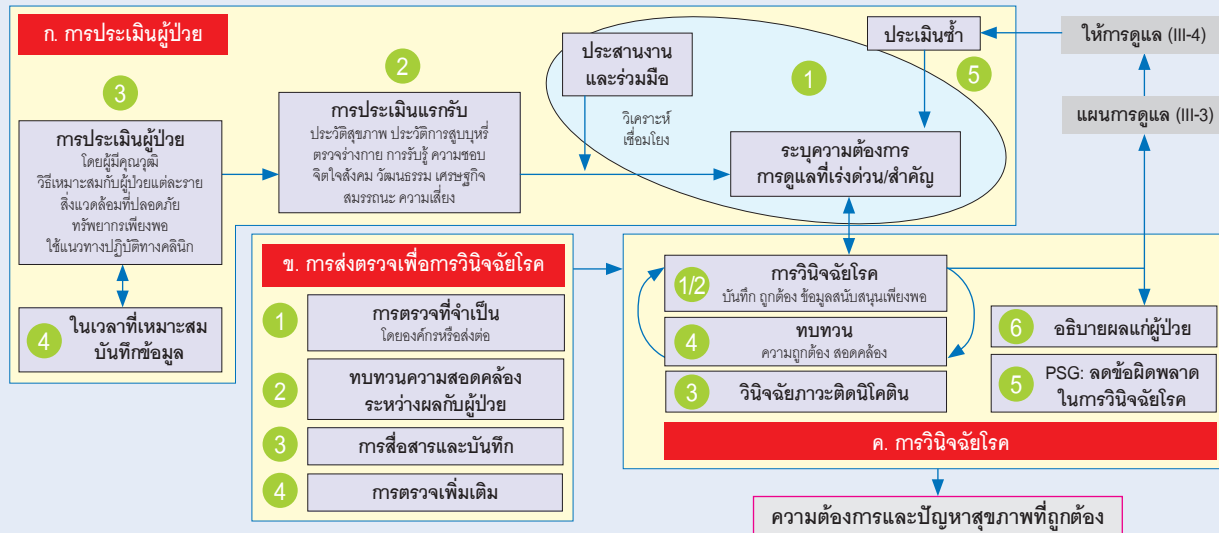
- (iii) การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;
 - (iv) การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขต ที่ให้ความยินยอมไว้.
- (5) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.



III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

- (1) การประเมินผู้ป่วยมีการประสานงานและร่วมมือระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการประเมินผู้ป่วย:
 - (i) ประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านร่วมกันและลดความซ้ำซ้อน;
 - (ii) วิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน;
 - (iii) ระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วน/สำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติสุขภาพ;
 - ประวัติการสูบบุหรี่;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย¹³⁸;

¹³⁸ ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย (preferences of patients) เช่น จะเรียกขานตัวบุคคลว่าอย่างไร, ผลกระทบจากการเรียกขาน ตัวเลือกในการดูแลและวิธีรักษาผู้ป่วย (their care and treatment options), เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมืออาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยือน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ;
 - การประเมินความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน (functional assessment).
 - การประเมินเพื่อระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษา¹³⁹มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม.
- (3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ¹⁴⁰. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนตามข้อกำหนดขององค์กรในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

¹³⁹ ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการด้านยา การพลัดตกหกล้ม โอกาสในการติดเชื้อ โภชนาการ ผลจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น ผลกดทับ และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เป็นต้น

¹⁴⁰ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ควรพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Investigation)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร และได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นตามความเหมาะสม.
- (2) มีการทบทวนความสอดคล้องระหว่างผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคกับสภาวะโรคของผู้ป่วย.
- (3) ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามีอาการจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้องชัดเจน โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นกับผู้ป่วย/ญาติ.

ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลที่เป็นบันทึกเพียงพอสันับสนุนการวินิจฉัย.
- (2) มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.
- (3) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยโรคภาวะติดนิโคติน (nicotine dependence).
- (4) ทีมผู้ให้บริการทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

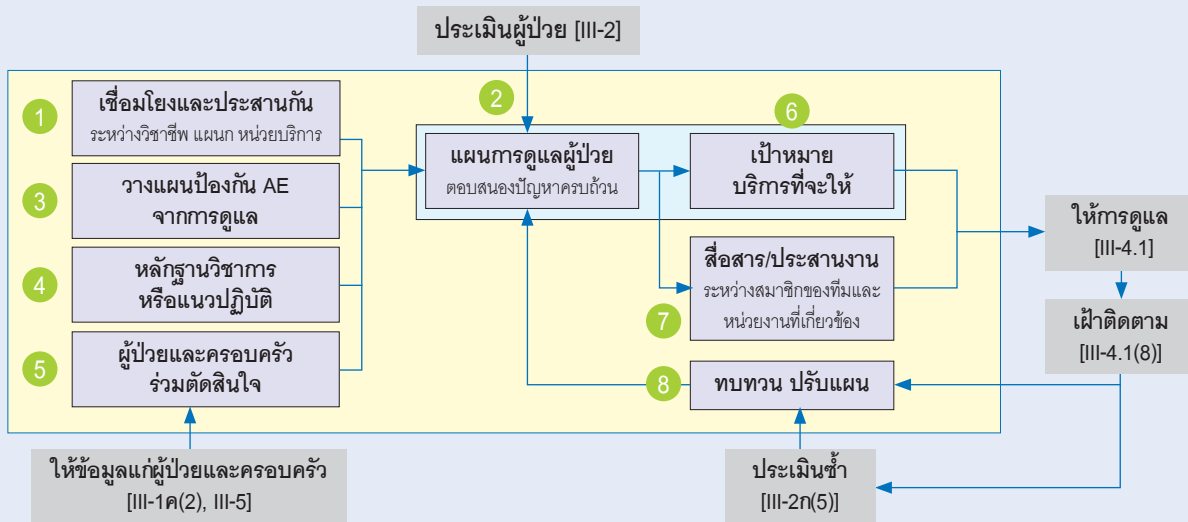
- (5) องค์กรกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้น มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3 การวางแผน (Planning)

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

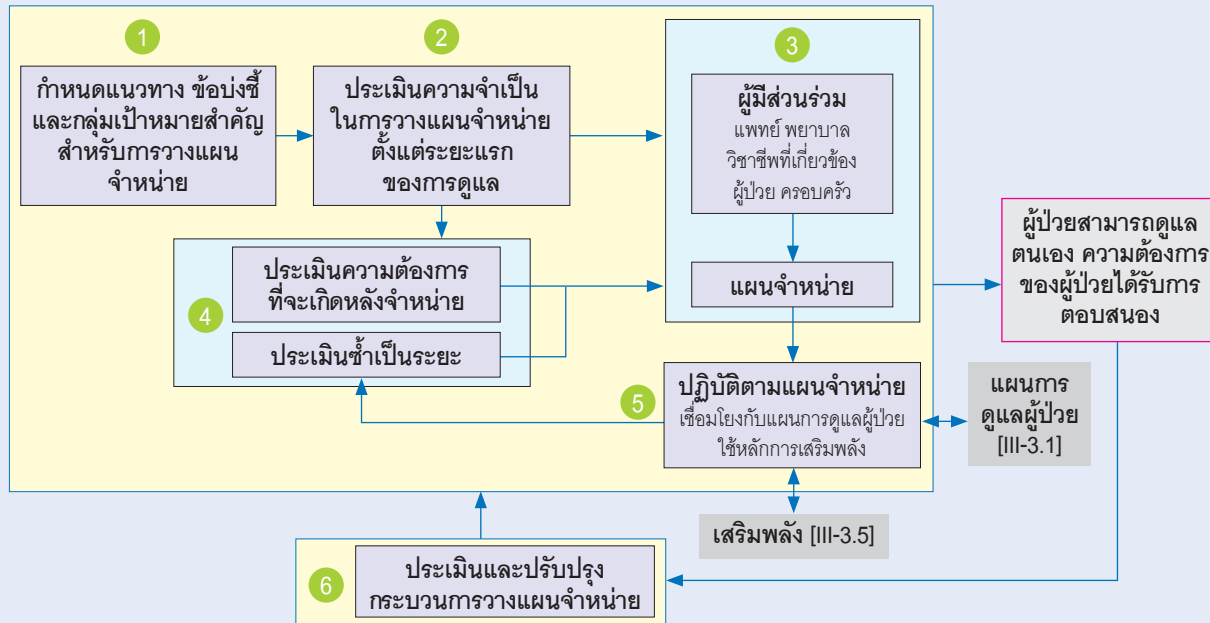
ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการหลังจำหน่ายออกจากองค์กร.



III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์¹⁴¹.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและการตรวจวินิจฉัย¹⁴².
- (3) ทีมผู้ให้บริการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป.
- (4) ทีมผู้ให้บริการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา¹⁴³ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล:

¹⁴¹ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยที่เกิดจากกระบวนการดูแลรักษา ครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านสังคม หรือจิตใจ ซึ่งมุ่งเน้นในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้เชิงระบบ (preventable harms)

¹⁴² รวมถึงวางแผนการเลิกบุหรี่ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การเข้าร่วมโครงการเลิกบุหรี่ หรือการพิจารณาการใช้ยาเลิกบุหรี่ตามความเหมาะสม

¹⁴³ ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยและญาติร่วมแลกเปลี่ยนและรับรู้ข้อมูลทั้งวิธีการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากวิธีการรักษา กับทีมผู้ให้บริการ โดยข้อมูลต่างๆ ควรมีความพร้อมในหลายภาษาและรูปแบบเพื่อความเข้าใจและเกิดประโยชน์ในการรับรู้และร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (i) วิธีการ/ทางเลือกในการดูแลและรักษา¹⁴⁴หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ
 - (ii) การพิจารณาความเชื่อและความชอบส่วนบุคคล
 - (iii) การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วย
- (6) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ซึ่งครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และบริการที่จะให้.
- (7) ทีมผู้ให้บริการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างได้ผล เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติได้ในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (8) ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

¹⁴⁴ ทางเลือกการรักษาครอบคลุมทั้งรูปแบบ/วิธีการรักษาเพื่อการดูแลรักษาและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กับสภาพปัญหา ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.

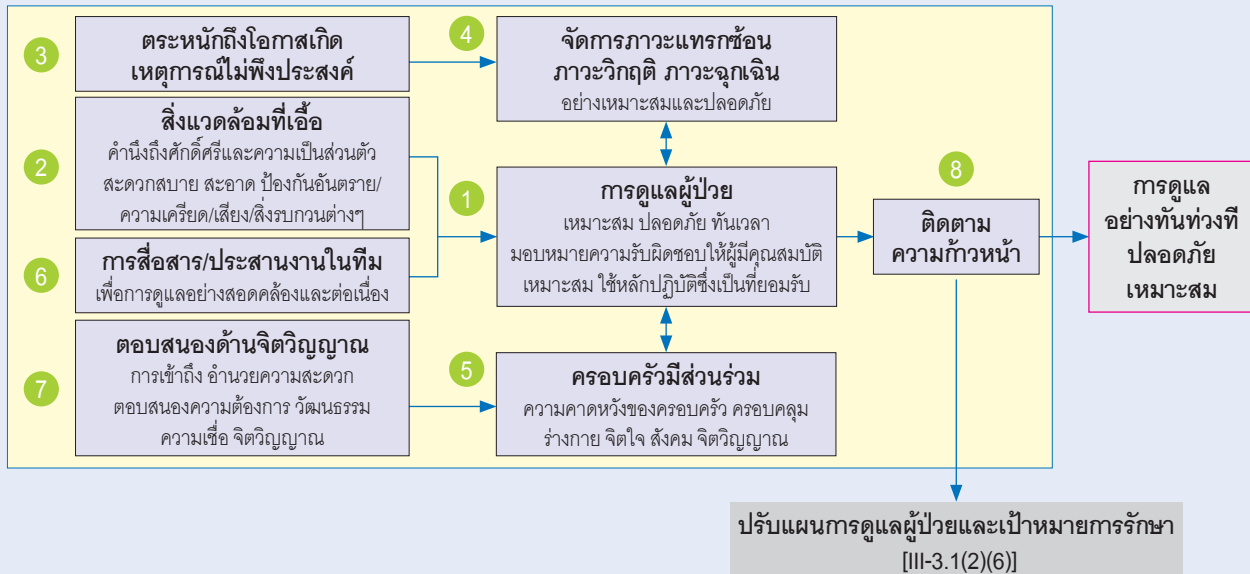
- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะแรกของการดูแลรักษา.
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย¹⁴⁵.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

¹⁴⁵ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมวางแผนจำหน่ายของทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน.

III-4 การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery)

III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

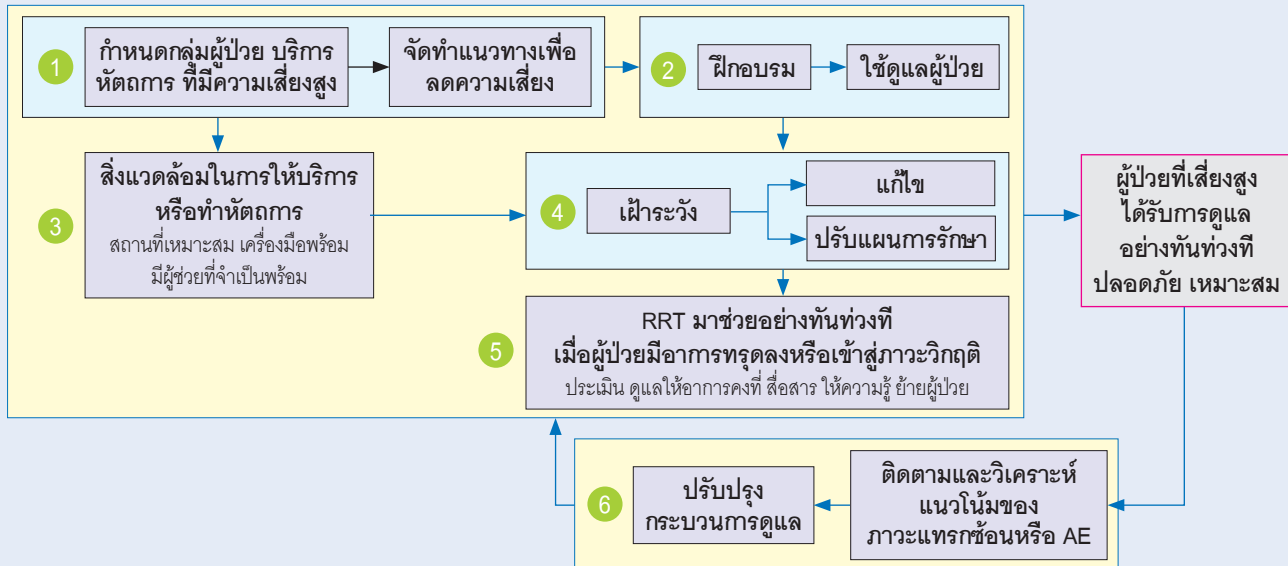
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

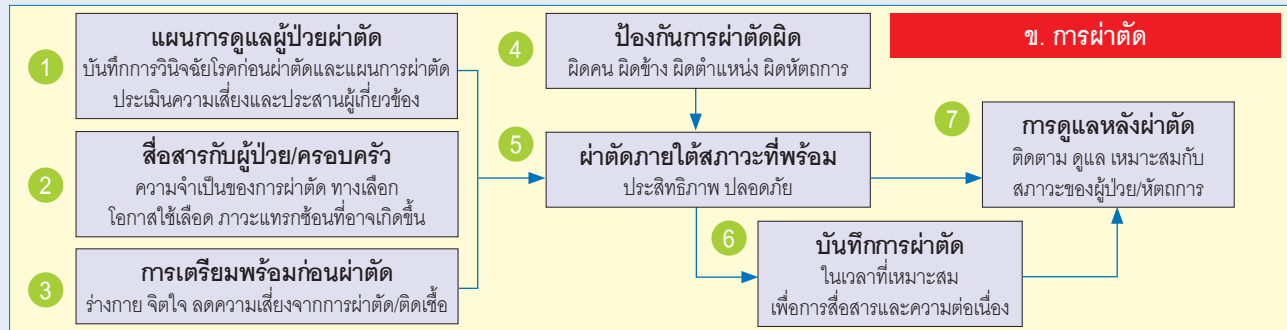
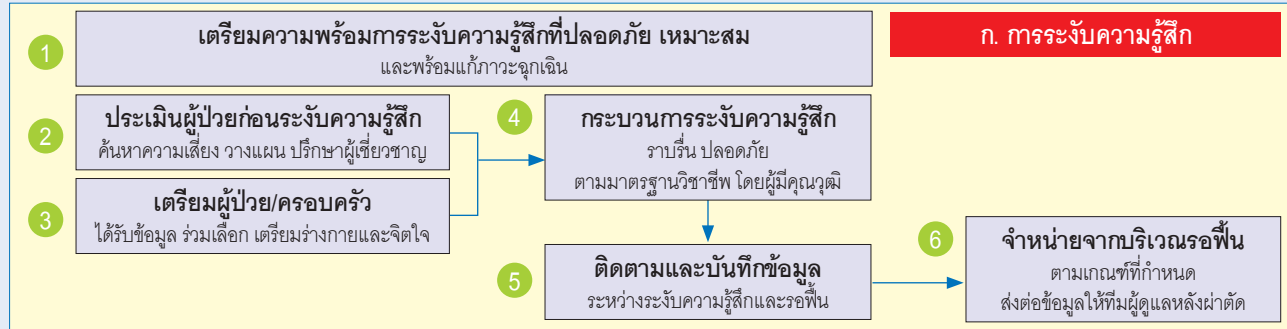
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

1

อาหารที่เหมาะสม

คุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ ระบบบริการอาหารที่ดี
วิเคราะห์และป้องกันความเสี่ยง

2

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ

ประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด ดูแลตามแผน

3

ให้ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ โภชนาบำบัด

เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหาร

4

การผลิตอาหาร จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการกับภาชนะ/ อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร

ปลอดภัย หลักปฏิบัติที่ยอมรับ ลดความเสี่ยง

1

ตระหนักในความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะ

2

ประเมิน/ประเมินซ้ำ

อาการ การตอบสนองต่อการบำบัด
ความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ

3

แผนการดูแล

7

ระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย

4

ประสานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ระหว่างสมาชิกทีม กับการดูแลที่บ้าน/ชุมชน

5

จัดทำ/สื่อสาร แผนดูแลล่วงหน้า และหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต

6

การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต

บรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการ
ด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ
ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจ

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

จ. การจัดการความปวด

1

การคัดกรองและประเมินความปวด
ความรุนแรงและลักษณะของความปวด

2

การจัดการความปวด
multi-modalities, เพื่อระงับการตอบสนองและ AE,
ประเมินซ้ำและปรับการรักษา

3

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
โอกาสเกิดความปวด ทางเลือก ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง ความร่วมมือที่คาดหวัง

4

ดูแลโดยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ

5

ให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแล

ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ

1

ประเมิน → วางแผนฟื้นฟูที่ครอบคลุม
ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
องค์รวม: ร่างกาย กิจกรรม สิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล

2

บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ
มีคุณภาพปลอดภัย ตามปัญหาของผู้ป่วยหลักฐานวิชาการ
วัดผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

3

สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว
ให้ข้อมูลเพียงพอเพื่อการตัดสินใจ ทักษะเพื่อการดูแลตนเอง

4

ให้บริการโดยบุคลากรที่มีความรู้/ทักษะ/ความเชี่ยวชาญ
ตามมาตรฐาน/กฎระเบียบ/ข้อบังคับ

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1

เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน
ในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล

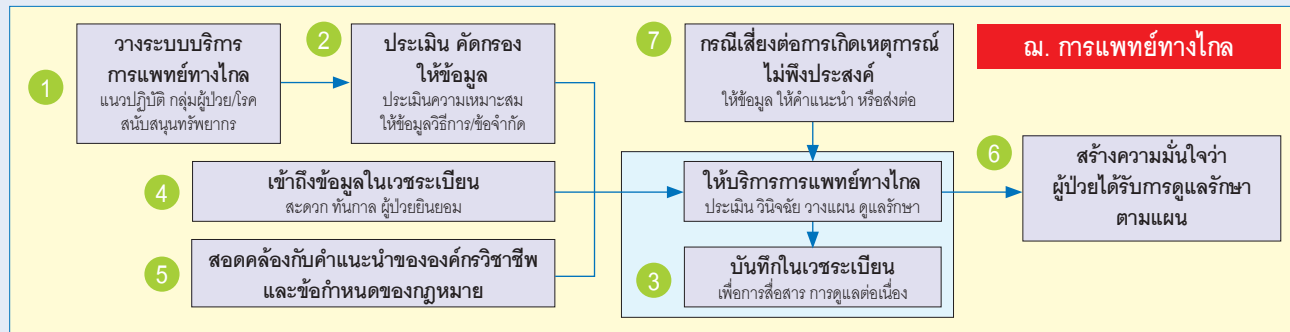
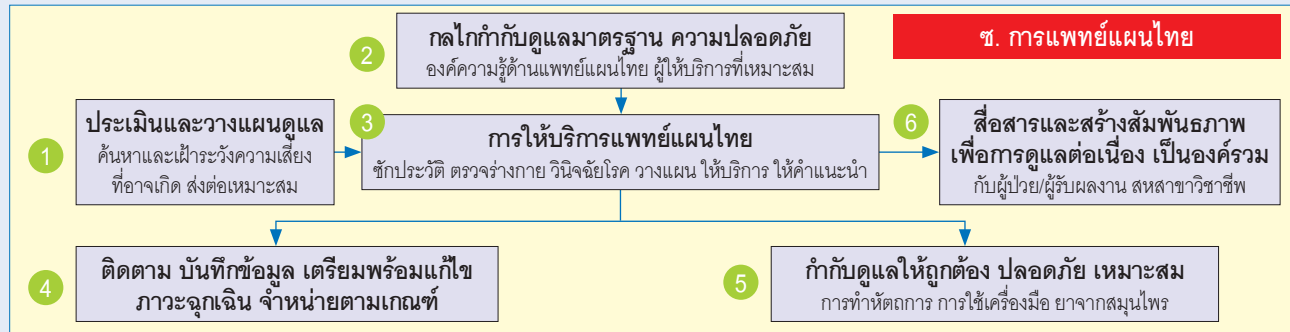
2

บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษา
โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ครต.)
กำกับดูแลกรณีดำเนินการโดยวิชาชีพภายนอก
monitor & supervise if outsourced

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

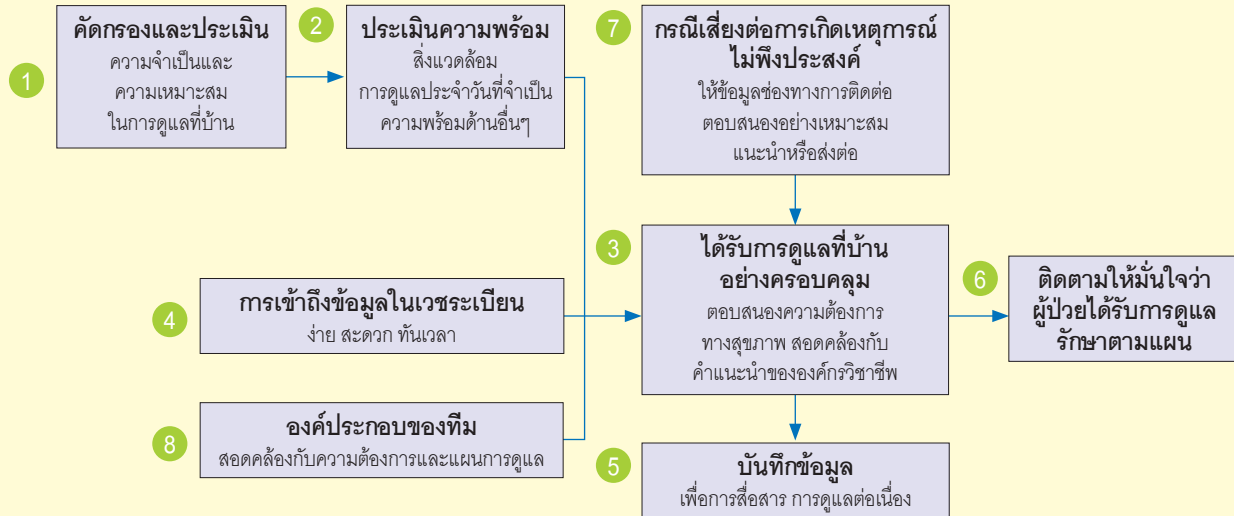


ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน



III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) องค์กรมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (5) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.
- (6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความสอดคล้องและความต่อเนื่องในการดูแล.
- (7) ทีมผู้ให้บริการจัดช่องทางการเข้าถึง อำนวยความสะดวก และจัดบริการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ บริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย.
- (8) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง.

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

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย¹⁴⁶ การดูแลรักษา/บริการ¹⁴⁷ และหัตถการ¹⁴⁸ ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว¹⁴⁹.

¹⁴⁶ **กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง** เช่น เด็กอายุน้อย (0-5 ปี) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ลึบสนหรือไม่รู้สติตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

¹⁴⁷ **การดูแล/บริการที่มีความเสี่ยงสูง** เช่น บริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยงหรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation) หรือทีมผู้ดูแลที่หลากหลายและประสบการณ์ต่างกัน เช่น การร่วมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์หลายคน หรือการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์/นักศึกษาสายวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น รวมถึง การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้รังสีชนิดก่อกอไอออน ไอโซโทปกัมมันตรังสี และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์ (cytotoxic drugs) และการใช้ยาที่ควบคุม การวิจัย และการทดลองทางคลินิก เครื่องมือหรืออุปกรณ์จีไฟฟ้า การใช้เลเซอร์ และการดูแล/บริการในภาวะฉุกเฉิน

¹⁴⁸ **หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง** หมายถึง หัตถการที่มีความซับซ้อนมีองค์ประกอบและรูปแบบที่มีความเฉพาะ หรือการผ่าตัดและหัตถการที่มีการรุกราน (surgical and invasive procedures) ทุกชนิดที่ต้องทำในภาวะเร่งรีบหรือภาวะฉุกเฉิน

¹⁴⁹ **การลดความเสี่ยง** ครอบคลุมถึงการส่งต่อผู้ป่วยหรือการงดทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง กรณีที่สถานพยาบาลไม่มีความพร้อม

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง¹⁵⁰ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.
- (3) การให้บริการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย¹⁵¹ และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่า¹⁵² มาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันท่วงทีในการประเมินและดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่ มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย.

¹⁵⁰ สถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินต่างๆ และสถานการณ์โรคระบาด เป็นต้น

¹⁵¹ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแสดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ดูตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของออสเตรเลีย

¹⁵² อาจเรียกระบบนี้ว่า Rapid Response System ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่ Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งจะนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของตนไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันที่ทั้งที่ ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก (Anesthesia Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย และเหมาะสม โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึก¹⁵³ และระหว่างรอฟื้น มีการยอมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียม/ใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ.
- (2) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และอาจมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (4) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในปัจจุบันที่สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้น.

¹⁵³ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (6) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอพื้นโดยผู้มีความรู้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. และมีการส่งต่อข้อมูลไปให้ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง.

ข. การผ่าตัด (Surgical Care)

- (1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า.
- (4) ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย¹⁵⁴.

¹⁵⁴ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียนและการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวฉับเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (6) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (7) ทีมผู้ให้บริการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

ค. อาหารและโภชนบำบัด (Food and Nutrition Therapy)

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ¹⁵⁵ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

¹⁵⁵ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจสำลักได้

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care)

- (1) ทีมดูแลผู้ป่วย มีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม¹⁵⁶ จิตวิญญาณ¹⁵⁷.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (4) องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง.
- (5) องค์กรให้มีการทำแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำ ให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ.
- (6) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลระยะสุดท้าย (end of life) หรือในช่วงใกล้เสียชีวิต (terminal care) อย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

¹⁵⁶ ความต้องการด้านสังคม เช่น การอยู่ร่วมกัน การยอมรับ การมีส่วนร่วม ครอบคลุมถึงความพร้อมทางเศรษฐกิจ

¹⁵⁷ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเชื่อในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

(7) องค์กรมีระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (care for carer) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย.

จ. การจัดการความปวด (Pain Management)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวดทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.
- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรลุนเป้าหมายที่พึงปรารถนาที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการประเมินซ้ำและมีการปรับการรักษาที่เหมาะสม.
- (3) ทีมผู้ให้การรักษาให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและ/หรือ ครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการจัดการความปวด ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย:
 - (i) โอกาสเกิดความปวดจากการตรวจรักษา;
 - (ii) ทางเลือกในการจัดการความปวด;
 - (iii) ผลข้างเคียงและข้อพึงระวัง;
 - (iv) ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ป่วย.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการจัดการความปวดจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญตามมาตรฐานวิชาชีพหรือภายใต้การกำกับของบุคลากรดังกล่าว.
- (5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังจากจำหน่ายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก.

ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)

- (1) ทีมผู้ให้บริการ¹⁵⁸ นำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วย¹⁵⁹ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละราย มาวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นและครอบคลุมด้านสุขภาพ¹⁶⁰ ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะเวลาที่เหมาะสม.

¹⁵⁸ **ทีมผู้ให้บริการ** หมายถึง ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู/แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์หรือช่างกายอุปกรณ์ นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์หรือตามบริบทของสถานบริการนั้นๆ

¹⁵⁹ **การประเมินผู้ป่วย** มีการประเมินแรกรับและประเมินซ้ำที่ครอบคลุมรวมถึงระดับความสามารถหรือสมรรถนะในการประกอบชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถระบุระดับความสามารถที่คาดหวังหลังทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ (expected functional level) และระยะเวลาที่ควรทำการฟื้นฟู (duration of rehabilitation needed) รวมถึง แผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (rehabilitation plan) ที่จำเป็น

¹⁶⁰ **องค์รวมด้านสุขภาพ** โดยองค์รวมด้านสุขภาพวางอยู่บนพื้นฐานของหลักการบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF) ซึ่งหมายรวมถึง มิติด้านการทำงานและโครงสร้างของร่างกาย (body functions and structure), มิติด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม (activity and participation), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors)

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพของผู้ป่วย¹⁶¹ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และอยู่บนพื้นฐานหลักฐานวิชาการ และมีการวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรมด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน.
- (3) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ:
 - (i) ให้ข้อมูลเพียงพอ¹⁶²สำหรับการตัดสินใจ.
 - (ii) เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶³.
- (4) การให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ เป็นไปเพื่อบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานบริการ มาตรฐานวิชาชีพ กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญ.

¹⁶¹ **การบริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ** ครอบคลุมถึงการจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสม ตลอดจนกระบวนการส่งต่ออย่างเป็นระบบเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และติดตามผลการฟื้นฟูระยะยาว ทั้งระหว่างหน่วยบริการและสู่ชุมชน

¹⁶² **ข้อมูลที่เพียงพอ** ครอบคลุมถึงเป้าหมาย แผน และบริการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นต้องได้รับ เพื่อใช้ประโยชน์ตลอดกระบวนการฟื้นฟู ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่สังคมตามศักยภาพ ดำรงวิถีชีวิตอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

¹⁶³ **การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ** หมายถึง การดูแลตนเองได้ที่สามารถพัฒนาต่อเนื่อง และสามารถฟื้นตัวได้อย่างเต็มศักยภาพในระดับที่เหมาะสม หรือคงระดับสมรรถภาพทางร่างกาย กลับเข้าสู่สังคมตามศักยภาพ ดำรงวิถีชีวิตอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

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

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง¹⁶⁴ ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม หรือ หน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล หรือของหน่วยงานภายนอก (outsource) ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล.

ข. การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม.

¹⁶⁴ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การชะลอการเสื่อมของไต การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไต (เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุ เป็นต้น) การวางแผนก่อนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคอง

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (2) องค์กรมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยบุคคลที่เหมาะสม¹⁶⁵.
- (3) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการประเมิน ชักประวัติ¹⁶⁶ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค¹⁶⁷ วางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา¹⁶⁸ การฟื้นฟูสภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้รับผลงานโดยนำหลัก ธรรมชาติบำบัด เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้.
- (4) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้มีความครบถ้วน และเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับผลงานตามเกณฑ์ที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรมีกลไกในการกำกับดูแลการทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพรตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ถูกต้อง มีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเฉพาะราย.
- (6) องค์กรสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม.

¹⁶⁵ บุคคลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย หมายถึง บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ

¹⁶⁶ ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ธาตุเจ้าเรือน สมุฏฐาน มูลเหตุการเกิดโรค

¹⁶⁷ การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามธาตุ 42 ประการ ตามตรีธาตุ ตามเบญจอินทรีย์ ตามหมอลสมมุติ

¹⁶⁸ การรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาตำรับ ยาเดี่ยว การนวด การประคบ การอบไอน้ำสมุนไพร การบำบัดมือเกลือ และการให้บริการหัตถการอื่น

ฉ. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

- (1) องค์กรวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการแพทย์ทางไกล.
- (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการบริการการแพทย์ทางไกล ในกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษา ตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง.
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์วิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทาง การแพทย์ทางไกล จะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้.
- (7) กรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทาง การแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้ เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม.

ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน.
- (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ.
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันเวลา.
- (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผนหรือสั่งการรักษา โดยมีระบบการติดตามประเมินผล.
- (7) กรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการ

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ที่สะดวกและทันกาล ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม.

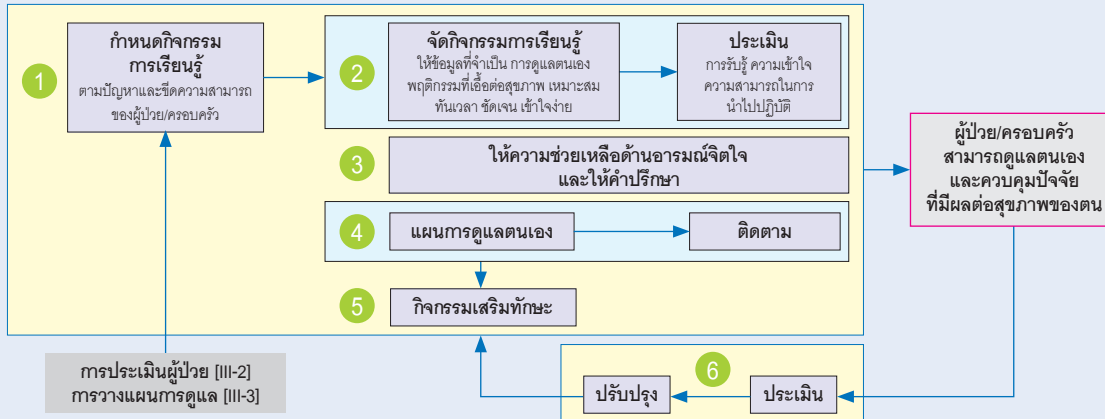
- (8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

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

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลและจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะของตนเอง.



III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

(Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย¹⁶⁹ และสอดคล้องกับผลการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) และขีดความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว
- (2) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว:
 - (i) ให้ข้อมูลที่จำเป็น.
 - (ii) ช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพและสุขภาวะดี¹⁷⁰.

¹⁶⁹ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย เช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ คำแนะนำการจัดการความเครียด การใช้ยา การปรับสภาพแวดล้อม แนวทางการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร และการจัดการกับยาเสพติด เป็นต้น.

¹⁷⁰ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (iii) กิจกรรมเหมาะสมกับปัญหา ท้นเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่เข้าใจง่าย¹⁷¹.
- (iv) มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁷².
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย¹⁷³ รวมทั้งติดตาม**เพิ่มปัจจัยเอื้อและลดปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้**.
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว.

¹⁷¹ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

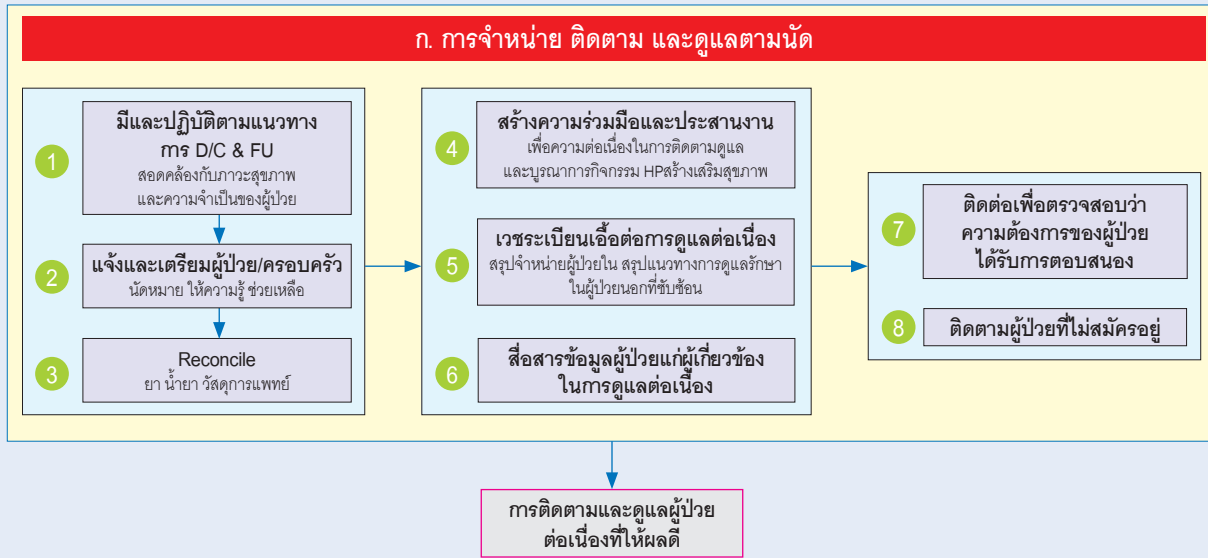
¹⁷² **การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ** เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

¹⁷³ **แผนการดูแลตนเอง (self-care plan)** ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ชี้จุดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำงานที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

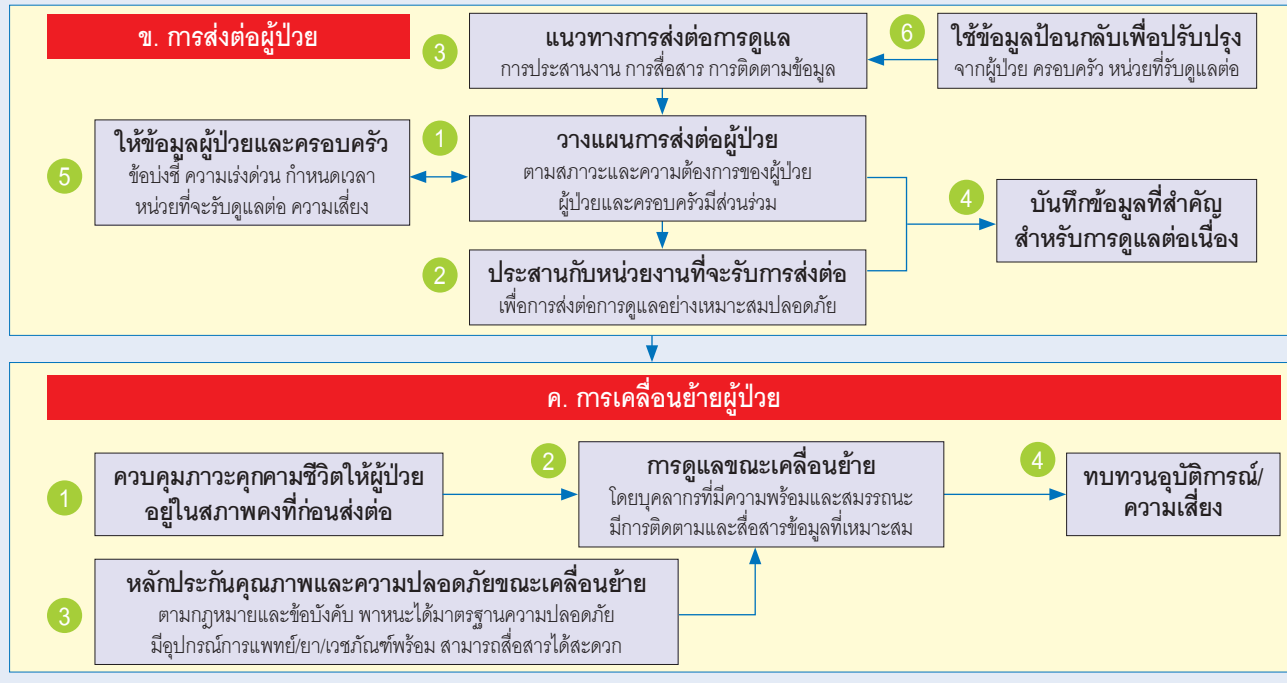
ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ได้



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ได้.



III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

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

- (1) ทีมผู้ให้บริการมีและปฏิบัติตามแนวทางการจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย (health status) และความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและเตรียม ผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่าย
 - (i) แจ้งในเวลาที่เหมาะสม.
 - (ii) ให้ข้อมูลแก่เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง.
 - (iii) มีระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้.
 - (iv) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมาตามนัด ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ.
 - (v) มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.
- (3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายา น้ำยา หรือ วัสดุการแพทย์ ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีการจำหน่าย เป็นไปตามแผนการรักษาล่าสุดของแพทย์และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (4) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (5) บันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล
 - (i) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันกาล.
 - (ii) เวชระเบียนผู้ป่วยในมีสรุปรายงานจำหน่ายที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.
 - (iii) มีสรุปแนวทางการดูแลรักษา (profiles of medical care) ในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหรือมีการดูแลที่ซับซ้อน ที่ทีมผู้ให้บริการสามารถใช้สำหรับการดูแลต่อเนื่องได้.
- (6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย การติดตาม และดูแลตามนัด ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.
- (7) หลังการจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.
- (8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

ข. การส่งต่อผู้ป่วย¹⁷⁴ (Patient Referral)

- (1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยตามสถานะและความต้องการของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ทีมผู้ให้บริการประสานงานกับหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่จะรับการส่งต่อดูแลผู้ป่วย¹⁷⁵ (transfer of care) อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางการส่งต่อดูแล การประสานงาน การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อเพื่อให้มั่นใจว่าได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ครบถ้วน และมีแนวทางการติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อ.
- (4) ทีมผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้งในเวชระเบียนและเอกสารการส่งต่อ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย.

¹⁷⁴ การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral) หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรับการวินิจฉัย การรักษา การรักษาต่อเนื่อง หรือการดูแลต่อเนื่อง ไปยังหน่วยงานอื่นในสถานพยาบาลเดียวกัน หรือไปยังสถานพยาบาลอื่นตามวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ซึ่งต้องมีการประสานการดูแลและส่งต่อข้อมูลความต้องการที่ชัดเจนระหว่างหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อและรับผู้ป่วย

¹⁷⁵ การส่งต่อการดูแลผู้ป่วย (transfer of care) หมายถึง การส่งมอบความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลช่วยเหลือชีวิต การดูแลที่มีความซับซ้อน การดูแลระยะประคับประคอง การดูแลระยะฟื้นฟูสภาพ/สมรรถภาพ และการดูแลต่อเนื่อง จากทีมผู้ให้บริการที่ส่งต่อการดูแลไปยังทีมผู้ให้บริการที่รับดูแลต่อ

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (5) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมข้อบ่งชี้ ความเร่งด่วน กำหนดเวลา หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ และความเสี่ยง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการใช้ข้อมูลป้อนกลับ จากผู้ป่วย ครอบครัว หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับดูแลต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนการส่งต่อ.

ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย¹⁷⁶ (Patient Transport)

- (1) ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาลเพื่อควบคุมภาวะคุกคามชีวิตให้มั่นใจว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพคงที่ (stabilization) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.
- (2) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีสมรรถนะ/ขีดความสามารถ มีการเฝ้าติดตาม¹⁷⁷ และสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม.
- (3) องค์การมีหลักประกันความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล:

¹⁷⁶ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Patient Transport) หมายถึงกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ดูแล

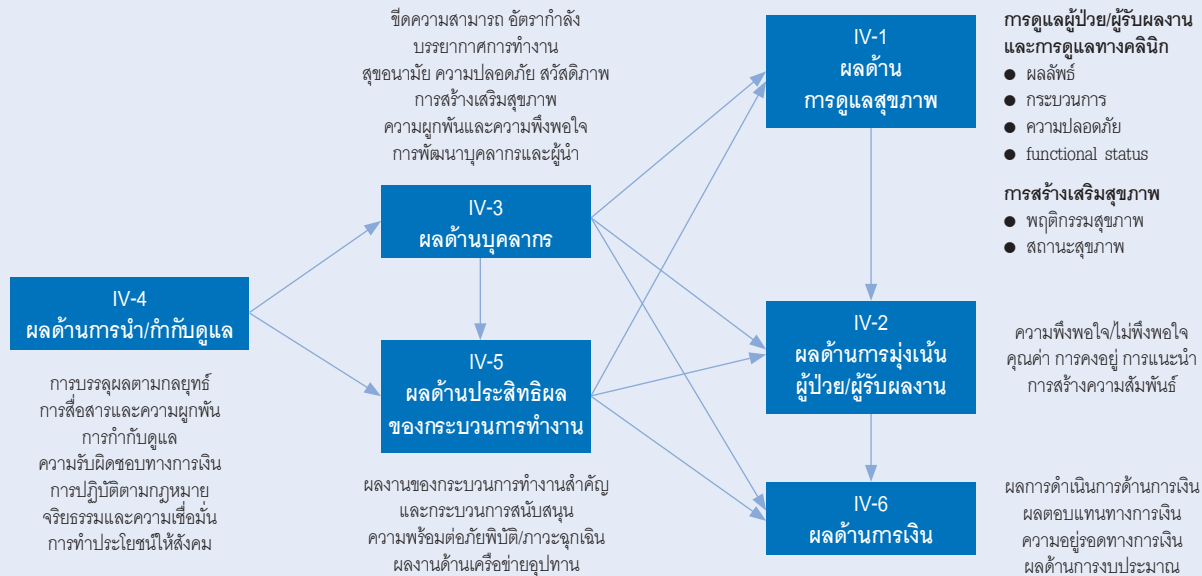
¹⁷⁷ การดูแลและเฝ้าติดตามที่เหมาะสม ประกอบด้วย การเฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ ยา สารน้ำ เลือด ออกซิเจน และสารอื่นๆ ผ่านอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลต่างๆ

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (i) บริการขนส่งผู้ป่วยเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
 - (ii) ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย สามารถสื่อสารและปรึกษากับสถานพยาบาลที่ส่งต่อหรือที่จะรับผู้ป่วยได้สะดวก.
- (4) องค์กรมีระบบตรวจสอบหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.

ตอนที่ IV พลััพท์

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ/การดูแลทางคลินิก การสร้างเสริมสุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านบุคลากร ผลด้านการนำและการกำกับดูแล ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการ และผลด้านการเงิน.



IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (Healthcare Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย¹⁷⁸/ผู้รับผลงาน การดูแลทางคลินิก¹⁷⁹ ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่สำคัญ ประชากรในชุมชน.

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (Patient and Other Customer-Focused Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

¹⁷⁸ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

¹⁷⁹ ตัวชี้วัดด้านการดูแลทางคลินิก ได้มาจากการวิเคราะห์ระบบงานสำคัญและระบบบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระบบยา ระบบเวชระเบียน ระบบบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

IV-3 ผลด้านบุคลากร (Workforce Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตราากำลังการรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ สิทธิประโยชน์และบริการของบุคลากร.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากรและความผูกพันของบุคลากร.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรและผู้นำ.

IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล (Leadership and Governance Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้นำระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับบุคลากรและผู้รับผลงาน.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ การกำกับดูแลทางคลินิก และความรับผิดชอบต่อด้านการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร¹⁸⁰.

¹⁸⁰ ผลของความรับผิดชอบต่อทางการเงิน เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

- (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมาย และกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.
- (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการทำประโยชน์และการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.

IV-5 ผลด้านประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญ (Key Work Process Effectiveness Results)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตราฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัวชี้วัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านเครือข่ายอุปทาน.

IV-6 ผลด้านการเงิน (Financial Results)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งตัวชี้วัดด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านการใช้งบประมาณ.

ภาคผนวก 1

แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

คำชี้แจงประกอบการใช้ HA Scoring

แนวคิด

HA Scoring เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมิน maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล รวมถึงใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งจัดทำขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดที่ปรับเปลี่ยนไปดังนี้

- 1) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards) ประกอบไปด้วยมาตรฐาน 4 ตอน (part) โดยแต่ละตอนมีการแบ่งบท (chapter) บางบทจะมีการจัดหมวดหมู่ (section) โดยแต่ละบทของมาตรฐานจะมีข้อกำหนด (requirements) 3 ระดับ คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน (basic requirements) ข้อกำหนดในภาพรวม (overall requirements) และข้อกำหนดย่อย (multiple requirements)
- 2) คณะกรรมการสถาบันกำหนดให้มีเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ของผู้ป่วย/บุคลากร โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการสถาบันประกาศในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ โดยโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมตามที่กำหนด

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- 3) คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานกำหนดให้มีเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เพื่อโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมชมสำรวจได้ใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นการพัฒนาเพื่อยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยเลือกข้อกำหนด ที่มีพลังในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) สะท้อนการพัฒนาที่สอดคล้องกับค่านิยม (core value) และการดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบและเกิดการดำเนินการในข้อกำหนดอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งมีการกำหนดรวมเป็นหัวข้อสำหรับการประเมินตนเองใน HA Scoring จำนวน 27 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 100 ข้อ
- 4) การเยี่ยมชมสำรวจคือการทบทวนโดยมิตรจากภายนอก (external peer review) เพื่อรับรู้ระดับ maturity ของระบบคุณภาพที่พัฒนา และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 5) ผู้เยี่ยมชมสำรวจมีหน้าที่ในการ
 - รับรู้บริบทและผลงานการพัฒนาของโรงพยาบาล
 - สร้างกระบวนการเรียนรู้จากผลงานของโรงพยาบาล
 - ร่วมกับโรงพยาบาลในการจัดทำประเด็นในแผนการพัฒนา (Issues for Improvement-IFI) ที่เหมาะสมและสมบูรณ์
 - ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการวางระบบเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- 6) โรงพยาบาลมีหน้าที่ในการ
- ใช้ HA Scoring ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับ maturity และสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล
 - พาผู้เยี่ยมชมสำรวจตามรอยระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล
 - ใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) ในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย และข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการยกระดับและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบคุณภาพในสถานพยาบาลให้มีความอย่างยั่งยืน
- 7) การผ่านการรับรองจะมีระดับต่างๆ ซึ่งรับรู้กันเป็นการภายใน และมีผลต่อความเข้มข้นของการติดตามดังนี้
- ระดับพอผ่าน เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 2.5-2.9
 - ระดับดี เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.0-3.4
 - ระดับดีมาก เมื่อ mode ของ score อยู่ระหว่าง 3.5-3.9
 - ระดับดีเยี่ยม เมื่อ mode ของ score มากกว่าหรือเท่ากับ 4.0
- 8) การใช้ HA Scoring สำหรับการพัฒนากระบวนการของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปสู่ความยั่งยืน มิใช่เพียงคาดหวังคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น

แนวทางการใช้ HA Scoring 2022 สำหรับโรงพยาบาล

- 1) ศึกษามาตรฐานและแนวทางการใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพเพื่อเรียนรู้ทำความเข้าใจ
- 2) ทีมงานที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับมาตรฐานเรื่องนั้นร่วมกันประเมินความสมบูรณ์ของระบบคุณภาพ ในการพัฒนาโรงพยาบาล ตาม Scoring Guideline ในที่นี้หมายถึงการประเมินระดับการพัฒนาที่โรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของข้อกำหนดของแต่ละกลุ่มหัวข้อตามที่ระบุไว้ในมาตรฐาน ซึ่งแบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ซึ่งแบ่งเป็นคะแนนกระบวนการ (process) และคะแนนผลลัพธ์ (result) โดยใช้แนวทางที่กำหนดประเมินการดำเนินงานในประเด็นต่างๆของโรงพยาบาลตามมาตรฐาน ว่าการออกแบบแนวทางปฏิบัติ และการถ่ายทอดแนวทางไปสู่การปฏิบัติได้บรรลุผล ครอบคลุมประเด็นสำคัญ การวัดผลทบทวน และปรับปรุงการดำเนินการ จนสามารถเป็นแบบอย่างได้ ตลอดจนการแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าอยู่ระดับใด หากมีความเห็นที่แตกต่างกัน ให้ระบุดูชี้แจงและโอกาสพัฒนาในมุมมองของแต่ละคนออกมาให้มากที่สุด นำโอกาสพัฒนาไปดำเนินการแล้วจึงกลับมาประเมินใหม่
- 3) ให้ความสำคัญกับ ข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety) และ ข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability) ในการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเป็นระบบ
- 4) ร่วมกันให้ความเห็นเกี่ยวกับระดับ maturity ของระบบคุณภาพ ที่ทำได้ของแต่ละข้อกำหนด และให้จัดทำแผนการพัฒนา เพื่อยกระดับ maturity score 3 หรือ 4 หรือ 5 แล้วแต่กรณี

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

- 5) ประเมิน score ในแบบประเมินตนเอง (Self Assessment Report) เขียนสิ่งที่สามารถทำได้ดีตามมาตรฐาน และแผนการพัฒนาในสิ่งที่เป็นโอกาสพัฒนา เพื่อการติดตามในการพัฒนาต่อเนื่องและเรียนรู้ร่วมกับทีม
- 6) เมื่อสถานพยาบาลมีความพร้อมในการรับการประเมิน ส่งเอกสารแบบประเมินตนเองมายังสรพ. เพื่อเข้าสู่กระบวนการขอการรับรองคุณภาพ ส่ง score และแผนการพัฒนา พร้อมเอกสารตามที่สรพ.กำหนด มายังสรพ.เพื่อขอรับการเยี่ยมสำรวจ
- 7) จัดเตรียมเอกสารสำหรับการ verify การปฏิบัติหรือผลการประเมินต่างๆ ไว้ที่โรงพยาบาลอย่างเป็นหมวดหมู่

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ¹⁸¹ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

¹⁸¹ ประเด็นสำคัญหมายถึง 1) ประเด็นสำคัญตามมาตรฐาน 2) ประเด็นสำคัญตามบริบทโรงพยาบาล 3) ประเด็นสำคัญตามระดับศักยภาพโรงพยาบาล

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

1) พิจารณาตามระดับ maturity ของระบบคุณภาพของการพัฒนา

1.1 มาตรฐานหมวดกระบวนการ (Process)

- คะแนน 1 Design & early stage of implementation เริ่มมีการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ เช่น มีการกำหนดโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง วางแผน วางแนวทางปฏิบัติ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 1 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 2 Partial implementation แนวทางปฏิบัติที่กำหนดมีความเหมาะสมกับบริบท เริ่มมีการนำแนวทางไปสู่การปฏิบัติ ความครอบคลุมอาจจะยังไม่สมบูรณ์แต่ต้องครอบคลุมข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย และประเด็นที่สำคัญ (ใช้เป็นแนวทางการประเมินระดับ Score 2 กับมาตรฐานในส่วนนี้ทุกข้อ)
- คะแนน 3 Effective implementation มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างครอบคลุมและได้ผล บรรลุเป้าหมายในประเด็นสำคัญ
- คะแนน 4 Continuous improvement มีการประเมินและปรับปรุงกระบวนการสำคัญ มีการเชื่อมโยงกับกระบวนการ/ระบบงานที่เกี่ยวข้อง
- คะแนน 5 Role model, good practices, innovation เป็นแบบอย่างที่ดี มีการถอดองค์ความรู้ มีการใช้นวัตกรรมที่ส่งผลดี

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

1.2 มาตรฐานหมวดผลลัพธ์ (Result)

- คะแนน 1 Measure มีการออกแบบการวัดผล
- คะแนน 2 Relevant and valid measure มีการติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ
- คะแนน 3 Get use of measures มีการวัดที่ตรงประเด็นตามเป้าหมายมาตรฐาน และครอบคลุมประเด็นสำคัญเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการใช้ประโยชน์จากการติดตามตัววัดเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง
- คะแนน 4 Good results (better than average) ตัววัดตามประเด็นสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ดีกว่าค่าเฉลี่ยในบริบทเดียวกัน หรือมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- คะแนน 5 Very good results (top quartile) ตัววัดตามประเด็นสำคัญอยู่ในระดับ top quartile

2) พิจารณาตามระดับความยากง่ายในการดำเนินการ

2.1 อาจจะนำข้อกำหนดในมาตรฐานแต่ละประเด็นมาพิจารณาว่าประเด็นใดที่ทำได้ง่ายที่สุด และยากขึ้นเป็นลำดับขึ้น โดยพยายามให้สอดคล้องกับแนวทางในข้อ 1)

2.2 อาจจะพิจารณาระดับความยากง่ายตามศักยภาพของโรงพยาบาล

3) พิจารณาตามลำดับขั้นตอนที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการก่อนหลัง

3.1 อาจพิจารณาว่าในความเป็นจริง มี sequence ของการดำเนินการวางระบบงานอย่างไรบ้าง เช่น เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล การออกแบบระบบ การฝึกอบรม การนำสู่การปฏิบัติ เป็นต้น

4) พยายามให้มีการพิจารณาในภาพรวม ให้มีรายละเอียดเท่าที่จำเป็น ไม่ต้องคัดลอกมาจากมาตรฐานทั้งหมด

ภาคผนวก 1 แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

แนวทางการรวมคะแนนในการประเมิน

โรงพยาบาลที่มี performance เกินกว่าระดับ 1 ขึ้นมา สามารถนำส่วนของคะแนนตั้งแต่ระดับ 2-5 มารวมกันได้โดยไม่ต้องให้ระดับชั้นที่ต่ำกว่าสมบูรณ์ เช่น ถ้าทำ 2 ได้สมบูรณ์ 3 ได้ครึ่งหนึ่ง และ 4 ได้ครึ่งหนึ่ง ก็สามารถนำครึ่งหนึ่งของ 4 มารวมกับครึ่งหนึ่งของ 3 เท่ากับว่าได้คะแนนเป็น 3

ภาคผนวก 2

Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

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

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มากยิ่งขึ้นได้

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

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริง ได้แก่ **individual commitment, team work, customer focus**

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

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

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

1. กิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership

คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์ นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ทำอย่างไร

- กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม ตั้งความคาดหวัง
- กำหนดกลยุทธ์ ระบบงาน วิธีการไปสู่เป้าหมาย กระตุ้นนวัตกรรม
- นำค่านิยมและกลยุทธ์มาชี้นำกิจกรรมและตัดสินใจ
- มองเห็นโอกาสในปัญหาอุปสรรค
- กระตุ้น จูงใจ สนับสนุน ส่งเสริมให้คนในองค์กรมี innovator's DNA
- เป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ เช่น องค์กรที่มีชีวิต

1.2 Systems Perspective

คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ เห็นการเชื่อมต่อภายใน การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล การพิจารณาวงรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กร ลับสน อ่อนล้า

ทำอย่างไร

- สังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร เป้าหมายเชิงกลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน
- มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ ตัวชี้วัด และกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
- บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบและระบบต่างๆ ขององค์กรเข้าด้วยกัน

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

1.3 Agility

คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น
การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว
การปรับตัวที่รวดเร็วคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

ทำอย่างไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานที่จำเป็น
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงจรรอบเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ

2. ผู้รับพา

2.1 Patient and Customer Focus

คืออะไร

สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี

ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงานภายใน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก

ทำไม

หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน

ทำอย่างไร

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

2.2 Focus on Health

คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้

สุขภาพะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต

ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกราย
- พิจารณปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาพะ และการบำบัดรักษา
- ใช้แนวคิดสุขภาพะกำเนิด (salutogenesis)
- ฝึกรอยู่กับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

2.3 Community Responsibility

คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนนอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง

ทำอย่างไร

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

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff

คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

ทำไม

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

ทำอย่างไร

- มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาดตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด
- ถามคนทำงานว่า “อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง” และตอบสนอง

3.2 Individual Commitment

คืออะไร

คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน

ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน
คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

ทำอย่างไร

- แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ ระมัดระวัง เอื้ออาทร
- พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนา กับผู้อื่น
- ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

3.3 Teamwork

คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

ทำไม

บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

ทำอย่างไร

- สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ มีความยืดหยุ่น การตอบสนอง การแลกเปลี่ยนความรู้
- ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงานประจำ
- ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- มีกลไกดูภาพรวม กำหนดทิศทางการพัฒนา ติดตามกำกับการพัฒนาในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องหรือระบบงานหลัก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงาน
- ขยายไปสู่ความร่วมมือกับภายนอก

3.4 Ethical and Professional Practice

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลยหรือ

การปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับการรับผิดชอบต่อ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่

เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ทำอย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลดูญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องปรามและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

การพัฒนาด้วยวิธีใหม่ๆ ไม่อาจใช้การได้ผลอีกต่อไป

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและนวัตกรรม

ทำอย่างไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
- ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

4.2 Management by Fact

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

ทำอย่างไร

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

4.3 Continuous Process Improvement

คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

ทำไม

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น
มีโอกาสนำมาให้เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเสมอ

ทำอย่างไร

- วัฒนธรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ หน่วยงาน องค์กร
- ใช้กลยุทธ์ในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การรับฟังผู้รับผลงาน การเปรียบเทียบกับข้อกำหนด/มาตรฐาน มีทีมงานจากสหสาขาวิชาชีพมาองภาพรวม
- สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

4.4 Focus on Results

คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของงาน/การพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ

ทำไม

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน เชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์

สูงสุด

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความศรัทธาต่อองค์กร

ทำอย่างไร

- วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ
- ใช้ตัวชี้วัดผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อสื่อลำดับความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์
- รักษาสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ส่งมอบและพันธมิตร ผู้ลงทุน และสาธารณะ

4.5 Evidence-based Approach

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ
ซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่
กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียน
ไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

ทำอย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis
- นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วย
และปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning

คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

ทำไม

สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต

ทำอย่างไร

- ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
- เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม
- หาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้ดีขึ้น
- ปลุกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน
- ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย การให้บริการ สถานที่สิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้

5.2 Empowerment

คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ทำไม

การเสริมพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวงกว้าง

ทำอย่างไร

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

ภาคผนวก 3

ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

สำหรับหัวข้อที่มีการเพิ่มเข้ามาใหม่ในฉบับที่ 5 จะมีระบุไว้ในรหัสอ้างอิงของฉบับที่ 4 ว่า “ใหม่”

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำ		
I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง	ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจรรยาบรรณ ข. การสื่อสาร ค. ความสำเร็จขององค์กร	ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจรรยาบรรณ ข. การสื่อสาร ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร
I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม	ก. การกำกับดูแลองค์กร ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจรรยาบรรณ ค. การทำประโยชน์ให้สังคม	ก. การกำกับดูแลองค์กร ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจรรยาบรรณ ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม
I-2 กลยุทธ์		
I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์	ก. กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์	ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ	ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ	ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ
	ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ	ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน	ก. การรับฟังผู้ป่วยและ ผู้รับผลงาน	ก. การรับฟังผู้ป่วยและ ผู้รับผลงานอื่น
	ข. บริการสุขภาพ	ใหม่
I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน	ก. ประสิทธิภาพของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน	ก. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการ และอำนวยความสะดวกแก่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
	ข. การประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน	ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน
		I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน
		ข. การประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่น

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
I-3.3 ลิทธิผู้ป่วย	ก. ค่าประกาศลิทธิผู้ป่วย	ก. ค่าประกาศลิทธิผู้ป่วย
	ข. กระบวนการคุ้มครองลิทธิผู้ป่วย	ข. กระบวนการคุ้มครองลิทธิผู้ป่วย
	ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ	ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้		
I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร	ก. การวัดผลการดำเนินการ	ก. การวัดผลการดำเนินการ
	ข. การวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินการ	ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ
	ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ	ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน
I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้	ก. ข้อมูลและสารสนเทศ	ก. ข้อมูลและสารสนเทศ
	ข. ความรู้ขององค์กร	ค. ความรู้ขององค์กร
I-5 บุคลากร		
I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร	ก. ขีดความสามารถ และความเพียงพอของบุคลากร	ก. ขีดความสามารถ และความเพียงพอของกำลังคน

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
	ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร	ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน
	ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร	ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน
	ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร	ใหม่
I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร	ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร	ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน
	ข. วัฒนธรรมองค์กร	ใหม่
	ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร	ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ
I-6 การปฏิบัติการ		
I-6.1 กระบวนการทำงาน	ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน	ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ
	ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ	ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
	ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน	ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
	ง. การจัดการนวัตกรรม	ง. การจัดการนวัตกรรม
	จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิก	จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก
I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ	ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ	ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ
	ข. การจัดการระบบสารสนเทศ	I-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ ข. การจัดการระบบสารสนเทศ
	ค. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน	ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย		
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ	ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ	ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ
	ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย
II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง	ก. ข้อกำหนดทั่วไป	ก. ข้อกำหนดทั่วไป
	ข. ข้อกำหนดจำเพาะ	ข. ข้อกำหนดจำเพาะ
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ		
II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล	ก. การบริหารการพยาบาล	ก. การบริหารการพยาบาล
	ข. การปฏิบัติกรพยาบาล	ข. ปฏิบัติการพยาบาล
II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์	การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์	การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน		
II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย	ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ	ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ
	ข. วัสดุและของเสียอันตราย	ข. วัสดุและของเสียอันตราย
	ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย	ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย
II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขนิโคค	ก. เครื่องมือ	ก. เครื่องมือ
	ข. ระบบสาธารณสุขนิโคค	ข. ระบบสาธารณสุขนิโคค

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	ก. การสร้างเสริมสุขภาพ	ก. การสร้างเสริมสุขภาพ
	ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม	ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ		
II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
	ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ	ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ
II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป	ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป
	ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ	ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ
II-5 ระบบเวชระเบียน		
II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน	ก. การวางแผนและออกแบบระบบ	ก. การวางแผนและออกแบบระบบ
	ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ	ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ
II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย	เวชระเบียนผู้ป่วย	เวชระเบียนผู้ป่วย

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
II-6 ระบบการจัดการด้านยา		
II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน	ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน ค. การจัดหาและเก็บรักษา	ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน ค. การจัดหาและเก็บรักษา
II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา	ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา ค. การบริหารยา	ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา ค. การบริหารยา
II-7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง		
II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ ข. การให้บริการรังสีวิทยา ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ ข. การให้บริการรังสีวิทยา ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ	ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
	ข. การให้บริการ	ข. การให้บริการ
	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย	ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย
II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก	พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติเวชศาสตร์และนิติเวชคลินิก	พยาธิวิทยากายวิภาค
II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต	ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ	บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ		
	ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร	ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร
	ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง	ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง
	ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ	ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ
	ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย	ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
II-9 การทำงานกับชุมชน		
II-9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน	การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน
II-9.2 การเสริมพลังชุมชน	การเสริมพลังชุมชน	การเสริมพลังชุมชน
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ		
	ก. การจัดการบริการ	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
	ข. การเข้าถึง	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
	ค. การเข้ารับบริการ	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
III-2 การประเมินผู้ป่วย		
	ก. การประเมินผู้ป่วย	ก. การประเมินผู้ป่วย
	ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค
	ค. การวินิจฉัยโรค	ค. การวินิจฉัยโรค
III-3 การวางแผน		
III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	การวางแผนการดูแลผู้ป่วย
III-3.2 การวางแผนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่าย	การวางแผนจำหน่าย

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
III-4 การดูแลผู้ป่วย		
III-4.1 การดูแลทั่วไป	การดูแลทั่วไป	การดูแลทั่วไป
III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง
III-4.3 การดูแลเฉพาะ	ก. การระงับความรู้สึก	ก. การระงับความรู้สึก
	ข. การผ่าตัด	ข. การผ่าตัด
	ค. อาหารและโภชนบำบัด	ค. อาหารและโภชนบำบัด
	ง. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง	ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
	จ. การจัดการความปวด	จ. การจัดการความปวด
	ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ	ฉ. การฟื้นฟูสภาพ
	ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
	ซ. การแพทย์แผนไทย	ใหม่
	ฌ. การแพทย์ทางไกล	ใหม่
	ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน	ใหม่

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 5 เทียบกับฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 5	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4
III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
III-6 การดูแลต่อเนื่อง		
	ก. การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด	การดูแลต่อเนื่อง
	ข. การส่งต่อผู้ป่วย	การดูแลต่อเนื่อง
	ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	การดูแลต่อเนื่อง
ตอนที่ IV ผลลัพธ์		
IV-1	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ	IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ
IV-2	IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น
IV-3	IV-3 ผลด้านบุคลากร	IV-3 ผลด้านกำลังคน
IV-4	IV-4 ผลด้านการนำและการกำกับดูแล	IV-4 ผลด้านการนำ
IV-5	IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ	IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ
IV-6	IV-6 ผลด้านการเงิน	IV-6 ผลด้านการเงิน

จุดเด่นในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

1. การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวาง ครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมชมสำรวจ โรงพยาบาล และประชาชน
2. การนำมาตรฐานต่างประเทศและหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับสากล The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua EEA) มาเป็นแนวทางการพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม
3. การบูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และวิถีหรือแนวปฏิบัติใหม่ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน
4. การคาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อชั้นนำและส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
5. การบูรณาการเอกลักษณ์ของไทย เช่น การทำงานด้านสุขภาพด้วยจิตวิญญาณ (SHA) การแพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่
6. การเรียบเรียงเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมินรับรอง

คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ISBN 978-616-8024-43-0



9 786168 024430

ราคา 500 บาท