



(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

Hospital and Healthcare Standards

ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

สารบัญ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร	1
I-1 การนำ.....	1
I-2 กลยุทธ์.....	8
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.....	12
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้.....	17
I-5 บุคลากร.....	22
I-6 การปฏิบัติการ.....	30
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล.....	36
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ	36
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ	48
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย	54
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	63
II-5 ระบบเวชระเบียน.....	72
II-6 ระบบการจัดการด้านยา.....	76
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง	88
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ	99
II-9 การทำงานกับชุมชน.....	103
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย.....	106

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ.....	106
III-2 การประเมินผู้ป่วย.....	110
III-3 การวางแผน.....	113
III-4 การดูแลผู้ป่วย.....	117
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	133
III-6 การดูแลต่อเนื่อง.....	136

คำแนะนำในการอ่านตัวหนังสือต่างๆ แยกตามประเด็นการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. **ตัวหนังสือสีแดง** หมายถึง ปรับเพิ่มตาม IEEA
2. **ตัวหนังสือสีเขียว** หมายถึงปรับเพิ่มตาม TQA
3. **ตัวหนังสือสีม่วง** หมายถึง ปรับเพื่อความเหมาะสม และตามข้อเสนอแนะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้เชี่ยวชาญ สภา/องค์กรวิชาชีพ และผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งอนุกรรมการ
4. **ตัวหนังสือสีส้ม** หมายถึง ปรับเพิ่มใหม่หรือมีเนื้อหาเดิมตาม SHA Criteria
5. **ตัวหนังสือสีฟ้า** หมายถึง ข้อความที่เพิ่มขึ้นในมาตรฐานฉบับที่ 4

สิ่งที่ปรับในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

1. รูปแบบการเขียนให้เป็นลักษณะหัวข้อที่เข้าใจง่าย โดยใช้สัญลักษณ์ . คือการจบเนื้อหาที่เป็นหลักที่ต้องทำ (meet criteria) ในข้อกำหนดย่อย (multiple requirement) ใช้เครื่องหมาย : เพื่อต่อท้ายคำอธิบาย ซึ่งอาจเป็นลำดับขั้น ตัวอย่าง หรือประเด็นที่หลากหลาย เป็นอนุข้อย่อย โดยใช้เลขโรมัน (i, ii, iii....) แสดงถึงประเด็นที่จะช่วยให้ข้อกำหนดย่อยประสบความสำเร็จ ซึ่งอาจไม่ต้องทำทุกข้อ และใช้สัญลักษณ์ ; ตามหลังอนุข้อย่อย
2. ปรับภาษาและการเขียนคำที่เข้าใจง่าย โดยอ้างอิงภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. ปรับการขึ้นต้นประโยคด้วยคำนามหรือกริยาให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันในแต่ละหัวข้อ

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1 การนำ

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง

การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

(1) ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กร:

(i) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ¹;

(ii) เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร.

(2) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม:

(i) กำหนดหลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร;

(ii) ใช้หลักจริยธรรมชี้นำการตัดสินใจและปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.

(3) ผู้นำระดับสูงมุ่งมั่นต่อการประพฤติปฏิบัติตามกฎหมาย

(4) ผู้นำระดับสูงเป็นตัวอย่างของการทำงานเป็นทีม

¹ การถ่ายทอดลงสู่การปฏิบัติไปยังบุคลากร ผู้ส่งมอบ พันธมิตรที่สำคัญ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการอื่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ข. การสื่อสาร

- (1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลกับบุคลากรทั้งองค์กรและผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่นๆที่สำคัญ:
 - (i) ใช้การสื่อสารสองทิศทาง อย่างเปิดเผย และตรงไปตรงมา;
 - (ii) สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง;
 - (iii) สร้างแรงบันดาลใจ ชูงใจ บุคลากรเพื่อให้มีผลการดำเนินงานที่ดี.

ค. ความสำเร็จขององค์กร

- (1) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อม²ที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ บรรลุพันธกิจขององค์กร:
 - (i) เป็นองค์กรที่คล่องตัว³;
 - (ii) มีวัฒนธรรมความปลอดภัย;
 - (iii) มีการเรียนรู้ มีการสร้างนวัตกรรม;
 - (iv) สร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;
 - (v) การพัฒนาและเตรียมผู้นำในอนาคตขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง:

² ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อม หมายถึง ผู้นำกำหนดแนวทางการทำงานที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ เช่น วิธีการตอบสนองขององค์กร, ระบบการนำ (โครงสร้าง การสื่อสาร การตัดสินใจ), การตอบสนองของคนทำงาน

³ องค์กรที่คล่องตัว (Agile Organization) หมายถึง องค์กรที่ยืดหยุ่น คล่องตัว มีความสามารถในการปรับตัวเปลี่ยนแปลงและเริ่มสิ่งใหม่ๆอย่างรวดเร็วโดยประสบความสำเร็จ ในสถานการณ์สภาวะแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงผันผวนและไม่แน่นอน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) ระบุการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อบรรลุพันธกิจและการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร;
- (ii) กำหนดความคาดหวังในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น.
- (iii) แสดงให้เห็นถึงการรับผิดชอบต่อระดับบุคคลต่อการดำเนินการขององค์กร

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม

องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความ
รับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการทำ
ประโยชน์ให้สังคม

ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความ
รับผิดชอบในประเด็นต่อไปนี้:

(i) ความรับผิดชอบต่อทิศทาง วัตถุประสงค์ และแผนกลยุทธ์ขององค์กร;

(ii) ความรับผิดชอบด้านการจัดการดำเนินงาน
(Operational Management)⁴ ของผู้นำระดับสูง

(iii) ความรับผิดชอบด้านการจัดการทางการเงิน
(Financial management)⁵ และงบประมาณ

(iv) ผลการดำเนินการขององค์กรและความโปร่งใสในการ
ดำเนินการ;

(v) การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมี
ประสิทธิผล;

(vi) การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

⁴ การจัดการดำเนินงาน (Operational Management) หมายถึง การดำเนินนโยบาย การกำหนดเป้า
หรือเป้าหมายในอนาคตสำหรับบริการต่างๆขององค์กร การสร้างกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
เหล่านั้น การจัดสรรทรัพยากรและทำให้มั่นใจว่าจะบรรลุตามแผน ทั้งการดำเนินงานขององค์กรและการ
ดำเนินงานโดยองค์กรอื่นที่

⁵ การจัดการทางการเงิน (Financial Management) หมายถึง การวางแผน การตรวจสอบ การจัดระเบียบ
และการควบคุมทรัพยากรทางการเงินขององค์กร.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(2) องค์กรประเมินและปรับปรุงผลการดำเนินการของการนำและการกำกับดูแล:

(i) ประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลการดำเนินการของผู้บริหารระดับสูง;

(ii) ประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลการดำเนินการของระบบการนำ;

(iii) ประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลการดำเนินการของระบบกำกับดูแลองค์กร.

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก⁶ ที่มีประสิทธิผล:

(i) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล⁷ การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประสบการณ์ของผู้ป่วย.

(ii) คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับผลการดำเนินการและกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยและแสดงความ

⁶ การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

⁷ การเปิดเผยข้อมูล (openness) เช่น การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องราวเรียน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

รับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

- (1) องค์กรปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบและดูแลผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นต่อสังคม:
 - (i) ปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบด้านความปลอดภัย;
 - (ii) ปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง⁸;
 - (iii) คาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อผลกระทบเชิงลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ⁹;
 - (iv) เตรียมการเพื่อการอนุรักษ์ทรัพยากร ธรรมชาติ.
- (2) องค์กรรับผิดชอบต่อการมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรม:
 - (i) ส่งเสริมและทำให้มั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี;
 - (ii) มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.

⁸ กฎหมายและระเบียบ (Legal and regulatory) ควรครอบคลุมถึง กฎหมายและระเบียบที่คุ้มครองการทำงานของบุคลากร อาชีวอนามัย โครงสร้างอาคาร การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม การจัดการของเสีย พรบ.โรคติดต่อที่ต้องรายงาน พรบ.คุ้มครองผู้บริโภค ความปลอดภัยด้านอาหาร ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กฎหมายของวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนวิชาชีพ มาตรฐานทางเทคนิคต่างๆ เช่นพรบ.คอมพิวเตอร์

⁹ ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ¹⁰ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

ค. การทำประโยชน์ให้สังคม

(1) องค์กรมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดความผาสุกและผลประโยชน์ของสังคม

¹⁰ ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma)

ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากในการตัดสินใจ เนื่องจากมีฐานคิดทางจริยธรรมที่ขัดแย้งกัน หากตัดสินใจบนฐานคิด หนึ่ง ก็อาจขัดแย้งกับอีกฐานคิดหนึ่ง เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยหนักรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยหนักซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่อยู่เดิมออกหนึ่งราย

I-2 กลยุทธ์

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับ การดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

- (1) องค์กรมีกระบวนการการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม. ในด้านต่าง ๆ:
 - (i) กระบวนการ ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม และกรอบเวลามีความเหมาะสม;
 - (ii) การวางแผนระบบบริการมีขั้นตอนการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรและอาจขยายถึงจากชุมชน;
 - (iii) การวางแผนกลยุทธ์มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเป็นองค์กรที่มีความคล่องตัว
- (2) กระบวนการวางแผนกลยุทธ์ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรม
- (3) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนีในการจัดทำกลยุทธ์:
 - (i) ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนที่รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;
 - (ii) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สิ่งที่คุณค่าความสำเร็จ ความเสี่ยงที่สำคัญ และโอกาสเชิงกลยุทธ์;
 - (iii) โอกาสเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม;
 - (iv) จุดบอดที่อาจมีในกระบวนการวางแผน;
 - (v) ความสามารถในการนำไปปฏิบัติ.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.
- (5) องค์กรตัดสินใจ¹¹เรื่องระบบงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่สามารถดำเนินการเองได้ และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

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

¹¹ การตัดสินใจพิจารณาจากสมรรถนะหลักขององค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับองค์กรภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพขององค์กร.

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

(1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์:

(i) องค์กรมีกระบวนการในการจัดทำและอนุมัติแผนสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด;

(ii) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการทั้งระยะสั้นและระยะยาว;

(iii) องค์กรมีแผนปฏิบัติการที่ระบุวัตถุประสงค์¹²ของการดำเนินงาน.

(2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ:

(i) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับบุคลากรขององค์กร เพื่อให้บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์;

(ii) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการกับผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์.

(3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ และองค์กรธำรงความมั่นคงทางการเงินได้.

¹² วัตถุประสงค์ควรครอบคลุม วัตถุประสงค์ของระบบบริการต่างๆ ที่ขึ้นอยู่กับจำนวนและประเภทของกิจกรรมการบริการที่วางแผนไว้ ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปยังแผนอื่น ๆ ภายในองค์กรเช่น ทรัพยากรมนุษย์ความเสี่ยงการสื่อสารและแผนทางการเงิน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านบุคลากรที่สำคัญเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.
- (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ติดตาม;
 - (i) ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ;
 - (ii) ติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของการบรรลุวัตถุประสงค์และการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ.

ข. การทบทวนแผนปฏิบัติการ

องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลัก และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติ ภายในกรอบเวลาที่กำหนดหรือตามความจำเป็น

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

(1) องค์กรรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์:

- (i) องค์กรรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ (ตามความเหมาะสมสอดคล้องกับพันธกิจ) เพื่อเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวัง;
- (ii) วิธีการรับฟังที่แตกต่างและเหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ;
- (iii) องค์กรค้นหาวิธีการรับฟังข้อมูลป้อนกลับจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานทันทีหลังเข้ารับบริการ;
- (iv) ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทางวางแผนกลยุทธ์ การออกแบบบริการ และปรับปรุงกระบวนการทำงาน

ข. การกำหนดผลิตภัณฑ์และจัดบริการสุขภาพ

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

- (i) บริการสุขภาพในภาพรวม;
- (ii) บริการสุขภาพตามสาขาความเชี่ยวชาญการให้บริการ;
- (iii) บริการสุขภาพตามความต้องการทางด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วย.

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM.2)

องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ประเมินความพึงพอใจ/และความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

ก. ความสัมพันธ์และการสนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยเคารพในความชอบส่วนบุคคล เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.

(2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้ สามารถสืบค้นข้อมูลสารสนเทศและรับการสนับสนุนด้านบริการสุขภาพ: (ดู II-1.1 ก.(10) ร่วมด้วย)

(i) ผู้ป่วยและผู้รับผลงานสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลกระบวนการเข้าถึงและการให้บริการต่างๆ;

(ii) องค์กรให้การสนับสนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงและรับบริการด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง

(3) องค์กรจัดการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างทันที่และมีประสิทธิผล:

(i) องค์กรจัดให้มีกระบวนการร้องเรียนที่สามารถเข้าถึงได้โดยทั่วไป

(ii) องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบและแก้ไขข้อร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ภายในระยะเวลาที่กำหนด

(iii) องค์กรรวบรวมและวิเคราะห์ข้อร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงในภาพรวมขององค์กร

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.
- (2) องค์กรประเมินความไม่พึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

ค. การใช้เสียงของผู้ป่วยและข้อมูลของผู้รับผลงาน

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

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข¹³.

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและเคารพสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่¹⁴ ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) องค์กรคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.

¹³ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ, 2. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน, 3. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต, 4. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน, 5. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ, 6. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด, 7. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย, 8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับบริการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ, 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

¹⁴ การให้ข้อมูลเรื่องสิทธิและหน้าที่ครอบคลุมมาถึง สิทธิและหน้าที่ของผู้ดูแล ผู้อำนวยการความสะอาดต่างๆในการประสานดูแลผู้ป่วย และการเคารพในสิทธิและหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (4) องค์กรมีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
 - (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
 - (6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
 - (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.
- ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

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

I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กร

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

I-4.1 ก.การวัดผลการดำเนินการ

- (1) องค์กรติดตามข้อมูลสารสนเทศที่สะท้อนภาพรวมของผลการดำเนินงานขององค์กรและผลการดำเนินงานประจำวัน. อาจประกอบด้วย: (ดู ตอนที่ VI ร่วมด้วย)
 - (i) องค์กรกำหนด ข้อมูล/ตัวชี้วัดสำคัญขององค์กรและระบบบริการเพื่อใช้ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน ผลการดำเนินงานองค์กร ความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) องค์กรรวบรวม จัดการ ข้อมูลสารสนเทศ ที่เลือกหรือกำหนดให้มีความเชื่อมโยงสอดคล้องไปในทิศทางทางเดียวกัน
- (2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ¹⁵ ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยอิงข้อเท็จจริง.
- (3) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลจากเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง. (ดู I-3.2 ก.(1) ร่วมด้วย)

¹⁵ แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (4) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัวตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างทันที่ทั้งที่

ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ

- (1) องค์กรวิเคราะห์ ทบทวนผลการดำเนินการและความสามารถขององค์กร ประกอบด้วย:
- (i) การทบทวนโดยใช้ตัวชี้วัดผลการดำเนินการที่สำคัญ และข้อมูลเปรียบเทียบ;
 - (ii) การวิเคราะห์ความถูกต้องของผลการดำเนินการ;
 - (iii) การประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงการตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลการดำเนินการ

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

I-4.2 การจัดการสารสนเทศและการจัดการความรู้

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูล และสารสนเทศในด้านต่างๆดังนี้:
 - (i) ความถูกต้อง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (accuracy & validity);
 - (ii) ความคงสภาพ เชื่อถือได้ (integrity & reliability);
 - (iii) ความเป็นปัจจุบัน (currency or up to date)
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นมีความพร้อมใช้. ดังนี้:
 - (i) ข้อมูลสารสนเทศมีความพร้อมใช้สำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และหน่วยงานภายนอก;
 - (ii) ข้อมูลสารสนเทศมีรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งาน;
 - (iii) ข้อมูลสารสนเทศมีความพร้อมใช้และทันเหตุการณ์

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/ สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม มีการป้องกัน ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (3) ในกรณีที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ **telemedicine and information-sharing platforms**¹⁶ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.

ค. ความรู้ขององค์กร

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. ประกอบด้วย:

- (i) มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติ;
- (ii) มีการผสมผสาน เชื่อมโยง และประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่;
- (iii) มีการรวบรวมและใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์;
- (iv) มีการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิภาพของ **healthcare intervention & technology** มาประยุกต์ใช้.

- (2) องค์กรมีการแลกเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติที่ดีขององค์กร.
ดังนี้:

- (i) ระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการณ์ที่มีผลงานดี;
- (ii) ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อการแลกเปลี่ยน;
- (iii) นำแนวทางปฏิบัติที่ดีไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.

¹⁶ Telemedicine and information-sharing platforms การนำเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากร ทาง การแพทย์สามารถพูดคุยตอบโต้กันได้แบบ Real-time เช่นเดียวกับการสื่อสารผ่านระบบ video conference ที่คู่สนทนาสามารถมองเห็นหน้าและสนทนากันได้ทั้ง 2 ฝ่าย ได้อย่างไรข้อจำกัดในเรื่องเวลา และสถานที่ เรียกเป็นภาษาไทยว่า โทรเวชกรรม หรือทับศัพท์ว่า เทเลเมดิซิน ซึ่งแพทย์สามารถช่วยการ รับและส่งต่อข้อมูลด้านการแพทย์ ทำการรักษา วินิจฉัยโรค ติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ห่างไกล จากโรงพยาบาล และให้คำปรึกษาจากทางไกลได้

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้
ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.

I-5 บุคลากร

I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร¹⁷

องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากร เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อ ต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร ก. ขีดความสามารถ¹⁸ และความเพียงพอของบุคลากร¹⁹

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารบุคลากรที่ตอบสนองพันธกิจและแผนกลยุทธ์. แผนบริหารบุคลากรคำนึงถึง:

(i) ข้อกำหนดของสภาวิชาชีพหรือองค์กรวิชาชีพ ร่วมกับบริบทขององค์กร;

¹⁷ **บุคลากร** หมายถึง บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราวพนักงานที่ทำงานไม่เต็มเวลา พนักงานตามสัญญาจ้าง ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

¹⁸ **ขีดความสามารถของบุคลากร** (workforce capability) หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการบรรลุผลสำเร็จของงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของ**บุคลากร** ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่น การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

¹⁹ **ความเพียงพอของบุคลากร** (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่นได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(ii) การระบุขีดความสามารถและบุคลากรที่ต้องการในแต่ละส่วนงานเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้

(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษาบุคลากร. ดังนี้:

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

(ii) ให้บุคลากรที่มาปฏิบัติงานใหม่ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน;

(iii) มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมอตามสภาวิชาชีพหรือองค์กรวิชาชีพ กำหนด.

(3) องค์กรเตรียมบุคลากรให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่กำลังเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบุคลากรไม่เพียงพอ หรือการลดบุคลากรที่ไม่จำเป็น.

(4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ สนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น รวมทั้งใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร. ดังนี้:

(i) กำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น;

(ii) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(iii) มีแนวทาง²⁰ และกลไกสนับสนุนการประสานงานภายในและระหว่างหน่วยงานและกับบริการภายนอกที่เกี่ยวข้อง;

(iv) มีการกำกับดูแล สนับสนุน และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม

ข. การสนับสนุนการทำงานและสวัสดิภาพของบุคลากร

(1) องค์กรสร้างความมั่นใจในการปรับปรุงและสนับสนุนเพื่อให้บุคลากรเข้าถึงสิ่งจำเป็นในการทำงานได้อย่างสะดวกและตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็น

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าสถานที่ทำงานมีสวัสดิภาพสำหรับบุคลากร มีมาตรการปกป้องคนทำงานจากความรุนแรง การกลั่นแกล้ง และการคุกคาม

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร

(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร ในภาวะปกติและสถานการณ์ภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน (ดู I-6.2 ข ร่วมด้วย) ประกอบด้วย:

(i) มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง;

(ii) มีการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยเฉพาะ วัณโรค โรคติดต่อทางเดินหายใจ หรือ โรคอุบัติใหม่ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี โรคติดต่อทางเดินหายใจ” หรือ “โรคอุบัติใหม่ และ HIV ;

²⁰ กรอบการทำงานควรได้รับการสนับสนุนด้วยข้อตกลงความร่วมมือ/มาตรการที่ใช้ร่วมกันและ / หรือ คณะกรรมการสำหรับการวางแผนการกำกับดูแลบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (iii) มีการป้องกันอันตรายจากเข็มฉีดยา ของมีคมบาด รวมทั้งการสัมผัสเลือด สารคัดหลั่งที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ;
- (iv) มีการป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น สารเคมีในห้องปฏิบัติการ, ก๊าซดมสลบ และยาเคมีบำบัด;
- (v) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี;
- (vi) มีการป้องกันอันตรายจากปัจจัยด้านการยศาสตร์ กิจกรรมต่างๆที่มีการใช้มีการใช้มือ;
- (vii) มีอุปกรณ์ป้องกันตัว (PPE) ที่เหมาะสมเพียงพอ;
- (viii) มีการให้ภูมิคุ้มกันที่เหมาะสมแก่บุคลากร;
- (ix) มาตรการปกป้องบุคลากรจากความรุนแรงการกลั่นแกล้งและการคุกคาม.
- (x) มีการติดตามวัดระดับภาระงานและการจัดการความเครียด

(2) บุคลากรทุกคนได้รับการตรวจสอบสุขภาพ.

- (i) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงาน และมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน.
- (ii) บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยและการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ

(3) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือขาดเจ็บจากการทำงาน.

- (i) บุคลากรที่เจ็บป่วยหรือขาดเจ็บจากการทำงานได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(ii) องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเชื้อ.

(4) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ.

(i) องค์กรมีนโยบายและวิสัยปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ

(ii) บุคลากรแต่ละคนมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ

(iii) บุคลากรมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกายใจ สังคม ของตน.

ง. ชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคลากร

(1) องค์กรส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากร. ประกอบด้วย:

(i) กระบวนการเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีเช่น การจัดการความเครียด การติดตามวัดระดับภาระงาน การจัดการความสมดุลชีวิตและการทำงาน และโปรแกรมการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ

(ii) บุคลากรได้รับการดูแล สนับสนุนและคำแนะนำที่เหมาะสม

(2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนบุคลากรอย่างเหมาะสมกับบุคลากรแต่ละกลุ่ม. ด้วยมาตรการต่อไปนี้:

(i) การประกาศนโยบาย;

(ii) การจัดบริการ;

(iii) การให้สิทธิประโยชน์.

I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร

องค์กรสร้างความผูกพันกับ**บุคลากร**²¹ มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้**บุคลากร**มีผลการดำเนินงานที่ดี.

ก. การประเมินความผูกพันของบุคลากร.

- (1) องค์กรกำหนดปัจจัยที่ขับเคลื่อนให้เกิดความผูกพันของบุคลากรในแต่ละกลุ่ม.
- (2) องค์กรประเมินปัจจัยความผูกพันและระดับความผูกพันของบุคลากรแต่ละกลุ่ม.ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
- (3) องค์กรนำผลการประเมินมาปรับปรุงเพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันและมีแรงจูงใจที่จะสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดี.

²¹ ความผูกพันของ**บุคลากร** หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ข. วัฒนธรรมองค์กร

(1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมผลการปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร. โดยเป็นวัฒนธรรมที่:

- (i) มีการสื่อสารที่เปิดกว้าง;
- (ii) มีการทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี;
- (iii) เอื้อต่อการนำวิสัยทัศน์และค่านิยมขององค์กรไปใช้;
- (iv) เสริมพลังบุคลากร
- (v) เห็นคุณค่าและความหมายของงาน

ค. การจัดการผลการปฏิบัติงานและการพัฒนาบุคลากร

(1) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของบุคลากร เพื่อสร้างผลงานที่ดี หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติให้สำเร็จผล. โดยคำนึงถึง:

- (i) การสื่อสารความคาดหวังและช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดีอย่างสม่ำเสมอ;
- (ii) การประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง;
- (iii) การบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย หรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร;
- (iv) การดำเนินการที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มบุคลากรที่ผลการประเมินงานต่ำกว่าเกณฑ์

(2) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพ อีสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
 - (ii) การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
 - (iii) จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ และจริยธรรมวิชาชีพ และจริยธรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจองค์กร;
 - (iv) การดูแลที่ยึดมิติคนเป็นศูนย์กลาง (การมุ่งเน้นบูรณาการการดูแลผู้ป่วย สิทธิผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการข้อร้องเรียน การตัดสินใจร่วม ทักษะการสื่อสาร ผู้ป่วยให้การยินยอม ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ แต่ละกลุ่ม) มิติทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างเสริมสุขภาพ
 - (v) รับรู้คุณค่าและความหมายของงานที่ทำ และมีการเติบโตจากภายใน;
 - (vi) การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน;
 - (vii) ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.
- (3) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของบุคลากร ผลการปฏิบัติงานของบุคลากร และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.
- (4) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของบุคลากร วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำในอนาคต.

I-6 การปฏิบัติการ

I-6.1 กระบวนการทำงาน

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

ก. การออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน

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

ข. การนำกระบวนการไปสู่การปฏิบัติและปรับปรุงกระบวนการ

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน. ดังนี้:

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(i) จัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน กระบวนการ/ระเบียบปฏิบัติ และรายงานการประชุมที่สำคัญ เป็นเอกสาร มีการอนุมัติ²²;

(ii) มีการควบคุม ข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีการทบทวนปรับปรุงเป็นระยะตามกำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น;

(iii) มีกระบวนการในการพัฒนา การมอบหมายอำนาจ ทบทวน และปรับปรุงนโยบายและขั้นตอนการทำงานที่เป็นปัจจุบันสำหรับหน้าที่หลักขององค์กรภายในกรอบเวลาที่กำหนด.

(2) องค์กรมีกระบวนการสนับสนุนที่เอื้อต่อการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพและความต้องการสำคัญขององค์กร

(3) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อ:

(i) พัฒนาการจัดบริการสุขภาพและผลการดำเนินการขององค์กร;

(ii) เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร;

(iii) ลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

ค. การจัดการเครือข่ายอุปทาน

(1) องค์กรจัดการเครือข่ายอุปทาน เพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับบริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง²³/ผลิตภัณฑ์ วัสดุและบริการอื่น ที่มีคุณภาพสูง โดย:

²² การอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผนเอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล

²³ บริการสุขภาพที่ไม่ได้ดำเนินการเอง บริการสุขภาพที่องค์กรให้หน่วยงาน กลุ่มบุคคล หรือองค์กรอื่น มาให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล โดยองค์กรเป็นผู้อนุญาตให้ดำเนินการในองค์กร

ผลิตภัณฑ์และบริการอื่น เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์, น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ วัสดุการแพทย์ที่จำเป็นขาดแคลน: N95, surgical mask, gown, alcohol, Lab : media : บริการ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) เลือกผู้ส่งมอบ ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
- (ii) มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม;
- (iii) มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
- (iv) ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
- (v) จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันได้

ง. การจัดการนวัตกรรม

- (1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น. โดยนวัตกรรมที่พัฒนาควรมุ่งถึง:

- (i) คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบริการ;
- (ii) ความคุ้มค่าและประโยชน์ที่ได้รับในระบบบริการ;
- (iii) มีการพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัยที่สามารถขยายผลได้ในอนาคต

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนและการฝึกอบรมทางคลินิกของสถานพยาบาล

- (1) การจัดการเรียนการสอนทางคลินิกต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการและการได้รับความรู้/ประสบการณ์ของผู้ฝึก/ผู้เรียนอย่างเหมาะสม. ดังนี้:

เช่น งานทำความสะอาด, งานรักษาความปลอดภัย, งานบริการอาหาร, ระบบการขนส่งคมนาคมระหว่างองค์กร

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(i) มีการจัดการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาเป็นไปตามหลักสูตร หรือแผนการฝึกอบรม;

(ii) มีระบบการบริหารจัดการและการกำกับดูแลที่เพียงพอ สำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจใน คุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิ ผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน;

(iii) มีความชัดเจนในการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแล และความชัดเจนในการใช้บันทึกของนักศึกษาหรือผู้รับการ ฝึกอบรมเป็นหลักฐานทางกฎหมาย เช่นการบันทึกเวชระเบียน;

(iv) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความ ปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึก เป็นต้นแบบที่ดีของระบบ คุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้ จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ นักศึกษาและผู้รับ การฝึกเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความ ปลอดภัย.

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

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

ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.
- (2) องค์กรพัฒนา ทบทวน และทดสอบแผนรับสถานการณ์การบริหารความต่อเนื่องขององค์กร และแผนฟื้นฟูภัยพิบัติ²⁴ ซึ่งอาจเรียกว่าแผนฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเตรียมความพร้อมของระบบงาน บุคลากรและสถานที่. โดยคำนึงถึง:
 - (i) การป้องกันภัยพิบัติ;
 - (ii) การบริหารจัดการให้เกิดความต่อเนื่องของระบบบริการและระบบสารสนเทศ;

²⁴ ภัยพิบัติ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ (น้ำท่วม, แผ่นดินไหว, การระบาดของโรคติดต่อ) เหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ (อัคคีภัยในเขตเมือง, อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม, การก่อการร้ายทางชีวภาพ)

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (iii) การเคลื่อนย้าย ทรัพยากรและโครงสร้าง;
- (iv) การทำให้เกิดการฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิม.

ค. ความปลอดภัยและการรักษาความมั่นคงทางโลกไซเบอร์

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้และอิเล็กทรอนิกส์ และระบบการปฏิบัติการที่สำคัญเป็นความลับและสามารถเข้าถึงได้ในทางกายภาพและทางอิเล็กทรอนิกส์ตามสิทธิที่เหมาะสม. และองค์กรมีการดำเนินการดังต่อไปนี้:

- (i) เฝ้าระวังสิ่งคุกคามความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ที่เกิดขึ้นใหม่;
- (ii) ตูแลความมั่นคง ปลอดภัย และพร้อมไม้ไขของข้อมูลและระบบสารสนเทศในกรณีเกิดภัยพิบัติ;
- (iii) ทำให้มั่นใจว่าบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับบริการอื่น พันธมิตรและผู้ส่งมอบ เข้าใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนในด้านความปลอดภัยและการรักษาความความมั่นคงทางโลกไซเบอร์;
- (iv) ระบุและจัดลำดับความสำคัญของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบการปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อให้มีความปลอดภัย;
- (v) ป้องกันระบบเหล่านี้จากเหตุการณ์การที่อาจกระทบต่อความปลอดภัยบนโลกไซเบอร์ ตรวจสอบ ตอบสนอง และกู้คืนจากการถูกโจมตีทางไซเบอร์

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุก
ระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) องค์กรนำระบบบริหารคุณภาพสู่การปฏิบัติโดยมีองค์ประกอบ
สำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง
และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ.ดังต่อไปนี้:

(i) หลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ
(concepts);

(ii) บริบทจำเพาะขององค์กร รวมถึงความต้องการของ
ผู้รับบริการ (context);

(iii) หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ขีดจำกัดและความรู้ใน
ตัวบุคคล (criteria);

(iv) วัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose);

(v) การออกแบบที่เน้นคนผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง
(design);

(vi) การนำระบบที่ออกแบบไปสู่การปฏิบัติ (action);

(vii) การกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้
(learning);

(viii) การออกแบบใหม่ การปรับแต่ง การพัฒนา
นวัตกรรม การบูรณาการ (improve);

(ix) การมีผู้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการส่งเสริมและ
ประสานงานการพัฒนาคุณภาพ.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (2) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดย:
- (i) กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
 - (ii) ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเห็นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
 - (iii) ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.
- (3) องค์กรมีการนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:
- (i) กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ²⁵ของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ”;
 - (ii) กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และ ความเสี่ยง สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - (iii) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยงในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล;
 - (iv) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ

²⁵ นิยามเชิงปฏิบัติการ คือนิยามเพื่อการนำไปปฏิบัติและสื่อสารในองค์กรแต่ละองค์กร

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

(4) องค์กรมีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:

(i) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ;

(ii) มีความร่วมมือกันในกลุ่มบุคลากรในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบของวิชาชีพ;

(iii) ส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;

(iv) จัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทางให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น **ทีมนำระดับสูง** ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.

(5) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

(i) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;

(ii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสม**เพื่อ**

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ยกระดับคุณภาพบริการ. องค์กรควรเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ;

(iii) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลายได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมชมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

(6) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานขององค์กรและและผลการดำเนินงานของบริการ.

(i) การกำกับดูแลองค์กรและการกำกับดูแลทางคลินิก;

(ii) การบริหารจัดการองค์กร;

(iii) ผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัย²⁶;

(iv) ผลการดำเนินงานของระบบบริการ²⁷;

(iv) ความพึงพอใจของบุคลากร;

(v) ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของการดูแลหรือบริการสุขภาพที่ให้บริการ.

²⁶ ครอบคลุมข้อมูลที่ตรวจสอบแล้ว ในการประเมินความเสี่ยง อุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ Including audit information, finding from risk assessment, patient safety incidents / adverse events

²⁷ ครอบคลุม การร้องเรียน คำชมเชยและข้อเสนอนะ ข้อมูลจากการเก็บรายงานผลลัพธ์ของผู้ป่วย (patient reported outcome measures) รายงานความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการ รายงานการใช้ประโยชน์และประสิทธิภาพของบริการ Including complaint, compliment and concerns, patient reported outcome measures, patient/service user's satisfaction, utilization and efficiency of services

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 and part IV)

- (7) องค์กรมีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการวัดผลการดำเนินงานมาใช้ในการทบทวนและขึ้นำการพัฒนาคุณภาพ.(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1ค)
- (8) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสการพัฒนาที่ระบุไว้. แผนการพัฒนาคุณภาพควร:
- (i) มีการจัดทำในรูปแบบที่เป็นทางการโดยมีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การมอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจน;
 - (ii) ระบุกิจกรรมเฉพาะที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้
 - (iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
 - (iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
 - (v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ
 - (vi) รับฟังกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง
- (9) องค์กรนำแผนพัฒนาคุณภาพไปสื่อสารและดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.
- (10) องค์กรเผยแพร่การพัฒนาคุณภาพและผลการดำเนินงานต่อสาธารณะ.

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) องค์กรมีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย²⁸ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของการดูแลและค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก²⁹ ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการกำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนการพัฒนากการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ฝึกอบรม การใช้ออมูลวิขาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

²⁸ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการใช้ยา การทบทวนการใช้เลือด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัด

²⁹ กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(1) องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วย:

(i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง (ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านการปฏิบัติงานทั้งทางคลินิกและไม่ใช่คลินิก ด้านการเงิน และอันตรายอื่น ๆ ที่เหมาะสมเป็นต้น) และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;

(ii) หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;

(iii) บัญชีหรือรายการความเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น ด้านกลยุทธ์ ด้านคลินิก ด้านการปฏิบัติการ หรือด้านการเงิน;

(iv) กระบวนการรายงานอุบัติการณ์และความรับผิดชอบต่อการรายงาน;

(v) การกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญเพื่อทำแผนจัดการความเสี่ยง;

(vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;

(vii) กระบวนการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับบริการ บุคลากรและผู้มาเยือน;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(viii) การสอนและให้ความรู้บุคลากรในเรื่องการบริหารความเสี่ยง.

(2) องค์กรสนับสนุนกรอบการทำงานบริหารความเสี่ยงขององค์กร โดย:

(i) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับ

การรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;

(ii) นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินงาน;

(iii) กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาสที่จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง; ใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ในการบันทึกจัดลำดับความสำคัญ แผนการรักษา ป้องกันและผ่อนคลายความเสี่ยง ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

(3) องค์กรประเมินผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการเพื่อระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ซึ่งควรประเมินตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย และมีกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงเหล่านี้. การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง:

(i) การจัดการด้านยา;

(ii) การพลัดตกหกล้ม;

(iii) โอกาสในการติดเชื้อ;

(iv) โภชนาการ;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(v) ผลจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ.

(vi) การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกลุ่มเปราะบาง

(4) องค์กรระบุหัตถการ การรักษา หรือการดูแลที่มีความเสี่ยงสูง มีการเตรียมการเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว. หัตถการ การรักษา หรือการดูแลที่มีความเสี่ยงสูงอาจรวมถึง:รวมถึง:

(i) การผ่าตัดและการทำหัตถการรุกราน;

(ii) การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด;

(iii) รังสีชนิดก่อก่อไอออน ไอโซโทปกัมมันตรังสี และเวชศาสตร์นิวเคลียร์;

(iv) การใช้ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์และการจัดการยาที่ควบคุม;

(v) การวิจัยและการทดลองทางคลินิก;

(vi) ความเสี่ยงของเครื่องมือหรืออุปกรณ์เช่น ไฟไหม้ / การบาดเจ็บจากการใช้เลเซอร์;

(vii) การร่วมดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์หลายคน;

(viii) การดูแลผู้ป่วยของนักเรียนแพทย์หรือนักศึกษาสาขาวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข;

(ix) ภาวะหรือกระบวนการอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามบริบทเฉพาะของสถานพยาบาลนั้น.

(5) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีหลักฐานอ้างอิงมาและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย. ดังนี้;

(i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย(Thailand Patient and Personnel Safety Goals);

(ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่น ๆ เช่น กลยุทธ์ / วิธีแก้ปัญหาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก.

(6) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย;

(i) มีกระบวนการบันทึกและรายงานอุบัติการณ์³⁰ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บุคลากร หรือผู้มาเยือน;

(ii) มีกระบวนการในการตรวจสอบ สืบค้นหาสาเหตุ และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;

(iii) มีกระบวนการในการนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุง

(iv) มีกระบวนการสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;

(v) มีการอบรมบุคลากรในการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;

(vi) มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.

(7) องค์กรมีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ. ควรประกอบด้วย;

³⁰ ให้มีความสำคัญกับอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัย (safety incidents)

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

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

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล

- (1) ผู้นำการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล³¹.
- (2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมี**บุคลากร**ด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ³² และ**จำนวน**เพียงพอ³³ เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก.
- (3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้อย่างได้ผล:

³¹ เช่น การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

³² การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

³³ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ ได้แก่ การกำหนดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม และ**บริหารจัดการ**ให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
 - (iii) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (iv) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ระหว่างการเรียนการสอน และพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
 - (v) การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.
- (4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ งานคุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลังความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

ข. ปฏิบัติการพยาบาล

- (1) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.
- (2) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.
- (3) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ/ ครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จผสมผสาน และเป็นองค์รวม.
- (4) บันทึกทางการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย
- (5) การติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล เป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจรรยาบรรณวิชาชีพ.
- (4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้อย่างได้ผล:
- (i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
 - (ii) การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ;
 - (iii) การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ **ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ** และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้;
 - (iv) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
 - (v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - (vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
 - (vii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;
 - (viii) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - (ix) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (6) องค์กรมีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ และมาตรฐานวิชาชีพ. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.
- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก³⁴. มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย

³⁴ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ชำระไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย
ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.

- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาท
ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงาน
อย่างมีประสิทธิภาพ.

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

- (1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตราย³⁵ อย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่าช้าต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉิน³⁶ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน³⁷ และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.

³⁵ วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ชยะติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

³⁶ ภาวะฉุกเฉิน (emergency) ได้แก่เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ไฟฟ้าประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น อากาศวิฤภาพ ตึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่)

³⁷ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณสุขภาค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุมการป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.

(2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย และความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อม.

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย³⁸ อย่างสม่ำเสมอ.

³⁸ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมี ดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสารสนเทศที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผลปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:
 - (i) กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
 - (ii) การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
 - (iii) การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
 - (iv) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้;
 - (vi) การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
 - (vii) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.
- (2) มีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องผู้ใช้โดยผู้ที่ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ และองค์กรให้การอนุญาตในการใช้เครื่องมือชิ้นนั้น.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

ข. ระบบสาธารณูปโภค³⁹

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
 - (i) การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;
 - (ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
 - (iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - (iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
 - (v) การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ;
 - (vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด⁴⁰ โดยมี

³⁹ ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์และระบบสุญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

⁴⁰ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก บ้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระตุก/เนื้อเยื่อ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.

- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขโรค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

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

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

- (1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:
 - (i) มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
 - (ii) มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
 - (iii) มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (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

II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(1) องค์กรจัดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. โดยให้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้:

(i) กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;

(ii) ออกแบบ/ กำกับดูแลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;

(iii) วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ;

(iv) สรุปผลการดำเนินงานและสื่อสารกับทุกภาคส่วนในองค์กรเพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

(2) ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.

(3) องค์กรมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในองค์กรทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประสานกลมกลืนและเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ความปลอดภัยโดยรวมขององค์กร รวมทั้งทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมีความรู้ ความตระหนัก และมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ.

(4) องค์กรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควรมีความรู้ที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล⁴¹.

(5) องค์กรจัดให้มีแพทย์ที่มีความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แพทย์ที่ปฏิบัติงานนี้ควรได้รับการฝึกอบรมด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อโดยเฉพาะการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมที่จัดขึ้นโดยองค์กร มาตรฐาน และควรมีการฟื้นฟูความรู้เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ.

(6) องค์กรมีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึง

⁴¹ นอกจาก ICN แล้ว องค์กรควรพิจารณาให้มี infection control practitioner ซึ่งเป็นแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์ ที่เข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเข้าร่วมทำงานเป็นทีมกับ ICN

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

หน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.

- (7) องค์กรออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการ และการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.
- (8) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
 - (i) การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
 - (ii) มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา⁴²; รวมถึงมีมาตรการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามแนวทางในข้อ II-61 ก
- (5)
 - (iii) มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตุนิหัต;
 - (iv) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;

⁴² องค์ประกอบหลักของการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ได้แก่ การเฝ้าระวังและติดตามอัตราการพบเชื้อดื้อยา การแยกผู้ป่วยตามกลไกการแพร่กระจายเชื้อรวมทั้งการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้อง การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และผู้น้องค์กรจัดให้มีระบบบริหารจัดการแบบสหสาขาวิชาชีพ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

(v) การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);

(vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์การวิชาชีพ.

(9) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน รวมไปถึงการจัดการสิ่งแวดล้อม.

(10) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ.

ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดสถานะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการดื้อยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.

(2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

(3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้การระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.

- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ (เช่น แบคทีเรียดื้อยา วัณโรคดื้อยา) และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.
- (6) องค์กรมีวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอก และชุมชน และมีการสื่อสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ และนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

(i) การใช้ isolation precautions ซึ่งประกอบด้วย standard precautions และ transmission-based precautions⁴³ ;

(ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ อุปกรณ์ที่ออกแบบให้ใช้ครั้งเดียวแต่มีราคาแพงหรือจัดหายได้ยาก

(iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบให้ใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)⁴⁴.

⁴³ Standard precautions คือชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ อาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเมื่อคาดว่าจะมีการสัมผัสแหล่งโรค การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มด้า สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วน transmission-based precautions แบ่งออกเป็น contact, droplet, vector และ airborne transmission

⁴⁴ การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำอาจทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาต

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:
- (i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
 - (ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม⁴⁵ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
 - (iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;
 - (iv) องค์กรแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.
 - (v) การทำความสะอาดพื้นผิวขององค์กร ลและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ;
- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเพื่าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

⁴⁵ การควบคุมสภาพแวดล้อม เช่น positive pressure ventilation system, negative pressure ventilation system, biological hoods in laboratories, การจัดการการไหลของอากาศ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

เชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญได้แก่:

- ห้องผ่าตัด;
- ห้องคลอด;
- หอผู้ป่วยวิกฤติ;
- หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด;
- หน่วยบริการฉุกเฉิน;
- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;
- ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย
- หน่วยจ่ายกลาง;
- โรงครัว;
- หน่วยกายภาพบำบัด;
- หน่วย X-RAY

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

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

II-5 ระบบเวชระเบียน

II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

- (1) องค์กรมีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร การใช้งาน ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก.
- (3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record). การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:
 - (i) การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;
 - (ii) การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
 - (iii) การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา;
 - (iv) การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน;
 - (v) การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม กรณีเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ควรออกแบบการบันทึกที่มีแนวทางปฏิบัติที่สื่อสารทำความเข้าใจตรงกันในองค์กร;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (vi) การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
 - (vii) บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่เกิดขึ้น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย;
 - (viii) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา;
 - (ix) เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

- (1) การจัดเก็บเวชระเบียนทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์:
- (i) มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม;
 - (ii) มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้;
 - (iii) มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพรวมถึงการโจมตีทางไซเบอร์ การแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่;
 - (iv) ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ.
- (2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียนได้แก่:
- (i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

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

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

- (1) บันทึกวัดเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:
 - (i) สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุตัวผู้ป่วย;
 - (ii) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
 - (iii) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
 - (iv) ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
 - (v) เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
 - (vi) ให้อ่านได้อย่างถูกต้อง;
 - (vii) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
 - (viii) ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.
- (2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความ สมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา

II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

(Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC)

จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการ ด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล⁴⁶ มี ประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ.

(2) องค์กร (โดย PTC) จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มี

รายการยาเท่าที่จำเป็น⁴⁷. มีการทบทวนบัญชียาลดลงปี ละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามา ประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัย

⁴⁶ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการ จัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทาง คลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่ เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อ สังคม

⁴⁷ การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกซึ่ง ประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนสูง⁴⁸ และการ
ขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น⁴⁹.

(3) องค์กร (โดย PTC) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อ
การป้องกันความปลอดภัยทางยาและเหตุการณ์ไม่พึง
ประสงค์จากยา⁵⁰ แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการ
ปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อ
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความปลอดภัยเคลื่อนทางยา
ที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

(4) องค์กร (โดย PTC) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือ
ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง⁵¹ และสร้างความมั่นใจใน

⁴⁸ **มาตรการความปลอดภัย** เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่ง
ใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา
และการเก็บรักษา ยา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยา
ที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

⁴⁹ **กรณีที่ต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา** มีกระบวนการในการอนุญาต
และจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง
และความสามารถในการติดตามผล

⁵⁰ **นโยบายการป้องกันความปลอดภัยเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึง
ประสงค์จากยา** เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา
การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง การส่งเสริมการใช้ข้อสามัญ
ทางยา

⁵¹ **ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication)** เป็นยา
ที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความ
ปลอดภัยเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่
ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.

- (5) องค์กรสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น และมีนโยบายที่เอื้ออำนวยให้ คณะกรรมการ PTC สามารถดำเนิน ติดตาม กำกับ การดำเนินงานแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ ให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่น การให้ยาต้านจุลชีพเฉพาะเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ หรือใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อตามคำแนะนำมาตรฐาน การไม่ให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดนานเกินกว่า 24 ชั่วโมง เป็นต้น รวมทั้งมีการวัดผลการปฏิบัติงาน และมีการสื่อสารผลการปฏิบัติงานสู่ผู้เกี่ยวข้องสม่ำเสมอ
- (6) องค์กร (โดย PTC) ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ และเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทาง
วิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา⁵² การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป⁵³ การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น⁵⁴.
- (3) องค์กรมีข้อมูลยาที่จำเป็น⁵⁵ ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรายระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.
- (5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสง

⁵² ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

⁵³ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

⁵⁴ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

⁵⁵ เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีกรรบกวน.

ค. การจัดหาและเก็บรักษายา

- (1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน⁵⁶ และยาที่จำเป็นเร่งด่วน⁵⁷.
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว⁵⁸ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอโดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมอกคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์

⁵⁶ การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

⁵⁷ การจัดหายาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรุ่มหรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

⁵⁸ การสร้างความมั่นใจว่ายามีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

โลที่เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด ก๊าซและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

- (3) **องค์กร**มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม⁵⁹ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) **องค์กร**มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ยาปิด.
- (5) **องค์กร**มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ยังยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

⁵⁹ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

- (1) องค์กรมีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:
 - (i) คำสั่งใช้ยาที่ห้ามใช้;
 - (ii) การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์และคำสั่งด้วยวาจา;
 - (iii) คำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าและ protocol สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
 - (iv) เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.
- (2) องค์กรมีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):
 - (i) พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;
 - (ii) ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ⁶⁰ อย่างถูกต้อง แม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;

⁶⁰ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา วันเวลาที่ได้รับยาครั้งสุดท้าย

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (iii) ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยในมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก);
 - (iv) เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดพลาด สิ่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - (v) มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในกรณีที่มีการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยา.

ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

- (1) **องค์กร**มีการทบทวนคำสั่งจ่ายยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรงและผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด. เกสซ์กรติดต่อกับผู้สั่งจ่ายยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) **องค์กร**มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.

- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท⁶¹. มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้นยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) องค์กรมีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.
- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม⁶² **ครอบคลุมการพิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่ง**

⁶¹ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

⁶² การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษเช่น ยาสูดพ่น

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ทางไปรษณีย์ หรือการส่งยาในรูปแบบอื่น ๆ ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง.

ฉบับร่าง เพื่อรับฟังความคิดเห็น
ห้ามเผยแพร่ทั่วไป

ค. การบริหารยา

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

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

ฉบับร่าง เพื่อรับฟังความคิดเห็น
ห้ามเผยแพร่ทั่วไป

II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค⁶³ และบริการที่เกี่ยวข้อง

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) **องค์กร**มีการวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการทรัพยากรที่ต้องการ⁶⁴ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) **องค์กร**มี**บุคลากร**ที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มี

⁶³ บริการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก; บริการตรวจทางรังสีวิทยา / medical imaging; บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

⁶⁴ **ทรัพยากรที่ต้องการ** ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

คุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และ ทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยา ตามความเหมาะสม.

- (3) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁶⁵.
- (4) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อม ให้บริการให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และ ได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่ กฎหมายกำหนด⁶⁶.
- (5) องค์กรมีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับ ขอบเขตบริการ⁶⁷.

⁶⁵ **พื้นที่ใช้สอย** ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้เป็น: การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการ และจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

⁶⁶ การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย กรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, โบอนุญาติผลิต มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงาน ปรมาณูเพื่อสันติ

⁶⁷ **เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา** ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล (3) จอแสดงภาพทาง

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (6) **องค์กร**มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.
- (7) **องค์กร**มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

ข. การให้บริการรังสีวิทยา

- (1) **องค์กร**มีใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ. คำขอส่งตรวจระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ. การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.
- (2) **องค์กร**มีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย. มีระบบ fast track สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.

รังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในระหว่างได้รับการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ ผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้รับบริการได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดทำ การใช้ อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.
- (6) องค์กรมีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี⁶⁸. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.
- (7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ในกรณีที่ผลการวินิจฉัย

⁶⁸ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล ทำที่ถ่าย มีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายหรือขวา ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ exposure factor.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) องค์กรมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปในขณะที่ให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ, การแพ้สารทึบรังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์, การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กรมีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี⁶⁹, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น⁷⁰, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

⁶⁹ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

⁷⁰ เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

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

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) **องค์กร**มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง⁷¹.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขต

⁷¹ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn-around time

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

และสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสมและใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจสอบ⁷².

- (3) ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.
- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจสอบที่ต้องการในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย⁷³ โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) องค์กรมีการคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการ ที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) องค์กรมีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.
- (7) องค์กรมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ

⁷² สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

⁷³ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

ข. การให้บริการ

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดีได้แก่ การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การซีล การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.
- (2) **องค์กร**มีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการทวนสอบ (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verify) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนด และเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) **องค์กร**มีการส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ให้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้.
- (4) **องค์กร**มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ
ครอบคลุม:

- (i) การชี้แจงปัญหา/โอกาสพัฒนา;
- (ii) บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
- (iii) การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
- (iv) การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
- (v) การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพทั้งใน
ขั้นตอนก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์;
- (vi) การควบคุมเอกสาร;
- (vii) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย;
- (viii) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหาร
คุณภาพ.

- (2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่าง
ห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขต
และความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัด
ให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วย
วิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการ
ทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.
- (3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม
performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่า
ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพ
และปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมี
วิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณี
ที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและ
เข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการ
นำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

มาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สภาเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค

- (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต

- (1) องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ

- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ บันทึกสรุปสิ่งที่พบ⁷⁴ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

⁷⁴ สรุปสิ่งที่พบ ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตามค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร⁷⁵ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) องค์กรมีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงานติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวังสอบสวน และควบคุมโรคในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) องค์กรมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง

- (1) มีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของ

⁷⁵ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-5.1 ค. สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร และ II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

พื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวง สาธารณสุขกำหนด.

- (2) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และ เปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (3) มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้า ระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาด วิทยา.
- (4) มีการค้นหาและตรวจจับการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของ โรค⁷⁶ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ และทบทวน รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้อง เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.

⁷⁶ การระบาด แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ

(1) *Epidemic* หมายถึง การเกิดโรคมากผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมี ในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ ($\text{mean} + 2 \text{ S.D.}$) มักเกิดกับโรคที่พบ บ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด

(2) *Outbreak* หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันสั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (*common activity*) มักเกิดกับโรคที่พบ ประปราย แต่จำนวนไม่มาก (*sporadic disease*) เช่น การระบาดของอาหาร เป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้วและกลับมาเป็นอีก ถึงแม้มีผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็น การระบาด

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (6) มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

- (1) มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
- (2) มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team - SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
- (3) มีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
- (4) มีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง.
- (5) มีการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันที่.
- (6) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคร่วมมีทรัพยากรและอำนาจตามกฎหมายในการตรวจสอบและใช้มาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันเหตุการณ์.

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

- (1) มีการจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (2) มีการรายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

II-9 การทำงานกับชุมชน

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

องค์กรร่วมกับชุมชน⁷⁷ จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน⁷⁸ และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ⁷⁹ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน .
- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

⁷⁷ **ชุมชน** อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

⁷⁸ **การประเมินความต้องการของชุมชน** ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

⁷⁹ **บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน** อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนา
ความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความ
เป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้าง
เครือข่าย ของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร⁸⁰ ที่เข้มแข็ง
กับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ
ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและ
ทักษะสุขภาพของบุคคล⁸¹ และครอบครัว.

⁸⁰ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ
ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

⁸¹ พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี
(การออกกำลังกาย การนอนหลับ อาหาร) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อ
สุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสียหาย การจัดการกับ
ความเครียดในชีวิตประจำวัน

(ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ⁸² และทางสังคม⁸³ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง

⁸² สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่น ละอองในอากาศ สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร เสียง, การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

⁸³ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม), การสร้างเครือข่ายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใตระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

ก.การจัดบริการ

(1) ทีมผู้ให้บริการมีการ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ การให้บริการ ผู้รับบริการและชุมชน เพื่อจัดบริการที่ต่างๆ สอดคล้องกับปัญหาและความจำเป็น

(2) องค์กรมีการจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ

ข.การเข้าถึง

(1) ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ สามารถเข้าถึงและใช้บริการได้โดยมีอุปสรรคน้อยที่สุด.

(i) โครงสร้าง อาคาร สถานที่เกี่ยวกับบริการ สามารถเข้าถึงได้ง่าย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการลดข้อจำกัดสำหรับการเข้าถึงบริการ เช่น ทางลาด สำหรับผู้ป่วยรถเข็น ป้ายบอกทางที่ชัดเจน หรือระบบเทคโนโลยีในการนัดหมาย เป็นต้น;

(ii) ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และอุปสรรคอื่นๆ;

(iii) ทีมผู้ให้บริการจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท;

(iv) ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้าถึงบริการเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ และสอดคล้องกับความจำเป็นของโรคและสภาวะของผู้ป่วย เช่น โรคmengeเร็งระยะต่างๆ.

(2) องค์กรมีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา⁸⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.

(3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) หรือ คัดแยก (triage) เพื่อให้บริการในเวลาที่เหมาะสม. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วน ได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.

(4) องค์กรมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

⁸⁴ เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจ หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

ค. การรับไว้ดูแล

- (1) การรับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล **องค์กร**มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.
 - (i) ข้อมูลที่ให้รวมถึง:
 - สภาพการเจ็บป่วย;
 - การดูแลที่จะได้รับ;
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.
 - (ii) **องค์กร**ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ;
 - (iii) **องค์กร**เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ หากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา.
- (3) **องค์กร**มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:
 - (i) การทำผ่าตัดและหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก.
 - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.
 - (iii) การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง.
 - (iv) การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้.

- (4) องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้
ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.

ฉบับร่าง เพื่อรับฟังความคิดเห็น

III-2 การประเมินผู้ป่วย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) การประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้าน มีการประสานงานผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความซ้ำซ้อน. เพื่อรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย ร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติสุขภาพ;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย⁸⁵ ;
 - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ.

⁸⁵ ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น จะเรียกขานตัวบุคคลว่าอย่างไร, **their care and treatment options**, ผลกระทบจากการเรียกขาน เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมีอาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยี่ยมเยียน

- (3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ⁸⁶. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนตามข้อกำหนดขององค์กร มีการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม.

⁸⁶ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ควรพิจารณาถึงเทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

- (2) ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค ได้รับการประเมินความน่าเชื่อถือโดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสถานะของผู้ป่วย.
- (3) ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย. มีการพิจารณาการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ.

ค. การวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.
- (2) การวินิจฉัยโรคได้รับการบันทึกภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.
- (4) องค์กรมีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยโดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้น มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.

III-3 การวางแผน

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินทั่วไปและข้อบ่งชี้ทางการตรวจวินิจฉัย.
- (3) องค์การมีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและการตัดสินใจในการรักษา⁸⁷. ดังนี้:

⁸⁷ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา ครอบคลุมถึงการร่วมกันแลกเปลี่ยนและรับรู้ข้อมูลทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากวิธีการรักษา โดยข้อมูลต่างๆควรมีความพร้อมในหลายภาษาและรูปแบบเพื่อประโยชน์สำหรับผู้ป่วยและญาติในการรับรู้และร่วมตัดสินใจ

(i) ทางเลือกในการดูแลและรักษา⁸⁸;

(ii) ความเชื่อและความชอบส่วนบุคคลในการ
ร่วมดูแลรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว

- (5) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ (ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว) และบริการที่จะให้.
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (7) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป.

⁸⁸ ทางเลือกการรักษาครอบคลุมทั้งรูปแบบ/วิธีการรักษาเพื่อการดูแลรักษาและการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

III-3.2 การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อ

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายออกจากองค์กร.

- (1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.
- (2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ช่วงแรกของการดูแลรักษา.
- (3) มีส่วนร่วมของแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนจำหน่าย หรือ การส่งต่อ ทั้งภายในองค์กร และภายนอกองค์กร⁸⁹.
- (4) มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำ

⁸⁹ ครอบคลุมการวางแผนการส่งตัวผู้ป่วยระหว่างการดูแลทุติยภูมิและปฐมภูมิ ในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลระยะท้าย การฟื้นฟูและ/หรือการดูแลที่อยู่อาศัย หากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตควรมีการวางแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และญาติก่อนเสียชีวิต การจัดการกับอาการและการบำบัดความเจ็บปวด โดยเชื่อมโยงกับกลุ่มที่ดูแลและคำปรึกษาเรื่องที่สุดคดคล้องกับความต้องการทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรม

เป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ใน
โรงพยาบาล.

- (5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่
เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน
โรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วย
และครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการ
จัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการ
วางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตาม
ผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง.

III-4 การดูแลผู้ป่วย

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่าง
ทันทั่วถึง ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ปลอดภัย
ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการ
ดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การ
ดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่
ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดย
คำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกัน
อันตราย/ ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะ
วิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและ
ปลอดภัย.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของ
ครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ
ตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ในลักษณะองค์
รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ
จิตวิญญาณ.
- (5) ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและ
ประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความ
ต่อเนื่องในการดูแล.

- (6) ทีมผู้ให้บริการในเคา์พในบริบทเชิงวัฒนธรรม
ความเชื่อ ความชอบด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย/
ผู้รับบริการ โดยจัดให้มีช่องทางการเข้าถึง การ
อำนวยความสะดวก หรือบริการแยกเฉพาะในการ
ดูแลด้านจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับความต้องการ
ของผู้ป่วย และเหมาะสมกับวัฒนธรรมตามบริบท
- (7) ทีมผู้ให้บริการมีการติดตามความก้าวหน้าและการ
เปลี่ยนแปลง เป้าหมายหรือผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย/
ผู้รับบริการ

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- 1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย การดูแลรักษา และสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว. กลุ่มดังกล่าวประกอบด้วย:
 - (i) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง⁹⁰
 - (ii) บริการที่มีความเสี่ยงสูง⁹¹
 - (iii) หัตถการหรือการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง
- (2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติ.

⁹⁰ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

⁹¹ บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษามะเร็งที่คุกคามต่อชีวิต ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation)

- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย⁹² และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันที.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันทีทันใดในการประเมินผู้ป่วย⁹³ มีการช่วย stabilize ผู้ป่วย มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

⁹² เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแสดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ดูตัวอย่าง

SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของออสเตรเลีย

⁹³ อาจเรียกระบบนี้ว่า **Rapid Response System** ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่ Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งจะนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของตนไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ

III-4.3 การดูแลเฉพาะ

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก (ถ้าเป็นไปได้). ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่น และปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้นอย่างครบถ้วน. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะ

ฉุกเฉิน⁹⁴ ระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่าง
รอฟื้น . ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น
โดยผู้มีความรู้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

- (5) มีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์การวิชาชีพ
ด้านวิสัญญีแนะนำ.

ข. การผ่าตัด

- (1) มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการ
ผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมิน
ผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการ
ผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวช
ระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับ
ผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแล
ที่ปลอดภัย.
- (2) มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการ
ผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย
ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ
ของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความ
พร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ
ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มี
กำหนดนัดล่วงหน้า.

⁹⁴ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย
การแพ้ยา

- (4) มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.
- (5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย⁹⁵.
- (6) มีการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียน ผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดี ระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่อง ในการดูแลรักษา.
- (7) มีการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะ ของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทาง โภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของ ผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการวิเคราะห์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหาร

⁹⁵ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มี ประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การ กำหนดการไหลเวียนและการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาด เครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ การเตรียม เครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ การ จัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและ การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

และโภชนาการ⁹⁶ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการ
ป้องกันที่เหมาะสม.

- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการ
ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชน
บำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ
เพียงพอ.
- (3) **องค์กร**มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร
โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและ
ครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภค
อาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการ
จัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร
เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับ
ทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเนา
เสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการ
แพร่กระจายของเชื้อโรค.

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

- (1) บุคลากรและทีมการดูแลผู้ป่วยมีความตระหนักใน
ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายที่มี

⁹⁶ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น
ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมี
อาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่ง
ผู้ป่วยอาจสำลักได้

ลักษณะเฉพาะโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำเกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ⁹⁷
- (3) ทีมการดูแลผู้ป่วยมีการวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยนำผลการประเมินที่ได้ มาออกแบบวางแผนการดูแล
- (4) องค์กรมีการประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- (5) องค์กรให้มีการทำแผนดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advanced care plan) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยเป็นไปตามความประสงค์/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และในกรณีที่มีการจัดทำให้มีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้รับทราบ
- (6) การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิตหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

⁹⁷ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเชื่อในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

(7) องค์กรมีการสนับสนุนผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วย (Care of the carer) เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี

จ. การจัดการความปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด (โดยครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง). เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.
- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนาที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการปรับการรักษาความปวดที่สอดคล้องกับผลที่เฝ้าระวัง
- (3) ทีมผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความปวดที่เป็นผลจากการตรวจหรือทำหัตถการ รวมถึงการผ่าตัด เสนอทางเลือกในการวางแผนจัดการความปวดให้ผู้ป่วยเลือกและมีส่วนร่วมในการรักษาตามแผนการที่เลือก
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการจัดการความปวดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะ
- (4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังจากจำหน่ายทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

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

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การชะลอการเสื่อมของไต การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไต (เช่น ภาวะโลหิตจาง ภาวะผิดปกติของกระดูกและแร่ธาตุ เป็นต้น) การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาแบบประคับประคองให้ เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบท ของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มี คุณภาพและความปลอดภัย.
- (2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม หรือ หน่วยไตเทียม ของโรงพยาบาล หรือของบริษัทภายนอก (outsourcing) ต้องได้รับการรับรองจาก คณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และ

ในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก
โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตาม
มาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล

ซ. การแพทย์แผนไทย

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้รับบริการเพื่อค้นหาและ
เฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการ
ดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย นำข้อมูลจากการ
ประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่ง
ต่อผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- (2) กระบวนการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยเป็นไป
อย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ
โดยบุคคลที่เหมาะสม⁹⁸ มีการนำหลักธรรมนามัย
เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่
เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการประเมิน ชัก
ประวัติ⁹⁹ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรค¹⁰⁰วางแผนการ

⁹⁸ บุคคลที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย ต้องได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบ
วิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ

⁹⁹ ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ธาตุเจ้าเรือน สมุฏฐาน มูลเหตุการ
เกิดโรค

¹⁰⁰ การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามธาตุ 42 ประการ ตามตรีธาตุ
ตามเบญจอินทรีย์ ตามหมอสสมมติ

- ส่งเสริม การป้องกัน การรักษา¹⁰¹ การฟื้นฟูสภาพ และการให้คำแนะนำผู้รับบริการ
- (3) การติดตามและบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ มีความครบถ้วน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการวางแผนการจำหน่ายผู้รับบริการ ตามเกณฑ์ที่เหมาะสม
 - (4) การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจาก สมุนไพรตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยเหมาะสม กับผู้รับบริการเฉพาะราย
 - (5) องค์กรมีการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อ ผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้อง และสหสาขาวิชาชีพ

ฉ.การแพทย์ทางโทรเวชกรรม (Tele-Medicine)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยโทรเวชกรรมได้รับการ ประเมิน คัดกรองความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ
- (2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยโทรเวชกรรมในแนวทางที่ สอดคล้องกับองค์การทางวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้ แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความ เป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล
- (3) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยทางโทรเวชกรรม สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยใน ระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล

¹⁰¹ การรักษา เช่น การใช้ยาสมุนไพรปรุงเฉพาะราย ยาตำรับ ยาเดี่ยว การนวด การประคบ การอบไอน้ำสมุนไพร การทักหม้อเกลือและการให้บริการหัตถการอื่น

- (4) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง
- (5) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทางโทรเวชกรรม จะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผนหรือสั่งการรักษาไว้
- (6) ในกรณีที่คาดว่าจะการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทางโทรเวชกรรมอาจทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย หรือมีเหตุเชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

๓.๖ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home HealthCare)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมเพื่อเป็นผู้รับบริการ
- (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

- (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับองค์การทางวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล
- (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้
- (7) ในกรณีที่คาดว่าจะการตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย หรือมีเหตุเชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดตามทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันกาล ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับ

การส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่าง
เหมาะสม

- (8) ทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย มีองค์ประกอบที่สอดคล้อง
กับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแล
สุขภาพของผู้ป่วย

ฉบับร่าง เพื่อรับฟังความคิดเห็น

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพที่ดีและมี**ความสุข** รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้. การประเมินครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการ¹⁰²ของผู้ป่วย ขีดความสามารถ ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁰³ อย่างเหมาะสมกับปัญหา

¹⁰² ตัวอย่างเช่น โปรแกรมการเลิกบุหรี่ คำแนะนำการจัดการความเครียด แนวทางการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร และการจัดการกับยาเสพติด เป็นต้น.

¹⁰³ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรควิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

- ทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ¹⁰⁴. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁰⁵.
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย¹⁰⁶ รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.

¹⁰⁴ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

¹⁰⁵ การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

¹⁰⁶ การกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ ครอบครัว.

ฉบับร่าง เพื่อรับฟังความคิดเห็น

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ได้ผลดี.

ก. การจำหน่าย ส่งต่อ และดูแลตามนัด

(1) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางเพื่อชี้แจงการจำหน่าย ส่งต่อ และส่งตัวผู้ป่วย.

(i) กำหนดแนวทางโดยอาศัยสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง.

(ii) มีแนวทางระบุผู้ป่วยที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.

(iii) มีการปฏิบัติตามแนวทางการจำหน่าย ส่งต่อ และส่งตัวผู้ป่วย

(2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับการจำหน่ายและส่งต่อ.

(i) แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวในเวลาที่เหมาะสม.

(ii) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสิ่งที่คาดหวังจากการจำหน่ายและส่งต่อ.

(iii) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษา ต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้.

(iv) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมาตามนัดแก่ผู้ป่วย ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วย เข้าใจได้ง่าย.

(v) มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.

(3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีการจำหน่ายหรือส่งต่อไปตามแผนการรักษาล่าสุดของแพทย์และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.

(4) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

(5) บันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล

(i) เวชระเบียนผู้ป่วยในมีสรุปรายงานจำหน่ายที่สมบูรณ์.

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

(iii) ทีมผู้ให้บริการบันทึกการจำหน่ายหรือส่งตัวผู้ป่วยในเวชระเบียน.

(6) ทีมผู้ให้บริการมีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.

(7) หลังการส่งต่อหรือจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าความ

ต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.

(8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

ข. การส่งตัวผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น

(1) การส่งตัวผู้ป่วยย้ายไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ขึ้นกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย และความสามารถของสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยในการตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย.

(2) ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยเพื่อประสานการส่งตัวผู้ป่วย.

(3) การดูแลขณะส่งตัวผู้ป่วย ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งตัวไปรักษาที่เหมาะสม.

(4) สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ให้โดยสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย.

ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล

(1) องค์กรมีหลักประกันความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล.

(i) บริการขนส่งผู้ป่วยปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.

(ii) ทีมผู้ให้บริการในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการเดินทาง

(iii) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.

ฉบับร่าง เพื่อรับฟังความคิดเห็น