

## มาตรฐานโรงพยาบาล JCI

<http://www.welovemed.com/education/hstandardsthai/>

JCI ฉบับที่ 5 ฉบับปัจจุบัน แบ่งเป็นกี่ส่วน และมีหัวข้ออะไรบ้าง

**ตอนที่ 1 Section :** ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง Accreditation Participation Requirements ((ใหม่)

= หัวข้อใหม่เมื่อเทียบกับ ฉบับที่ 4 ฉบับก่อนหน้า)

⇒ ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง Accreditation Participation Requirements (APR)

**ตอนที่ 2 Section II:** มาตรฐานที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Patient-Centered Standards

⇒ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล International Patient Safety Goals (IPSG)

⇒ การเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง Access to Care and Continuity of Care (ACC)

⇒ สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว Patient and Family Rights (PFR)

⇒ การประเมินผู้ป่วย Assessment of Patients (AOP)

⇒ การดูแลผู้ป่วย Care of Patients (COP)

⇒ การดูแลด้านวิสัญญีและศัลยกรรม Anesthesia and Surgical Care (ASC)

⇒ การจัดการด้านยาและการใช้ยา Medication Management and Use (MMU)

⇒ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว Patient and Family Education (PFE)

**ตอนที่ 3 Section III:** มาตรฐานการบริหารจัดการสถานพยาบาล Health Care Organization Management Standards

⇒ การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย Quality Improvement and Patient Safety (QPS)

⇒ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ Prevention and Control of Infections (PCI)

⇒ การกำกับดูแลกิจการ การนำ และทิศทางองค์กร Governance Leadership, and Direction (GLD)

⇒ การจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัย Facility Management and Safety (FMS)

⇒ คุณสมบัติและการศึกษาของบุคลากร Staff Qualifications and Education (SQE)

⇒ การจัดการกับสารสนเทศ Management of Information (MOI) (เปลี่ยนแปลง)

**ตอนที่ 4 Section IV:** มาตรฐานของศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ขององค์กร Academic Medical Center Hospital Standards (ใหม่)

⇒ การให้การศึกษาแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ Medical Professional Education (MPE)

⇒ โปรแกรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ Human Subjects Research Programs (HRP)

**คำนิยามสัญลักษณ์**

(ใหม่) = หัวข้อใหม่เมื่อเทียบกับ ฉบับที่ 4 ฉบับก่อนหน้า

(เปลี่ยนแปลง) = หัวข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงจาก ฉบับที่ 4

**ตอนที่ 1 Section** : ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง Accreditation Participation Requirements (ใหม่)

⇒ ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง Accreditation Participation Requirements (APR)

ข้อกำหนด: APR.1

องค์กรปฏิบัติตามข้อกำหนดทั้งหมดในการส่งข้อมูลและสารสนเทศให้ JCI (Joint Commission International) ได้ทันเวลา

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.1

มีหลายประเด็นในกระบวนการรับรองที่ต้องการข้อมูลและสารสนเทศ | ตัวอย่างเช่น การสมัครทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-App) การส่งแผนปรับปรุงกลยุทธ์ (Strategic Improvement Plan (SIP)) การส่งข้อมูลสำหรับการวัดผลจากตัววัดใน Joint Commission International Library of Measure การเปลี่ยนแปลงผู้นำในการบริหารขององค์กร เช่น การเปลี่ยนเจ้าของ สำนักงานตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยขอข้อมูล โปรแกรมการรับรอง JCI ขอให้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยกำกับดูแลหรือผู้มีอำนาจอื่น หรือแจ้งเตือนความตั้งใจอุทธรณ์คำตัดสินการรับรองได้อย่างทันเวลา | นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในการรับรองแจ้งให้องค์กรทราบถึงข้อมูลและ/หรือสารสนเทศที่ต้องการและกรอบเวลาในการส่งข้อมูล

วิธีการประเมินของ APR.1

การประเมินผลเกิดขึ้นตลอดวงจรที่ให้การรับรองจากการส่งข้อมูลที่ต้องการ

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.1

หากองค์กรไม่สามารถส่งข้อมูลที่กำหนดให้ JCI ได้อย่างทันเวลา องค์กรมีความเสี่ยงต่อการไม่รับรองและอาจต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่อง

ความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหานี้ในเวลาที่เหมาะสมหรือช่วงเวลาของการสำรวจเฉพาะเรื่องอาจส่งผลให้ปฏิเสธการรับรอง | ผลกระทบเหล่านี้เกิดจากการปฏิบัติตามข้อกำหนดและไม่ใช่นี้อาหาของการส่งข้อมูลขององค์กรไปยัง JCI | ตัวอย่างเช่น ข้อมูลใน E-App ทำให้ระยะเวลาการสำรวจไม่เหมาะสมและยาวนานกว่าข้อกำหนด องค์กรต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการสำรวจที่ยาวนานขึ้น | นอกจากนี้ หากมีหลักฐานว่าองค์กรปลอมหรือตั้งใจปิดบังข้อมูลหรือลบข้อมูลที่ส่งไปยัง JCI ข้อกำหนดและผลของ APR.2 จะถูกนำมาใช้

ข้อกำหนด: APR.2

องค์กรให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ต่อ JCI ผ่านทุกขั้นตอนของการรับรอง

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.2

JCI ต้องการให้แต่ละองค์กรที่กำลังขอการรับรองหรือได้รับการรับรองแล้วเข้าร่วมในกระบวนการรับรองด้วยความจริงใจ ซื่อสัตย์ และโปร่งใส | ชนิดของการมีส่วนร่วมในกระบวนการรับรองคือการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องระหว่างทุกขั้นตอนของกระบวนการเป็นระยะเวลา 3 ปี

องค์กรให้ข้อมูลกับ JCI ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้:

ทางวาจา

บุคลากรของ JCI ทำการสังเกตโดยตรง หรือสัมภาษณ์ หรือการสื่อสารในรูปแบบอื่น เอกสารอิเล็กทรอนิกส์หรือเอกสารที่พิมพ์ลงกระดาษผ่านทางบุคคลที่สาม เช่น สื่อหรือรายงานของรัฐบาล สำหรับวัตถุประสงค์ของข้อกำหนดนี้ การบิดเบือนสารสนเทศเกี่ยวกับการรับรองเรียกได้ว่าเป็นการสร้างข้อมูลที่ไม่เป็นความจริง สำหรับข้อมูลทั้งหมดหรือบางส่วนโดยผู้สมัครหรือองค์กรที่รับรองโดย JCI | การบิดเบือนอาจรวมถึงการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของเอกสารโดยการเขียนใหม่ จัดรูปแบบใหม่ หรือลบเนื้อหาทิ้ง หรือส่งมอบสารสนเทศ รายงาน ข้อมูล หรือสื่ออื่นๆ

วิธีการประเมินของ APR.2

การประเมินของ APR นี้เริ่มต้นระหว่างขั้นตอนการสมัครและดำเนินไปตราบเท่าที่องค์กรได้รับการรับรองหรือกำลังขอการรับรองจาก JCI

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.2

ถ้า JCI มีเหตุผลมั่นใจว่าองค์กรส่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือบิดเบือนต่อ JCI หรือต่อผู้ทำการสำรวจรับรองคุณภาพ องค์กรอาจจะถูกพิจารณาให้มีความเสี่ยงต่อการไม่รับรองและอาจต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่อง | ความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างทันเวลาหรือเวลาที่ต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่องอาจส่งผลให้ถูกปฏิเสธการรับรอง

ข้อกำหนด: APR.3

หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในองค์กร องค์กรจะต้องแจ้งให้ โปรแกรมรับรองของ JCI ทราบภายใน 15 วันนับแต่วันที่ มีการเปลี่ยนแปลง ก่อนหรือระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ผ่านทาง E-App

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.3

JCI รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดขององค์กรใน E-App เพื่อให้เข้าใจความเป็นเจ้าของ ใบอนุญาต ขอบเขต และ ปริมาณการให้บริการผู้ป่วย และชนิดของสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยอื่นๆ | เมื่อปัจจัยอื่น เปลี่ยนไป JCI จะทำการพิจารณาตัดสินใจอย่างรอบคอบว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ในหรือนอกขอบเขตที่วางแผนสำรวจ ครั้งแรกหรือขอบเขตที่ได้รับการรับรองในปัจจุบัน | ดังนั้น องค์กรจะต้องแจ้งให้ JCI ทราบก่อนการเปลี่ยนแปลงหรือ ภายใน 15 วันหากมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างองค์กร ซึ่งรวมถึง แต่ไม่จำกัด ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงชื่อองค์กร และ/หรือ เจ้าขององค์กร

การเพิกถอนหรือการถูกจำกัดใบอนุญาต หรือการอนุญาต ข้อจำกัด หรือปิดการดูแลผู้ป่วย การลงโทษใดๆ ของผู้ ประกอบวิชาชีพหรือบุคลากรอื่น หรือการกระทำใดๆ ภายใต้กฎหมายและระเบียบข้อบังคับโดยเจ้าหน้าที่กระทรวง สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงในการใช้ อาคารในการดูแลผู้ป่วย สิ่งก่อสร้างใหม่หรือการขยายอาคารดูแลผู้ป่วย หรือ การเป็นเจ้าของอาคารในสถานที่ใหม่ในชุมชน เพื่อขยายชนิดและปริมาณการให้บริการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 25% หรือ มากกว่าจากที่ระบุในประวัติองค์กร หรือไม่ได้รับรายงานเกี่ยวกับสถานที่ดูแลผู้ป่วยใน E-App หรือไม่ได้รวมอยู่ใน ขอบเขตของการสำรวจรับรองครั้งก่อน

การขยายกำลังการให้บริการขององค์กร สำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกที่ขาดไป เพิ่มขึ้นใหม่ ปรับปรุง หรือขยายเพิ่ม 25% หรือมากกว่า วัดโดย ปริมาณผู้ป่วย ขอบเขตการบริการ หรือตัวชี้วัดอื่นที่เกี่ยวข้อง

การเพิ่มหรือลดบริการด้านดูแลสุขภาพหนึ่งประเภทหรือมากกว่า เช่นการเพิ่มหน่วยฟอกไต หรือการหยุดการดูแลสุขภาพ  
บาดเจ็บ

องค์กรได้ควรวรม หรือได้มาซึ่งสถานที่ บริการหรือโปรแกรมที่ยังไม่ได้รับการรับรองซึ่งมีผลบังคับใช้ตามมาตรฐาน JCI  
เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นสาระสำคัญ JCI อาจสำรวจองค์กรทั้งหมดหรือบางส่วนอีกครั้งหนึ่ง หรือเป็นครั้งแรกใน  
กรณีที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการใหม่ | การรับรอง JCI ไม่ได้ขยายการรับรองโดยอัตโนมัติกับการบริการและ  
สิ่งอำนวยความสะดวกใหม่โดยไม่มีผลการประเมินผล ณ ที่ตั้งองค์กร

วิธีการประเมินของ APR.3

การประเมินของ APR นี้เริ่มต้นระหว่างขั้นตอนการสมัครทางอิเล็กทรอนิกส์และดำเนินไปตราบเท่าที่โรงพยาบาลได้รับการ  
การรับรองหรือกำลังขอการรับรองจาก JCI | รายงานการเปลี่ยนแปลงอาจถูกประเมินนอกสถานที่หรือสำรวจเฉพาะ  
เรื่อง

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.3

ถ้าองค์กรไม่แจ้งให้ JCI ทราบก่อนการเปลี่ยนแปลงหรือภายใน 15 วันหากมีการเปลี่ยนแปลง องค์กรอาจจะถูก  
พิจารณาให้มีความเสี่ยงต่อการไม่รับรองและอาจต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่อง

ข้อกำหนด: APR.4

องค์กรอนุญาตให้ประเมินผล ณ ที่ตั้งองค์กรถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายหรือการตรวจสอบคุณภาพและ  
ความปลอดภัย รายงานหรือผู้มีอำนาจในการกำกับดูแลที่สามารถอนุญาตในการตัดสินใจของ JCI

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.4

ในการได้รับการรับรอง JCI ส่งผลกระทบต่อประชาชน หน่วยงานราชการ และหน่วยจ่ายชำระเงิน และอื่นๆ ซึ่งองค์กรได้  
ปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายการรับรอง JCI ตลอดเวลา | ดังนั้น เป็นสิ่งสำคัญว่า JCI มีสิทธิในองค์กรทั้งหมดหรือ  
บางส่วนที่จะยืนยันการปฏิบัติตามมาตรฐานและนโยบายการรับรองโดยแจ้งหรือไม่ได้แจ้งล่วงหน้า และ/หรือประเมิน  
คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดเวลาในระหว่างทุกขั้นตอนของการรับรอง | ผู้สำรวจจะส่งจดหมายอย่าง  
เป็นทางการถึงการแนะนำและอย่างน้อยในรูปแบบอื่นๆ ในฐานะตัวแทน JCI เมื่อไม่ได้มีการประกาศเข้าเยี่ยมชมสำรวจ  
อย่างเป็นทางการ

วิธีการประเมินของ APR.4

การประเมินความต้องการนี้ทำอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ขั้นตอนของการรับรอง

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.4

JCI จะถอนการรับรององค์กรที่ปฏิเสธหรือจำกัดหน้าที่ของบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแล JCI เมื่อทำการประเมิน ณ ที่ตั้ง  
องค์กร

ข้อกำหนด: APR.5

องค์กรอนุญาตให้ JCI ขอ (จากองค์กรหรือหน่วยงานภายนอก) และตรวจสอบต้นฉบับหรือสำเนาที่ได้รับการรับรองถึง  
ผลและรายงานการประเมินของหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการยอมรับจากสาธารณชน

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.5

เพื่อดำเนินการสำรวจการรับรอง JCI เก็บข้อมูลการดำเนินการขององค์กรในหลายๆ ด้าน | หน่วยงานภายนอกอื่นๆ นอกเหนือจาก JCI ประเมินพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย – เช่น การตรวจสอบความปลอดภัยจาก อัคริภัย พนักงานที่ตรวจสอบสภาพการทำงาน และการประเมินอุบัติการณ์ความปลอดภัย หรือการร้องเรียนเกี่ยวกับ คุณภาพโดยหน่วยงานท้องถิ่น | การประเมินผลส่งเสริมการตรวจสอบการรับรองแต่อาจมีจุดมุ่งเน้นหรือความสำคัญที่ แตกต่างกันไป | การประเมินนี้อาจให้ข้อมูลกับ JCI ที่จำเป็นในการตัดสินใจให้การรับรอง

วิธีการประเมินของ APR.5

เมื่อมีการร้องขอ องค์กรให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการ รายงาน และคำแนะนำจากหน่วยงานภายนอก ต่อ JCI เช่น ใบอนุญาต การตรวจสอบ การสอบทาน หน่วยงานของรัฐบาล หรือหน่วยงานแผน | JCI อาจขอรายงานโดยตรงจาก หน่วยงานภายนอก | รายงานนี้จะถูกขอในระหว่างขั้นตอนของการรับรอง รวมถึงระหว่างการสำรวจให้การรับรอง หรือ เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินความกังวลหรืออุบัติการณ์ด้านคุณภาพ

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.5

เมื่อองค์กรไม่ให้รายงานอย่างเป็นทางการเมื่อมีการร้องขอในระหว่างการสำรวจในสถานที่ มาตรฐานที่เกี่ยวข้องจะระบุ ว่าไม่ปฏิบัติตาม และองค์กรอาจต้องได้รับการสำรวจติดตามเพื่อทำการตรวจสอบรายงานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง | เมื่อองค์กรไม่ให้รายงานที่ร้องขอในระหว่างขั้นตอนอื่นของการรับรอง อาจต้องมีการสำรวจเฉพาะเรื่อง

ข้อกำหนด: APR.6

องค์กรอนุญาตให้บุคลากรของโปรแกรมการรับรอง JCI และสมาชิกของคณะกรรมการ JCI สังเกตการสำรวจ ณ ที่ตั้ง องค์กร

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.6

บุคลากรของโปรแกรมการรับรอง JCI มีเหตุผลที่จะสังเกตผู้สำรวจใหม่ ประเมินมาตรฐานใหม่ และประเมินการ เปลี่ยนแปลงในขั้นตอนการสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กรและกิจกรรมอื่นๆ | คณะกรรมการของ JCI มีมติรับรองกลยุทธ์และ นโยบาย ด้วยความเข้าใจที่ดีที่สุดในกระบวนการรับรองที่ได้รับ เช่น มาจากการสังเกตการณ์

วิธีการประเมินของ APR.6

การสังเกตเกิดขึ้นได้ในทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการพิสูจน์ที่เกี่ยวข้องกับประเภทของการสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร | สำหรับการสังเกตจากบุคลากรอื่นและที่ไม่ใช่คณะกรรมการ JCI องค์กรจะได้รับการร้องขออย่างเฉพาะเจาะจงไปที่ผู้ สังเกตการณ์

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.6

องค์กรจะถูกคิดค่าใช้จ่ายในการเดินทางทั้งหมดที่ขอคืนไม่ได้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธขององค์กรในการอนุญาตเข้า สังเกตการณ์โดยบุคลากรหรือคณะกรรมการของโปรแกรมการรับรอง JCI

ข้อกำหนด: APR.7

องค์กรมีส่วนร่วมในกำหนดตัววัดใน Joint Commission International Library of Measures ที่จะใช้ในระบบการ พัฒนาคุณภาพของผู้ป่วยทั้งองค์กร | ผู้นำองค์กรเลือกตัวชี้วัดทางคลินิกจาก Library ที่ใช้บังคับกับประชากรและ บริการของผู้ป่วย องค์กรให้คำปรึกษากับบุคลากร JCI เกี่ยวกับการได้รับการยกเว้นจากตัววัดที่กำหนดโดย APR.7

องค์กรใช้ตัววัดใน Library ปัจจุบันเฉพาะเรื่องและติดตามการเลือกตัววัด ใช้ และส่งข้อมูลตามข้อกำหนดในเว็บไซต์ของ JCI Library of Measures ซึ่งประเมินได้โดยตรงจากระบบเชื่อมต่อลูกค้า JCI โดยตรง | เว็บไซต์ของ JCI Library of Measures อธิบายข้อกำหนดในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องดังนี้:

จำนวนกลุ่มตัววัดขั้นต่ำหรือตัววัดสำหรับบางเรื่องที่ต้องถูกเลือกและนำไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ได้รับยกเว้นจากข้อกำหนดใน APR.7 เมื่อ Library measures ไม่ได้ใช้บังคับกับประชากรและการให้บริการผู้ป่วยที่มี

ขั้นตอนที่ได้เก็บรวบรวมและรวมกันสำหรับ Library measure data

วันที่มีผลและขั้นตอนสำหรับการส่งข้อมูลจำหน่ายผู้ป่วยรายไตรมาส

การใช้ Library measure data ในกระบวนการรับรอง

เกณฑ์การกำหนดการใช้อย่างต่อเนื่องหรือการเปลี่ยน Library measures

วิธีการจัดการกับคุณภาพของข้อมูล

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.7

Joint Commission International Library of Measures จัดให้มีรายละเอียดที่เป็นรูปแบบเดียวกันและถูกต้องสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นมาตรฐานเพื่อทำการเปรียบเทียบในหลายช่วงเวลาภายในองค์กรและเพื่อเปรียบเทียบระหว่างองค์กร

การรวบรวม การวิเคราะห์ และการใช้ข้อมูลเป็นหลักของกระบวนการให้การรับรอง JCI | ข้อมูลสามารถสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในองค์กร | ข้อมูลแสดงถึงทางเดินของสารสนเทศอย่างต่อเนื่องให้กับ JCI เพื่อสนับสนุนการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนการรับรอง

วัตถุประสงค์ทั้งสองอย่างนี้จะใช้ได้ดีที่สุดเมื่อองค์กรเลือก Library measures ที่ระบุกระบวนการและผลลัพธ์สำหรับแนวทางการปรับปรุงในการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย | ตัววัดที่สะดวกและง่ายมักจะไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์ที่สำคัญและไม่ได้ตรงกับความคาดหวังของ JCI สำหรับองค์กรเพื่อแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในกระบวนการรับรอง | การเลือกและการใช้ Library measures รวมอยู่ในลำดับความสำคัญขององค์กรตามที่อธิบายในมาตรฐาน GLD.5, GLD.11, และ GLD.11.1

วิธีการประเมินของ APR.7

การเลือก การใช้ และการส่งข้อมูลสำหรับอย่างน้อยหนึ่งตัววัดเป็นจำนวนขั้นต่ำ จาก JCI Library of Measures จะถูกประเมินตลอดขั้นตอนการรับรอง ทั้งในระหว่างขั้นตอนการสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร และผ่านการประเมินผลของข้อมูลที่ส่งในระหว่างขั้นตอนการรับรองอย่างต่อเนื่อง

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.7

องค์กรมีความเสี่ยงต่อการไม่รับรองและอาจต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่อง ถ้าองค์กรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่พบในเว็บไซต์ของ JCI Library of Measures

ข้อกำหนด: APR.8

องค์กรแสดงสถานะการรับรองและโปรแกรมและการบริการที่ได้รับการรับรอง JCI อย่างถูกต้อง

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.8

เว็บไซต์ขององค์กร การโฆษณาและส่งเสริมการขาย และข้อมูลอื่นๆ ที่เผยแพร่ไปยังสาธารณชนแสดงให้เห็นถึงโปรแกรมและบริการที่ได้รับการรับรอง JCI อย่างถูกต้อง

วิธีการประเมินของ APR.8

การปฏิบัติตามข้อกำหนดจะถูกประเมินตลอดทุกขั้นตอนของการรับรองขององค์กร

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.8

ความล้มเหลวขององค์กรที่ละเมิดตัวหรือแก้ไขข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจะทำให้องค์กรมีความเสี่ยงต่อการไม่รับรองและอาจต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่อง

ข้อกำหนด: APR.9

บุคลากร (ด้านคลินิกหรือด้านบริหาร) ขององค์กรสามารถรายงานความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยต่อ JCI โดยไม่มีการตอบโต้จากองค์กร

เพื่อสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย องค์กรต้องสื่อสารกับบุคลากรว่าอนุญาตให้รายงานดังกล่าว | นอกจากนี้ องค์กรต้องทำให้บุคลากรเข้าใจว่าไม่มีการดำเนินการทางวินัย (เช่น การลดตำแหน่ง เปลี่ยนตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงสถานะหรือชั่วโมงการทำงาน) หรือ การดำเนินการลงโทษอย่างไม่เป็นทางการ (ตัวอย่างเช่น การทำให้ลำบากใจ สร้างความโดดเดี่ยว หรือการข่มเหง) จะถูกคุกคามหรือตอบโต้โดยรายงานความข้องกังวลไปที่ JCI

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.9

ในการจัดทำรายงานสภาพแวดล้อมที่ “ปลอดภัย” องค์กรให้ความรู้แก่พนักงานทุกคนที่กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในองค์กรโดยอาจรายงานไปที่ JCI | องค์กรแจ้งไปยังบุคลากรว่าไม่มีการดำเนินการทางวินัยหรือการลงโทษเนื่องจากบุคลากรรายงานความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือคุณภาพของการดูแลไปที่ JCI

วิธีการประเมินของ APR.9

การประเมินของข้อกำหนดนี้ทำขึ้นตลอดทุกขั้นตอนของการรับรองและรวมถึง แต่ไม่จำกัด ข้อมูลจากทั้งกิจกรรม ณ ที่ตั้งองค์กร และนอกองค์กร หรือจากการสังเกตการณ์ข้อร้องเรียนที่ส่งไป JCI

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.9

รายงานที่ยืนยันว่ามีการกระทำตอบโต้กับบุคลากรที่รายงานปัญหาคุณภาพและความปลอดภัยต่อ JCI จะทำให้องค์กรมีความเสี่ยงต่อการไม่รับรองและอาจต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่อง

ข้อกำหนด: APR.10 (แก้คำผิด) (ทำให้ชัดเจน)

บริการแปลภาษาและการแปลความหมายโดยองค์กรสำหรับการสำรวจและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องใดๆ จัดทำโดยผู้ที่ได้รับใบอนุญาตและผู้เชี่ยวชาญการแปลความหมายซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับองค์กร

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.10

ความสมบูรณ์ของกระบวนการประเมินผล ณ ที่ตั้งองค์กร เช่นเดียวกับความสมบูรณ์ของผลลัพธ์ ขึ้นอยู่กับผู้สำรวจประเมินที่มีความเป็นกลาง มีความเข้าใจที่ถูกต้องในการสนทนากับบุคลากร และบุคลากรสื่อสารภาษาได้อย่างมี

ประสิทธิภาพกับผู้สำรวจ | เพื่อให้แน่ใจว่าการแปลภาษาและการแปลความหมาย ถูกต้องและแลกเปลี่ยนอย่างเป็นกลาง จะทำโดยบุคคลที่มีใบอนุญาตแปลภาษาและแปลความหมาย โดยมีหลักฐานประสบการณ์ในการแปลหรือการตีความด้านการดูแลสุขภาพ | บุคคลที่ทำการแปลภาษาและแปลความหมายไม่ได้เป็นพนักงานปัจจุบันหรืออดีตขององค์กร และไม่มีส่วนได้เสีย เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือพนักงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกัน | บุคลากรที่ให้บริการแปลภาษาและแปลความหมายไม่ได้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาใดๆ ในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการรับรองหรือการเตรียมการรับรอง โดยอาจมีข้อยกเว้นให้ช่วยเหลือในการแปลเอกสารที่กำหนดโดย JCI เป็นภาษาอังกฤษ หรือเป็นผู้แปลภาษาหรือแปลความหมายในการสำรวจครั้งก่อน

#### วิธีการประเมินของ APR.10

องค์กรส่งใบอนุญาตและประวัติการทำงานของผู้แปลไม่น้อยกว่าหก (6) สัปดาห์ก่อนเริ่มการสำรวจ JCI ณ ที่ตั้งองค์กร | โปรแกรมการรับรอง JCI จะได้รับเอกสารเช่นต์การมีส่วนได้เสียจากผู้แปลแต่ละคน | สำหรับการประเมิน ณ ที่ตั้งองค์กรประเภทอื่นๆ เช่น การสำรวจเฉพาะเรื่อง ผู้ประเมินและ/หรือบุคลากรในโปรแกรมการรับรอง JCI จะประเมินคุณสมบัติของผู้แปล

#### ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.10

เมื่อพบว่าผู้แปลขาดคุณสมบัติเนื่องจากขาดใบประกอบวิชาชีพหรือมีส่วนได้เสียกับองค์กร การสำรวจจะหยุดลงจนกระทั่งมีการทดแทนจากเหมาะสม | องค์กรรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้า และการเปลี่ยนเวลาของทีมสำรวจถ้าจำเป็น

#### ข้อกำหนด: APR.11

องค์กรแจ้งให้ประชาชนทำหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการติดต่อกับแผนกบริหารขององค์กรและ JCI ในการรายงานความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

วิธีการแจ้งอาจรวมถึง แต่ไม่จำกัด การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับ JCI รวมถึงข้อมูลการติดต่อในเอกสารตีพิมพ์ เช่น แผ่นพับโฆษณา และ/หรือการแจ้งข้อมูลในเว็บไซต์ขององค์กร

#### คำชี้แจงเหตุผลของ APR.11

มาตรฐาน JCI สำหรับองค์กรต้องการให้มีกลไกในการรับและตอบสนองข้อร้องเรียน ความขัดแย้ง และความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยอย่างทันเวลา | องค์กรจำเป็นต้องแจ้งประชาชนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการเข้าถึงกระบวนการนี้

องค์กรต้องแจ้งประชาชนเกี่ยวกับวิธีการรายงานความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยและคุณภาพของผู้ป่วยต่อ JCI โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกระบวนการขององค์กรไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาความกังวล

#### วิธีการประเมินของ APR.11

ผู้สำรวจจะประเมินว่าองค์กรปฏิบัติตามข้อกำหนดในระหว่างขั้นตอนการประเมินผล ณ ที่ตั้งองค์กร

#### ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.11

เมื่อองค์กรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้ จำเป็นจะต้องทำ SIP (Strategic Improvement Plan)



ข้อกำหนด: APR.12

องค์กรให้การดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีความเสี่ยงของการคุกคามต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สุขภาพของประชาชน หรือความปลอดภัยของบุคลากร

คำชี้แจงเหตุผลของ APR.12

ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชนไว้วางใจองค์กรว่าเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่ำ ปลอดภัย | ดังนั้น องค์กรต้องรักษาความไว้วางใจกับการตรวจสอบเฝ้าระวังและกำกับดูแลการปฏิบัติตามความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

วิธีการประเมินของ APR.12

การประเมินผลเกิดขึ้นส่วนใหญ่ในระหว่างขั้นตอนการสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร และผ่านรายงานหรือข้อร้องเรียนขององค์กรอื่นๆ และ/หรือการลงโทษโดยหน่วยงานที่มีอำนาจในระหว่างทุกขั้นตอนของการรับรอง

ผลของการไม่ปฏิบัติตาม APR.12

เมื่อค้นพบว่าการคุกคามเกิดขึ้น ณ ที่ตั้งองค์กรระหว่างการสำรวจเป็นการขัดขวางการสำรวจจนสามารถแก้ไข หรือจนองค์กร ทีมสำรวจ และบุคลากรในโปรแกรมการรับรอง JCI สามารถใกล้เคียงปัญหา | องค์กรมีความเสี่ยงต่อการไม่รับรองและอาจต้องได้รับการสำรวจเฉพาะเรื่องจนกระทั่งปัญหาได้รับการแก้ไข

## ตอนที่ 2 Section II: มาตรฐานที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง Patient-Centered Standards

⇒ เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล International Patient Safety Goals (IPSG)

♥ **IPSG.1** | เป้าหมาย 1: ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง Goal 1: Identify Patients Correctly

เป้าหมาย 1: ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง (Goal 1: Identify Patients Correctly)

มาตรฐาน IPSG.1

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำในการระบุตัวผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติ **P**

เจตนาของ IPSG.1

ความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการระบุผู้ป่วยผิดคนเกิดขึ้นได้ในทุกลักษณะของการตรวจวินิจฉัยและการรักษา | ผู้ป่วยอาจได้รับยากล่อมประสาท รู้สึกสับสน หรือตื่นไม่เต็มที่ อาจจะเปลี่ยนเตียง เปลี่ยนห้อง หรือเปลี่ยนตำแหน่งที่อยู่ในโรงพยาบาล อาจไร้ความสามารถในการรับรู้ หรืออาจจะเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่จะนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการระบุที่ถูกต้อง | เจตจำนงของเป้าหมายนี้มีสองชั้น: ชั้นแรก เพื่อระบุตัวบุคคลที่ตั้งใจจะให้บริการหรือการรักษาได้ถูกต้อง นำเชื่อถือ ชั้นที่สอง เพื่อให้บริการหรือการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลนั้น

นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติกำหนดให้ใช้อย่างน้อย 2 วิธีในการระบุตัวผู้ป่วย เช่น ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เลขที่บัตรประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด ป้ายข้อมือที่มีบาร์โค้ด หรือวิธีการอื่นๆ | หมายเลขห้องของผู้ป่วยหรือตำแหน่งที่ผู้ป่วยอยู่ไม่สามารถใช้เพื่อการระบุตัวผู้ป่วยได้ | นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติระบุชัดเจนในการใช้ตัวบ่งชี้ 2 ตัวที่แตกต่างกันในสถานที่ที่แตกต่างกันภายในองค์กร เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยหรือบริการผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด แผนกวินิจฉัย และอื่นๆ ที่คล้ายกัน

นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ 2 วิธีที่แตกต่างกันเพื่อให้มั่นใจว่าครอบคลุมสถานการณ์เกี่ยวกับการระบุตัวผู้ป่วยที่เป็นไปได้ทั้งหมด เช่น กระบวนการที่ใช้ระบุตัวผู้ป่วย (เช่น เมื่อมีการบริหารยา ให้เลือดหรือองค์ประกอบของเลือด การจำกัดอาหาร หรือการให้การรักษาร่วมด้วยรังสี) ทำหัตถการ (เช่น การแทรกสายหลอดเลือดดำหรือฟอกเลือด) และก่อนขั้นตอนการวินิจฉัย (เช่น เจาะเลือดและเก็บส่งตรวจสำหรับตรวจวิเคราะห์ทางคลินิก หรือการสวนหัวใจ หรือกระบวนการรังสีวินิจฉัย) | มีการกำหนดวิธีการระบุตัวผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวซึ่งไม่ปรากฏว่าเป็นใคร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.1

- 1. ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวโดยใช้ตัวบ่งชี้ 2 ตัว ไม่รวมถึงการใช้หมายเลขห้องหรือตำแหน่งที่ผู้ป่วยอยู่
- 2. ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวก่อนการให้การรักษารักษาและทำหัตถการต่างๆ
- 3. ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวก่อนการตรวจวิเคราะห์ (ดูที่ AOP.5.7, ME 2)

IPSG – ระบุตัวผู้ป่วยถูกต้อง | เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร | ความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง | สร้างความมั่นใจในการผ่าตัดให้ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ ถูกคน | ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ | ลดความเสี่ยงของอันตรายต่อผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้ม

♥ **IPSG.2** – IPSG.2.2 | เป้าหมาย 2: เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร Goal 2: Improve Effective

Communication

เป้าหมาย 2: เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร (Goal 2: Improve Effective Communication)

## มาตรฐาน IPSPG.2

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการสื่อสารทางวาจาและ/หรือทางโทรศัพท์ระหว่างผู้ให้การดูแล และนำไปปฏิบัติ (P)

### มาตรฐาน IPSPG.2.1

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อรายงานผลที่สำคัญของการตรวจวินิจฉัย และนำไปปฏิบัติ (P)

### มาตรฐาน IPSPG.2.2

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อส่งต่อการสื่อสาร และนำไปปฏิบัติ (P)

#### เจตนาของ IPSPG.2 ถึง IPSPG.2.2

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และเป็นที่น่าสนใจของผู้รับ ช่วยลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย | การสื่อสารอาจจะเป็นอิเล็กทรอนิกส์ วาจา หรือการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร | การสื่อสารที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือคำสั่งการรักษาผู้ป่วยด้วยวาจาและคำสั่งทางโทรศัพท์ ของการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่เป็นค่าวิกฤต (critical test results) และการส่งต่อการสื่อสาร | การส่งต่อการสื่อสารยังสามารถเรียกว่าการสื่อสารแบบผลัดออกไป (handoff) | การสื่อสารที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนมากที่สุดคือคำสั่งการรักษาผู้ป่วยด้วยวาจาและคำสั่งทางโทรศัพท์ หากได้รับอนุญาตตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับภายในประเทศ | สำเนียงที่แตกต่างกัน ภาษาท้องถิ่น การออกเสียง เป็นการยากที่ผู้รับฟังจะเข้าใจคำสั่งที่ได้รับ | เช่น ชื่อยาและหมายเลขที่มีเสียงเหมือนกัน เช่น erythromycin แทนที่จะเป็น azithromycin หรือ สิบห้า แทนที่จะเป็น ห้าสิบ จะมีผลต่อความถูกต้องของคำสั่ง | เสียงเบื่องหลัง การขัดจังหวะ และชื่อยาและคำศัพท์ที่ไม่คุ้นเคยประกอบกันเป็นปัญหา | เมื่อได้รับคำสั่งทางวาจาต้องได้รับการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะเพิ่มความซับซ้อนและความเสี่ยงต่อกระบวนการสั่งยา

รายงานผลการทดสอบวินิจฉัยที่วิกฤตเป็นปัญหาความปลอดภัยของคนไข้ด้วยเช่นกัน | การตรวจวินิจฉัยรวมถึง แต่ไม่จำกัด การทดสอบในห้องปฏิบัติการ การทดสอบรังสีวิทยา การทดสอบเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การทำอัลตราซาวด์ การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็ก และการวินิจฉัยการเต้นของหัวใจ | การทดสอบนี้รวมถึงผลวินิจฉัยที่ทำการตรวจ ณ จุดให้บริการที่ข้างเตียง เช่น การทดสอบที่จุดการดูแล การทดสอบฉวยรังสีแบบพกพา การทำอัลตราซาวด์ข้างเตียง หรือการตรวจหัวใจผ่านทางหลอดอาหาร (transesophageal echocardiograms) | ผลที่ได้นอกเกณฑ์ปกติอาจบ่งบอกถึงความเสี่ยงสูงหรือสถานะที่คุกคามชีวิต | ระบบการรายงานที่ชัดเจนอย่างเป็นทางการระบุว่ามี การสื่อสารผลการตรวจวินิจฉัยไปยังผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ และวิธีการบันทึกข้อมูลเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วย (ดูที่ AOP.5.4)

การปฏิบัติที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสารทางวาจาหรือโทรศัพท์ รวมถึงต่อไปนี้:

การจำกัดการสื่อสารทางวาจาสำหรับใบสั่งยาหรือคำสั่งชื่อยาในสถานการณ์เร่งด่วนที่การเขียนหรือการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นไปได้โดยทันที | ตัวอย่างเช่น คำสั่งทางวาจาอาจไม่ได้รับอนุญาตเมื่อใช้ยาตามคำสั่งอยู่และมีแผนภูมิผู้ป่วยอยู่ | คำสั่งทางวาจาสามารถจำกัดสถานการณ์ที่ยากหรือเป็นไปได้ที่จะสั่งยาทางเอกสารหรืออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ในระหว่างขั้นตอนการฆ่าเชื้อ

การจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับการขอหรือรับผลการทดสอบแบบฉุกเฉินหรือพื้นฐานสถิติ มีการรายงานและติดตามการระบุผู้ป่วยและคำจำกัดความของการทดสอบและค่าที่วิกฤต เพื่อและโดยผู้ใด

การจดบันทึก (หรือการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์) คำสั่งการตรวจรักษาหรือผลตรวจวิเคราะห์ที่ครบถ้วนโดยผู้รับ  
สารสนเทศ ผู้รับสารสนเทศอ่านทวนกลับคำสั่งการตรวจรักษาหรือผลตรวจวิเคราะห์ และการยืนยันความถูกต้องของสิ่ง  
ที่จดบันทึกและอ่านทวนกลับโดยผู้ออกคำสั่งหรือผู้รายงานผล | นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ ระบุทางเลือกที่  
อนุญาตให้ทำได้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่กระบวนการทวนกลับไม่สามารถทำได้เสมอไป เช่น ในห้องผ่าตัด และใน  
สถานการณ์ฉุกเฉินในแผนกฉุกเฉินหรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต(ดูที่ COP.2.2; MMU.4; MMU.4.1; และ MOI.11, ME 1)  
การส่งมอบการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลเกิดขึ้น

ระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ เช่น ระหว่างแพทย์และแพทย์อื่นๆ หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ หรือจากผู้ให้บริการกับ  
ผู้ให้บริการระหว่างการเปลี่ยนกะเข้างาน

ระหว่างระดับการดูแลที่แตกต่างกันในองค์กรเดียวกัน เช่น เมื่อย้ายผู้ป่วยจากหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตไปยังหน่วยทาง  
การแพทย์ หรือจากแผนกฉุกเฉินไปห้องผ่าตัด และ

จากหน่วยผู้ป่วยไปยังแผนกวินิจฉัยหรือหน่วยรักษาอื่นๆ เช่น รังสีบำบัดหรือกายภาพบำบัด

ความผันผวนในการสื่อสารสามารถเกิดขึ้นระหว่างการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยและสามารถก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึง  
ประสงค์ | เสียงเบื้องหลัง การขัดจังหวะ และชื่อยาและการรบกวนอื่นๆ จากหน่วยที่ทำกิจกรรมสามารถยับยั้งการ  
สื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญอย่างชัดเจน | มาตรฐาน เนื้อหาที่สำคัญสำหรับการสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล  
ผู้ป่วย และผู้ให้บริการดูแลสุขภาพสามารถปรับปรุงผลที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (ดูที่  
ACC.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.2

- 1. มีการอ่านทวนกลับคำสั่งการตรวจรักษาที่จดบันทึกไว้อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ เมื่อมีคำสั่งด้วยวาจา และได้รับการ  
ยืนยันโดยผู้ออกคำสั่ง
- 2. มีการอ่านทวนกลับคำสั่งการตรวจรักษาที่จดบันทึกไว้อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ เมื่อมีคำสั่งทางโทรศัพท์ และได้รับ  
การยืนยันโดยผู้ออกคำสั่ง
- 3. มีการอ่านทวนกลับผลการตรวจวิเคราะห์ที่จดบันทึกไว้อย่างครบถ้วนโดยผู้รับ และได้รับการยืนยันโดยผู้รายงาน  
ผลการตรวจวิเคราะห์

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.2.1

- 1. องค์กรกำหนดคำวิฤตสำหรับการทดสอบวินิจฉัยแต่ละประเภท
- 2. องค์กรระบุผลการทดสอบวินิจฉัยที่วิฤตโดยใครและเพื่อผู้ใด
- 3. องค์กรบันทึกข้อมูลไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSG.2.2

- 1. องค์กรกำหนดมาตรฐานเนื้อหาที่วิฤตที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในระหว่างการส่งมอบการ  
ดูแลผู้ป่วย
- 2. รูปแบบ เครื่องมือ และวิธีการที่เป็นมาตรฐานสม่ำเสมอตลอดกระบวนการส่งมอบ
- 3. ข้อมูลจากการสื่อสารที่ส่งมอบมีการติดตามและใช้ในการปรับปรุงวิธีการสื่อสารการส่งมอบอย่างปลอดภัย

♥ **IPSG.3** – IPSG.3.1 | เป้าหมาย 3: เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง Goal 3: Improve the Safety of High-Alert Medications

เป้าหมาย 3: เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง (Goal 3: Improve the Safety of High-Alert Medications)

มาตรฐาน IPSG.3

องค์กรจัดทำแนวทางในการเพิ่มความปลอดภัยของการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง และนำไปปฏิบัติ ①

มาตรฐาน IPSG.3.1

องค์กรจัดทำแนวทางในการจัดการด้านความปลอดภัยจากการใช้สารละลายเกลือแร่ที่มีความเข้มข้นสูง ①

เจตนาของ IPSG.3 ถึง IPSG.3.1

เมื่อเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษาผู้ป่วย การจัดการที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยผู้ป่วย | ยาใดๆ ที่ชื่อโดยไม่มีใบสั่งยา ถ้าใช้ไม่ถูกต้องอาจทำให้เป็นอันตราย | อย่างไรก็ตาม ยาที่ต้องระมัดระวังสูงก่อให้เกิดอันตรายบ่อยครั้งมากขึ้น และอันตรายมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเมื่อได้รับอย่างผิดพลาด | สามารถทำให้ผู้ป่วยทรมาณและมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

ยาที่ต้องระมัดระวังสูงรวมถึง

ยาที่มีเปอร์เซ็นต์ความผิดพลาดสูงและ/หรือต้องใช้ตลอดเวลา เช่น อินซูลิน heparin หรือยาเคมีบำบัด และ

ยาที่มีชื่อ บรรจุภัณฑ์ และการติดฉลาก หรือการใช้ในคลินิก ที่มีชื่อคล้าย (look alike/sound alike) เช่น Xanax และ Zantac หรือ hydralazine และ hydroxyzine

มีชื่อยาจำนวนมากที่มีลักษณะคล้ายๆ กันกับชื่อยาอื่นๆ | ชื่อที่สับสนเป็นสาเหตุของข้อผิดพลาดในการใช้ยาทั่วโลก |

ปัจจัยที่เพิ่มความสับสนนี้คือ

การขาดความรู้จากชื่อของยา

ผลิตภัณฑ์ใหม่

บรรจุภัณฑ์หรือฉลากที่คล้ายกัน

การใช้งานทางคลินิกที่คล้ายกัน

จุดแข็ง รูปแบบปริมาณการใช้ และความถี่ในการบริหารยา ที่คล้ายกัน และ

ใบสั่งยาที่ผิด หรือ ความเข้าใจผิดระหว่างการออกคำสั่งยาทางวาจา

บัญชีรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูงและที่มีลักษณะคล้ายๆ กันสามารถหาได้จากองค์กรต่างๆ เช่น องค์กรอนามัย

โลก หรือ สถาบันการใช้อายาที่ปลอดภัย (Institute for Safe Medication Practice (ISMP)) และในเอกสารทางวิชาการ

ประเด็นความปลอดภัยด้านยาที่มักจะมีกรกล่าวถึงคือการให้สารละลายเกลือแร่ที่มีความเข้มข้นสูงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจ (เช่น โปแตสเซียมคลอไรด์ [ความเข้มข้นตั้งแต่ 2mEq/ml ขึ้นไป] โปแตสเซียมฟอสเฟต [ความเข้มข้นตั้งแต่ 3 mmol/ml ขึ้นไป] โซเดียมคลอไรด์ [ความเข้มข้นมากกว่า 0.9%] และแมกนีเซียมซัลเฟต [ความเข้มข้นตั้งแต่ 50% ขึ้นไป]) | ความคลาดเคลื่อนนี้สามารถเกิดได้เมื่อบุคลากรไม่ได้รับการแนะนำงานเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับหน่วยดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เมื่อมีการใช้บริการพยาบาลรับจ้างช่วง (contracted nurses) และไม่ได้รับการแนะนำงานอย่างเหมาะสม หรือระหว่างภาวะฉุกเฉิน | วิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดหรือขจัดเหตุการณ์นี้คือการจัดให้มี

กระบวนการสำหรับจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง รวมถึงการเปลี่ยนสถานที่เก็บสำรองสารละลายเกลือแร่เข้มข้นจากหน่วยดูแลผู้ป่วยไปไว้ที่หน่วยเภสัชกรรม (ดูที่ MMU.3)

องค์กรจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติด้วยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อระบุบัญชีรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงตามข้อมูลขององค์กรเอง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และเกือบพลาด และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง | รายการรวมถึง ยาที่ระบุว่ามีความเสี่ยงสูงสำหรับผลที่ไม่พึงประสงค์ และยาที่มีความเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายๆ กันที่สร้างความสับสน | ข้อมูลที่ได้จากเอกสารทางวิชาการและ/หรือกระทรวงสาธารณสุขมีประโยชน์ในการช่วยระบุยาใดที่ควรรวมอยู่ในยาที่มีความเสี่ยงสูง | มีวิธีการเก็บในลักษณะที่จำกัดการเข้าถึงเพื่อป้องกันการบริหารยาโดยไม่ได้ตั้งใจ | กลยุทธ์ที่จะปรับปรุงความปลอดภัยของยาที่มีความเสี่ยงสูงอาจได้รับการปรับให้เหมาะสมกับความเสี่ยงเฉพาะของแต่ละยา และควรมีการพิจารณากระบวนการออกไปสั่งยา การเตรียมยา การบริหารยา และการติดตาม นอกเหนือไปจากกลยุทธ์การจัดเก็บที่ปลอดภัย | นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติระบุบริเวณที่สารละลายเกลือแร่เข้มข้นมีความจำเป็นทางคลินิกตามหลักฐานและการปฏิบัติของวิชาชีพ เช่น แผนกฉุกเฉินหรือห้องผ่าตัด และระบุวิธีการเขียนฉลากที่ชัดเจน รวมถึงวิธีการเก็บในบริเวณนั้นในลักษณะที่จำกัดการเข้าถึงเพื่อป้องกันการบริหารยาโดยไม่ได้ตั้งใจ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSPG.3

- 1. มีการจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ เกี่ยวกับการระบุยาที่ต้องระมัดระวังสูงรวมถึงยาที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน ซึ่งจัดทำจากข้อมูลโดยเฉพาะขององค์กร
- 2. มีการจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ เกี่ยวกับการระบุ การจัดเก็บยาโดยเฉพาะ การออกไปสั่งยา การเตรียมยา การบริหารยา และการติดตามยาที่ต้องระมัดระวังสูงเพื่อปรับปรุงความปลอดภัย
- 3. มีการจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ เกี่ยวกับการระบุ สถานที่เก็บ การเขียนฉลาก และการจัดเก็บยาที่ต้องระมัดระวังสูงรวมถึงยาที่มีลักษณะคล้ายๆ กัน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSPG.3.1

- 1. มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการบริหารสารละลายเกลือแร่ความเข้มข้นสูงโดยไม่ได้ตั้งใจในบริเวณที่ได้รับอนุญาตโดยนโยบาย
- 2. ไม่มีสารละลายเกลือแร่ความเข้มข้นสูงในหน่วยดูแลผู้ป่วยถ้าไม่มีความจำเป็นทางคลินิก
- 3. สารละลายเกลือแร่ความเข้มข้นสูงซึ่งเก็บไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยได้รับการเขียนฉลากอย่างชัดเจน และเก็บไว้ในลักษณะที่จำกัดการเข้าถึง

♥ IPSPG.4 – IPSPG.4.1 | เป้าหมาย 4: สร้างความมั่นใจในการผ่าตัดให้ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ ถูกคน Goal 4:

Ensure Correct-Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery

เป้าหมาย 4: สร้างความมั่นใจในการผ่าตัดให้ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ ถูกคน (Goal 4: Ensure Correct-Site, Correct-Procedure, Correct-Patient Surgery)

มาตรฐาน IPSPG.4

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อสร้างความมั่นใจในการผ่าตัดให้ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ ถูกคน และนำไปปฏิบัติ ⑥

## มาตรฐาน IPSPG.4.1

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อกำหนดการขอเวลานอกในห้องผ่าตัดก่อนที่จะเริ่มการผ่าตัดเพื่อให้มั่นใจการผ่าตัดให้ถูกต้องตำแหน่ง ถูกหัตถการ และถูกคน และนำไปปฏิบัติ (P)

### เจตนาของ IPSPG.4 ถึง IPSPG.4.1

การผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ผิดคน เป็นเหตุการณ์ที่พบบ่อยในสถานพยาบาลที่น่าตกใจ | ความผิดพลาดเหล่านี้เป็นผลมาจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่เพียงพอระหว่างสมาชิกในทีมผ่าตัด ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการทำเครื่องหมายระบุตำแหน่ง และขาดขั้นตอนปฏิบัติในการยืนยันตำแหน่งที่จะผ่าตัด | ยิ่งไปกว่านั้น การประเมินผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอ การทบทวนเวชระเบียนที่ไม่เพียงพอ วัฒนธรรมที่ไม่เอื้อให้สื่อสารอย่างเปิดเผยระหว่างสมาชิกในทีมผ่าตัด ปัญหาที่เกี่ยวกับลายมือที่อ่านไม่ออก/อ่านยาก และการใช้คำย่อ เหล่านี้เป็นปัจจัยร่วมที่พบบ่อย

นโยบายดังกล่าวรวมถึงคำจำกัดความของการผ่าตัดและการใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายซึ่งรวมเอาหัตถการที่ใช้สปีคัน และ/หรือ รักษาโรคและความผิดปกติของร่างกายด้วยการตัด เอาออก ปรับเปลี่ยน หรือสอดใส่กล้องเพื่อการวินิจฉัย/รักษา | นโยบายดังกล่าวใช้กับทุกสถานที่ในองค์กรซึ่งมีการทำหัตถการเหล่านี้ ตัวอย่างเช่น ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ แผนกรังสีวิทยา ห้องปฏิบัติการระบบทางเดินอาหาร และที่คล้ายๆ กัน | องค์กรใช้วิธีการนี้เพื่อให้มั่นใจในการผ่าตัดให้ถูกต้องตำแหน่ง ถูกหัตถการ ถูกคน นำไปใช้กับทุกพื้นที่ขององค์กรซึ่งหัตถการผ่าตัดและการใส่อุปกรณ์เข้าร่างกายเกิดขึ้น

การปฏิบัติที่อิงหลักฐาน (evidence-based practices) ได้อธิบายไว้ใน The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery™

กระบวนการสำคัญที่ระบุไว้ใน Universal Protocol คือ

- การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะผ่าตัด
- กระบวนการสอบทานก่อนการผ่าตัด
- การขอเวลานอกเพื่อยืนยันขั้นสุดท้าย ซึ่งทำทันทีก่อนเริ่มทำหัตถการ

การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะผ่าตัด ทำโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมและทำด้วยเครื่องหมายที่ชัดเจนเข้าใจได้โดยทันที | การทำเครื่องหมายควรสอดคล้องกันทั่วทั้งองค์กร ควรทำโดยบุคคลที่จะทำหัตถการ ถ้าเป็นไปได้ควรจะทำในขณะที่ผู้ป่วยตื่นดีและมีสติ และจะต้องเห็นได้ภายหลังจากทำความสะอาดผิวหนังและปูผ้าคลุมผ่าตัดแล้วถ้าเป็นไปได้ | การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะผ่าตัดควรทำในทุกกรณีที่การผ่าตัดนั้นเกี่ยวข้องกับข้างซ้ายข้างขวา มีโครงสร้างเชิงซ้อน (นิ้วมือ นิ้วเท้า รอยโรค) หรือมีหลายระดับ (กระดูกสันหลัง)

เป้าหมายของกระบวนการสอบทานก่อนการผ่าตัดคือเพื่อ

- สอบทานความถูกต้องของตำแหน่ง หัตถการ และตัวผู้ป่วย
- สร้างความมั่นใจว่ามีเอกสาร ภาพวินิจฉัย และผลการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้องทั้งหมดพร้อม มีการเขียนชื่อและป้ายเหมาะสม และนำเสนอให้เห็น
- สอบทานว่ามีเครื่องมืออุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์พิเศษ และ/หรือ สิ่งที่ต้องสอดใส่เข้าไปในร่างกายที่ต้องการ

มีองค์ประกอบต่างๆ ของกระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัด ที่สามารถจะแล้วเสร็จก่อนที่ผู้ป่วยมาถึงที่พื้นที่ก่อนการผ่าตัด – เช่น การมั่นใจในบันทึก ผลการทดสอบและถ่ายภาพ และเอกสารต่างๆ ถูกระบุโดยฉลากและมีอยู่ และมีเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะผ่าตัด | ในความเป็นจริงการรออนจนกระทั่งการขอเวลานอกสำหรับกระบวนการตรวจสอบ

ก่อนผ่าตัดจนเสร็จสมบูรณ์อาจทำให้การผ่าตัดล่าช้าโดยไม่จำเป็น ถ้างานเอกสารหรือภาพถ่ายไม่ได้ถูกระบุโดยฉลากหรือมีอยู่ก่อนเริ่มผ่าตัด | เป็นไปได้ว่าบางส่วนของกระบวนการตรวจสอบก่อนผ่าตัดอาจเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งครั้งและมากกว่าหนึ่งสถานที่ | ตัวอย่างเช่น การให้ความยินยอมผ่าตัดอาจจะได้รับในสำนักงานศัลยกรรมและตรวจสอบว่าเสร็จสมบูรณ์เกิดขึ้นที่บริเวณก่อนการผ่าตัด การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งผ่าตัดอาจเกิดขึ้นในพื้นที่ก่อนผ่าตัด และมีการตรวจสอบเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด

การขอเวลานอก จัดขึ้นในทันทีก่อนเริ่มต้นทำหัตถการกับสมาชิกในทีมทั้งหมด เพื่อยืนยันขั้นสุดท้ายเป็นการเปิดโอกาสให้ไขข้อข้องใจในคำถามหรือข้อสงสัยที่ยังไม่มีคำตอบ | การขอเวลานอกทำในสถานที่ที่จะทำหัตถการ ก่อนเริ่มต้นทำหัตถการ และมีส่วนร่วมโดยทีมงานผ่าตัดทั้งหมด | ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมในการขอเวลานอก | องค์กรกำหนดวิธีการบันทึกกระบวนการขอเวลานอกเพื่อยืนยันขั้นสุดท้ายดังกล่าว

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSPG.4

- 1. องค์กรใช้เครื่องหมายเพื่อระบุตำแหน่งผ่าตัดและการสอดใส่เข้าไปในร่างกายที่ชัดเจนเข้าใจได้โดยทันที – มีการระบุที่สอดคล้องกันตลอดทั้งโรงพยาบาล
- 2. องค์กรใช้เครื่องหมายเพื่อระบุตำแหน่งผ่าตัดโดยบุคลากรผู้ทำหัตถการ และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการทำเครื่องหมาย
- 3. องค์กรใช้รายการตรวจสอบ (checklist) หรือกระบวนการอื่นเพื่อยืนยันความถูกต้องของตำแหน่ง หัตถการ ตัวผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด รวมถึงยืนยันว่ามีเอกสารและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องการอยู่ในมือ ถูกต้องและใช้งานได้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSPG.4.1

- 1. ทีมผ่าตัดทุกคนร่วมในกระบวนการขอเวลานอกและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเริ่มต้นหัตถการผ่าตัด/การสอดใส่เข้าไปในร่างกาย
- 2. องค์ประกอบของการขอเวลานอกรวมถึงการระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้อง ถูกด้านและตำแหน่ง หัตถการที่ได้รับการยืนยันและกระบวนการตรวจสอบได้เสร็จสมบูรณ์
- 3. มีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ซึ่งจะก่อให้เกิดกระบวนการที่เป็นแนวทางเดียวกันเพื่อสร้างความมั่นใจในการผ่าตัดที่ถูกตำแหน่ง ถูกหัตถการ และถูกคน รวมถึงหัตถการทางการแพทย์และทันตแพทย์ที่ทำในสิ่งแวดล้อมอื่นๆ นอกห้องผ่าตัด

♥ **IPSPG.5** | เป้าหมาย 5: ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ Goal 5: Reduce the Risk of Health Care–Associated Infections

เป้าหมาย 5: ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (Goal 5: Reduce the Risk of Health Care–Associated Infections)

มาตรฐาน IPSPG.5

องค์กรมีการใช้กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือกันในการจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติซึ่งปรับหรือรับเอาแนวทางการทำความสะอาดมือ และนำไปปฏิบัติ (P)



## เจตนาของ IP5G.5

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นความท้าทายในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง อัตราการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นประเด็นหลักที่นำวิตกสำหรับผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ | การติดเชื้อที่พบบ่อยในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวน การติดเชื้อในกระแสเลือด และปอดอักเสบ (ซึ่งมักสัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ)

จุดร่วมของการจัดการติดเชื้อเหล่านี้และการติดเชื้ออื่นๆ คือ ความสะอาดของมือ (hand hygiene) ที่เหมาะสม | แนวทางการทำความสะอาดมือ (hand hygiene guidelines) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากล สามารถทำได้จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (US CDC) และองค์กรภายในประเทศและระหว่างประเทศต่างๆ (ดูที่ GLD.11.2)

องค์กรมีการใช้กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือกันในการจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติซึ่งปรับหรือรับเอาแนวทางการทำความสะอาดมือที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป และนำสู่การปฏิบัติในองค์กร | แนวทางการทำความสะอาดมือได้ประกาศในพื้นที่ที่เหมาะสม และบุคลากรได้รับการศึกษากระบวนการล้างมือและการลดการติดเชื้ออย่างเหมาะสม | กระบวนการล้างมือและการลดการติดเชื้อ มีสบู่ ยาฆ่าเชื้อ และผ้าเช็ดมือ หรือวิธีการทำให้แห้งอื่นอยู่ในบริเวณนั้น (ดูที่ PCI.9)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IP5G.5

- 1. องค์กรปรับหรือรับเอาแนวทางการทำความสะอาดมือที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปมาใช้
- 2. องค์กรนำโปรแกรมการทำความสะอาดของมือที่มีประสิทธิผลมาสู่การปฏิบัติ
- 3. มีจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติสำหรับการล้างมือและการลดการติดเชื้อตามแนวทางการทำความสะอาดมือทั่วทั้งองค์กร

♥ IP5G.6 | เป้าหมาย 6: ลดความเสี่ยงของอันตรายต่อผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้ม Goal 6: Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls

เป้าหมาย 6: ลดความเสี่ยงของอันตรายต่อผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้ม (Goal 6: Reduce the Risk of Patient Harm Resulting from Falls)

## มาตรฐาน IP5G.6

องค์กรจัดทำแนวทางเพื่อลดความเสี่ยงของอันตรายต่อผู้ป่วยจากการพลัดตกหกล้ม และนำไปปฏิบัติ ②

## เจตนาของ IP5G.6

การพลัดตกหกล้มก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อผู้ป่วยที่รับไว้ในอนโรพยาบาลและผู้ป่วยนอกในสัดส่วนที่สำคัญ | ความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ผู้ป่วย และ/หรือสถานที่ | การประเมินรวมถึง ประวัติการพลัดตกหกล้ม การทบทวนการใช้ยาและแอลกอฮอล์ การใช้เครื่องช่วยเดินหรือการทรงตัวของผู้ป่วย ความบกพร่องทางสายตา สถานะทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลง และอื่นๆ ที่คล้ายกัน | ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินขั้นต้นว่ามีความเสี่ยงต่ำจากการพลัดตกหกล้มอาจกลายเป็นความเสี่ยงสูงได้ | เหตุผลรวมถึง แต่ไม่จำกัด การผ่าตัดและ/หรือการระงับความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงในสถานะของผู้ป่วยอย่างทันทีทันใด และการปรับยา | ผู้ป่วยหลายคนได้รับการประเมินซ้ำระหว่างการดูแลสุขภาพในองค์กร | เกณฑ์ที่บันทึกไว้ระบุประเภทของผู้ป่วยซึ่งได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงจากการพลัดตกหกล้ม

ตัวอย่างของสถานการณ์ความเสี่ยงคือ ผู้ป่วยที่มาถึงแผนกผู้ป่วยนอกจากสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลระยะยาวผ่านทางโรงพยาบาลสำหรับการทดสอบทางรังสี | ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในสถานการณ์ที่ถ่ายไอออนจากโรงพยาบาลไปยังเตียงทดสอบผู้ป่วย หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งในขณะที่นอนอยู่บนเตียงทดสอบผู้ป่วยที่แคบ | สถานที่โดยเฉพาะอาจมีความเสี่ยงสูงขึ้นจากการพลัดตกหกล้มเพราะการให้บริการ | ตัวอย่างเช่น แผนกกายภาพบำบัด (ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก) มีอุปกรณ์เฉพาะหลายประเภทที่ใช้โดยผู้ป่วยซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น บาร์คู บันไดแบบชานพักลอย (freestanding staircases) และอุปกรณ์ออกกำลังกาย

ในสภาพแวดล้อมของประชากรที่องค์กรให้การดูแล บริการที่จัดหาให้ และสถานที่สิ่งอำนวยความสะดวก องค์กรควรประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการพลัดตกหกล้มและดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหากมีการพลัดตกหกล้ม | โปรแกรมการลดการพลัดตกหกล้มอาจจะทำการประเมินความเสี่ยงและการประเมินซ้ำเป็นระยะของแต่ละประชากร และ/หรือ ในสภาพแวดล้อมที่มีการดูแลและการให้บริการ (เช่น การดำเนินการระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความปลอดภัยเป็นระยะ) | องค์กรมีความรับผิดชอบที่จะระบุสถานที่ (เช่น แผนกกายภาพบำบัด) สถานการณ์ (เช่น ผู้ป่วยเดินทางมาถึงโดยโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกย้ายจากรถเข็น หรือ การใช้อุปกรณ์ยกผู้ป่วย) และประเภทของผู้ป่วย (เช่น การใช้เครื่องช่วยเดินหรือการทรงตัวของผู้ป่วย ความบกพร่องทางสายตา สถานะทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลง และอื่นๆ ที่คล้ายกัน) ผู้ซึ่งมีความเสี่ยงสูงจากการพลัดตกหกล้ม

องค์กรจัดทำโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตามนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสม | โปรแกรมเฝ้าติดตามผลที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจของมาตรการลดการพลัดตกหกล้ม | ตัวอย่างเช่น การใช้เครื่องผูกมัดที่ไม่เหมาะสมหรือการจำกัดน้ำอาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ การไหลเวียนโลหิตที่ไม่ปกติ หรือการสูญเสียความสมบูรณ์ของผิวหนัง | โปรแกรมได้รับการนำสู่การปฏิบัติ (ดูที่ AOP.1.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ IPSPG.6

- 1. องค์กรดำเนินการกระบวนการประเมินผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกซึ่งมีการวินิจฉัยว่า สภาวะ สถานการณ์ หรือสถานที่ มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม
- 2. องค์กรดำเนินการกระบวนการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและอย่างต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ และในช่วงต้นของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เมื่อมีข้อบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากเกณฑ์ที่บันทึกไว้
- 3. มีการดำเนินการตามมาตรการลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยและจากสถานการณ์และสถานที่ที่ถูกประเมินว่ามีความเสี่ยง

⇒ การเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง Access to Care and Continuity of Care (ACC)

♥ ACC.1 – ACC.1.2 | การคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการรับไว้ในองค์กร Screening for Admission to the Hospital

การคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการรับไว้ในองค์กร (Screening for Admission to the Hospital)

มาตรฐาน ACC.1

ผู้ป่วยได้รับไว้เพื่อให้การดูแลแบบผู้ป่วยใน หรือลงทะเบียนสำหรับให้บริการผู้ป่วยนอก ตามความต้องการบริการสุขภาพที่ประเมินได้ และตามเป้าหมายและทรัพยากรขององค์กร (P)

## เจตนาของ ACC.1

การพิจารณาความเหมาะสมระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับเป้าหมายและทรัพยากรของสถานพยาบาล ขึ้นกับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วยผ่านการตรวจคัดกรอง ซึ่งมักกระทำเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก | การตรวจคัดกรองอาจทำโดยใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย (triage criteria) การประเมินจากการสังเกต การตรวจร่างกาย หรือผลของการตรวจร่างกาย การตรวจทางจิตเวช การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจด้วยภาพวินิจฉัยที่ทำในครั้งก่อนๆ | การตรวจคัดกรองนี้สามารถทำได้ ณ แหล่งที่ส่งผู้ป่วย ระหว่างการเคลื่อนย้ายฉุกเฉิน (emergency transport) หรือเมื่อผู้ป่วยมาถึงองค์กร | สิ่งสำคัญคือการตัดสินใจว่าจะรักษา โอนย้าย (transfer) หรือส่งต่อ จะทำต่อเมื่อได้รับผลของการประเมินคัดกรองแล้ว | เฉพาะผู้ป่วยที่องค์กรมีศักยภาพทางคลินิกที่จะให้บริการที่จำเป็นได้และสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรเท่านั้น ที่จะได้รับการพิจารณาไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือลงทะเบียนเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก | การทดสอบเพื่อคัดกรองผู้ป่วยอาจจำเป็นสำหรับผู้ป่วยทุกคนที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือองค์กรอาจระบุงการคัดกรองโดยเฉพาะและทดสอบประชากรผู้ป่วยโดยเฉพาะ | ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการท้องเสียต้องได้รับการคัดกรองเชื้อแบคทีเรีย Clostridium difficile ซึ่งเป็นโรคท้องร่วงรุนแรง หรือผู้ป่วยบางประเภทที่จำเป็นต้องมีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อสแตฟฟีโลค็อกคัส ออเรียส ที่ดื้อยาเมธิซิลลิน (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)) เช่น ผู้ป่วยทุกคนที่มาจากการดูแลระยะยาว | หากองค์กรต้องการให้มีการตรวจวิเคราะห์หรือประเมินคัดกรองบางอย่างเป็นการเฉพาะก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือลงทะเบียนผู้ป่วยนอก จะต้องมีการระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในนโยบาย (ดูที่ AOP.1)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.1

- 1. มีการตัดสินใจว่าความต้องการของผู้ป่วยเข้ากันได้กับเป้าหมายและทรัพยากรขององค์กรหรือไม่ ตามผลของการตรวจคัดกรอง (ดูที่ GLD.3.1, ME 1)
- 2. ผู้ป่วยได้รับไว้ดูแลต่อเมื่อองค์กรสามารถให้บริการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยได้ และมีสภาพแวดล้อมสำหรับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในที่เหมาะสม
- 3. มีกระบวนการให้ข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์เพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้มีหน้าที่ตัดสินใจรับ โอนย้าย หรือส่งต่อผู้ป่วย
- 4. นโยบายระบุมาตรฐานการตรวจคัดกรองและการตรวจวิเคราะห์เพื่อการวินิจฉัยโรคก่อนรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน หรือลงทะเบียนเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก
- 5. ผู้ป่วยจะยังไม่ถูกรับไว้ดูแล โอนย้าย หรือส่งต่อ ก่อนที่จะได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ที่ต้องการสำหรับการตัดสินใจ

## มาตรฐาน ACC.1.1

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉิน เร่งด่วน หรือโดยทันที ได้รับการประเมินและรักษาก่อนผู้ป่วยอื่นๆ

## เจตนาของ ACC.1.1

ผู้ป่วยซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉิน เร่งด่วน หรือโดยทันที (เช่น การติดเชื้อจากอากาศ) ได้รับการบ่งชี้โดยใช้กระบวนการคัดแยกบนฐานข้อมูลวิชาการ (evidence-based triage process) | เมื่อผู้ป่วยได้รับการบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉิน เร่งด่วน หรือโดยทันที ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการประเมินและดูแลโดยเร็วที่สุดตามความจำเป็น | ผู้ป่วยดังกล่าวอาจได้รับการประเมินโดยแพทย์หรือผู้มีความสัมพันธ์เหมาะสมก่อนผู้ป่วยอื่น ได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วเท่าที่จะเป็นไปได้ และเริ่มให้การรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย | กระบวนการคัดแยกอาจใช้เกณฑ์เชิงสรีรวิทยา

(physiologic-based criteria) เมื่อเป็นไปได้และมีความเหมาะสม | องค์กรฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดต้องการการดูแลโดยทันที และวิธีการที่การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับความสำคัญในอันดับต้นๆ

เมื่อองค์กรไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้ และจำเป็นต้องโอนย้ายผู้ป่วยไปสู่การดูแลในระดับที่สูงขึ้น องค์กรผู้ส่งจะต้องให้การรักษารักษาเพื่อผู้ป่วยมีอาการคงตัวตามระดับความสามารถที่มีอยู่ก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.1.1

- 1. องค์กรใช้กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยบนฐานข้อมูลวิชาการ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทันที
- 2. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมให้ใช้เกณฑ์ดังกล่าว
- 3. ผู้ป่วยได้รับการจัดลำดับตามความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการบริการ
- 4. ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการประเมินและรักษาให้มีอาการคงตัวตามระดับความสามารถขององค์กรก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 5. การรักษาให้มีอาการคงตัวก่อนที่จะเคลื่อนย้ายได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนและบำรุงรักษาโดยองค์กรที่ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

มาตรฐาน ACC.1.2

องค์กรพิจารณาความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วย เมื่อมีช่วงเวลาที่ต้องรอคอยหรือมีความล่าช้าในการให้บริการตรวจวินิจฉัย และ/หรือ รักษา **P**

เจตนาของ ACC.1.2

ผู้ป่วยได้รับการแจ้งให้ทราบหากเป็นที่รับรู้ว่าจะต้องรอคอยบริการตรวจวินิจฉัย และ/หรือ การรักษา เป็นเวลานาน หรือเมื่อการจะเข้ารับการดูแลที่วางแผนไว้ต้องถูกจัดไว้อยู่ในรายชื่อผู้รอคิว | ผู้ป่วยได้รับการอธิบายถึงเหตุผลของความล่าช้าหรือการรอคอย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกอื่นๆ ที่มีอยู่ | ข้อกำหนดเรื่องการอธิบายเหตุผลนี้ใช้กับการดูแลแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และ/หรือบริการตรวจวินิจฉัย มิใช่กับการรอคอยเล็กๆ น้อยๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน เช่น การที่แพทย์มาไม่ตรงเวลา | สำหรับบริการบางประเภท เช่น มะเร็งวิทยา หรือการปลูกถ่ายอวัยวะ ความล่าช้าอาจเป็นสิ่งปกติของประเทศสำหรับบริการเหล่านั้น จึงมีความแตกต่างจากความล่าช้าสำหรับบริการตรวจวินิจฉัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.1.2

- 1. ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อจะมีความล่าช้าในการดูแล และ/หรือ การรักษา
- 2. ผู้ป่วยได้รับการแจ้งให้ทราบถึงเหตุผลของความล่าช้าหรือการรอคอย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการทางคลินิกที่มีอยู่
- 3. มีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

♥ ACC.2 – ACC.2.3.1 | การรับไว้ในองค์กร Admission to the Hospital  
การรับไว้ในองค์กร (Admission to the Hospital)

มาตรฐาน ACC.2

องค์กรมีกระบวนการสำหรับการรับไว้เป็นผู้ป่วยในและการลงทะเบียนผู้ป่วยนอก ⑥

เจตนาของ ACC.2

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้กระบวนการรับผู้ป่วยในไว้ดูแล และการลงทะเบียนผู้ป่วยนอก เพื่อให้บริการ เป็นมาตรฐานเดียวกัน | บุคลากรที่รับผิดชอบต่อกระบวนการดังกล่าวมีความคุ้นเคยและใช้ระเบียบปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

นโยบายและระเบียบปฏิบัติ ระบุถึง

- การลงทะเบียนเพื่อให้บริการแบบผู้ป่วยนอก หรือการรับไว้ให้บริการในฐานะผู้ป่วยใน
- การรับผู้ป่วยจากหน่วยบริการฉุกเฉินเข้าหอผู้ป่วยโดยตรง และ
- กระบวนการรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.2

- 1. กระบวนการลงทะเบียนผู้ป่วยนอกเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 2. กระบวนการรับผู้ป่วยในเป็นมาตรฐานเดียวกัน
- 3. มีกระบวนการรับผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าหน่วยดูแลผู้ป่วยใน
- 4. มีกระบวนการรับผู้ป่วยไว้สังเกตอาการ
- 5. บุคลากรมีความคุ้นเคยและปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในการรับผู้ป่วยในและลงทะเบียนผู้ป่วยนอก

มาตรฐาน ACC.2.1

มีการจัดลำดับความต้องการของผู้ป่วยสำหรับบริการป้องกัน การดูแลเพื่อบรรเทาอาการ การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ตามสถานะของผู้ป่วยเมื่อแรกรับเป็นผู้ป่วยใน

เจตนาของ ACC.2.1

เมื่อผู้ป่วยได้รับการพิจารณาไว้เป็นผู้ป่วยในขององค์กร การประเมินคัดกรองจะช่วยให้บุคลากรบ่งชี้และจัดลำดับความสำคัญของบริการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลประคับประคอง ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับ และเลือกบริการหรือหน่วยดูแลที่เหมาะสมที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการที่เร่งด่วนหรือสำคัญที่สุดของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.2.1

- 1. การประเมินคัดกรองช่วยให้บุคลากรระบุความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย
- 2. มีการเลือกบริการหรือหน่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นเหล่านี้ตามผลการประเมินคัดกรอง
- 3. ความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับบริการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลประคับประคอง ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ

## มาตรฐาน ACC.2.2

เมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่จะเกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการดูแลนั้น และประมาณการค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

### เจตนาของ ACC.2.2

ระหว่างกระบวนการรับเป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจอย่างมีความรู้ | มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่จะเกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และประมาณการค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องรับผิดชอบ สำหรับการดูแลที่กองทุนประกันสุขภาพสาธารณะหรือเอกชนไม่จ่ายให้ | หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล องค์กรต้องหาวิธีการแก้ไขข้อจำกัดเหล่านั้น | ข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเป็นเอกสาร หรือแจ้งด้วยวาจาพร้อมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.2.2

1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเมื่อแรกรับเป็นผู้ป่วยใน
2. ข้อมูลดังกล่าวรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่จะเกิดขึ้น
3. ข้อมูลดังกล่าวรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลที่คาดหวัง
4. ข้อมูลดังกล่าวรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับประมาณการค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องรับผิดชอบ

## มาตรฐาน ACC.2.2.1 (ใหม่)

องค์กรมีกระบวนการในการจัดการการไหลของผู้ป่วย (patient flow) ทั่วทั้งองค์กร

### เจตนาของ ACC.2.2.1

ความหนาแน่นของและอัตราการเข้าพักในแผนกฉุกเฉิน (ED) และอัตราการเข้าพักในองค์กรที่สูงนำไปสู่การนำผู้ป่วยเข้าพักในแผนกฉุกเฉินหรือมีสถานที่พักผู้ป่วยในชั่วคราว | การจัดการการไหลของผู้ป่วยตลอดการดูแลคือสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันไม่ให้แออัด ซึ่งทำให้ไม่สามารถดูแลได้ทันเวลา และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในที่สุด | การจัดการที่มีประสิทธิภาพของกระบวนการที่เป็นระบบซึ่งสนับสนุนการไหลของผู้ป่วย (เช่น การรับเป็นผู้ป่วยใน การประเมิน และการรักษา การโอนย้าย และจำหน่ายผู้ป่วย) สามารถลดความล่าช้าในการส่งมอบความดูแล | องค์ประกอบของกระบวนการการไหลของผู้ป่วยระบุหัวข้อต่อไปนี้:

- a) เตียงผู้ป่วยในที่มีอยู่
- b) การวางแผนอาคารสถานที่ สำหรับการจัดสรรพื้นที่ ระบบสาธารณูปโภค เครื่องมืออุปกรณ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และวัสดุทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนสถานที่รับผู้ป่วยชั่วคราว
- c) การวางแผนกำลังคนเพื่อสนับสนุนพื้นที่รับผู้ป่วยชั่วคราวที่เพิ่มขึ้น และ/หรือ การเข้าพักในแผนกฉุกเฉิน
- d) การไหลของผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและบริการ (เช่น แผนกผู้ป่วยใน ห้องปฏิบัติการ ห้องผ่าตัด การวัดและส่งข้อมูลทางไกล (telemetry) รังสีวิทยา และหน่วยดูแลหลังระงับความรู้สึก)
- e) ประสิทธิภาพของการบริการที่ไม่ใช่คลินิกซึ่งสนับสนุนการดูแลและรักษาผู้ป่วย (เช่น การทำความสะอาด และการเคลื่อนย้าย)
- f) การสำรองการดูแลในระดับเดียวกันตั้งแต่การรับผู้ป่วยจนถึงหน่วยผู้ป่วยใน
- g) การเข้าถึงงานสนับสนุนบริการ (เช่น การสนับสนุนงานด้านสังคม ศาสนา หรือจิตวิญญาณ และที่คล้ายกัน) การติดตามและปรับปรุงกระบวนการเป็นกลยุทธ์ที่มีประโยชน์เพื่อลดปัญหาการไหลของผู้ป่วย | บุคลากรจากทั่วทั้งองค์กร – แผนกผู้ป่วยใน แผนกฉุกเฉิน บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล การบริหารจัดการ การจัดการสิ่งแวดล้อม

การบริหารความเสี่ยง – สามารถให้ผลงานที่สำคัญในการทำความเข้าใจและแก้ปัญหาการไหลของผู้ป่วย | มาตรการและเป้าหมายช่วยระบุผลกระทบระหว่างแผนก เปิดแผนวงจรและแนวโน้มในช่วงเวลา และสนับสนุนความรับผิดชอบในทุกระดับขององค์กร

ผู้ป่วยที่มาถึงองค์กรในแผนกฉุกเฉินเพื่อการดูแลมีความเสี่ยงในการเข้าพักที่สำคัญ | การเข้าพักที่แผนกฉุกเฉินใช้เฉพาะการแก้ปัญหาชั่วคราวเมื่อมีความแออัดในองค์กร | การวางแผนขององค์กรควรระบุรอบเวลาโดยผู้ป่วยที่เข้าพักจะมีการโอนย้ายจากแผนกฉุกเฉินไปยังหน่วยผู้ป่วยในที่เป็นมาตรฐานหรือชั่วคราว | ความคาดหวังที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการให้บริการขององค์กรเพื่อความปลอดภัยในสถานที่ การให้คำแนะนำและฝึกอบรมบุคลากร และการประเมิน การประเมินซ้ำ และการดูแล (ภายในศักยภาพ) ของผู้ป่วยที่จะเข้าพัก

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.2.2.1

- 1. องค์กรจัดทำกระบวนการสนับสนุนการไหลของผู้ป่วยทั่วทั้งองค์กรอย่างน้อยในข้อ a) ถึง g) ในหัวข้อเจตนา และนำไปปฏิบัติ
- 2. องค์กรวางแผนและมีการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและเข้าพักในแผนกฉุกเฉิน รวมทั้งการระบุเวลาในการเข้าพัก
- 3. องค์กรวางแผนและมีการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีเตียงไม่พอ ในที่ที่ต้องการบริการ หรือหน่วยงาน หรือที่อื่นๆ ในอาคารสถานที่
- 4. บุคลากรผู้บริหารกระบวนการไหลของผู้ป่วย ตรวจสอบประสิทธิภาพในการระบุและการนำการปรับปรุงกระบวนการไปใช้

มาตรฐาน ACC.2.3

การรับไว้รักษาไปยังหน่วยดูแลวิกฤตหรือหน่วยบริการเฉพาะทาง เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ **Ⓟ**

มาตรฐาน ACC.2.3.1

การจำหน่ายผู้ป่วยจากหน่วยดูแลวิกฤตหรือหน่วยบริการเฉพาะทาง เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ **Ⓟ**

เจตนาของ ACC.2.3 และ ACC.2.3.1

หน่วยงานหรือบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต (เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด) หรือให้บริการเฉพาะทาง (เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วยแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก หรือหน่วยปลูกถ่ายอวัยวะ) มักจะมีค่าใช้จ่ายสูง มีพื้นที่และกำลังคนจำกัด | แต่ละองค์กรต้องจัดทำเกณฑ์พิจารณาผู้ป่วยซึ่งต้องการระดับของบริการในหน่วยงานดังกล่าว

การรับไว้รักษาในหน่วยงานเฉพาะทางที่ใช้ทรัพยากรที่มีราคาแพง องค์กรอาจจำกัดการรับไว้เฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกลับมา และไม่รับผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นร้ายแรง | เพื่อให้มั่นใจในความสม่ำเสมอของการปฏิบัติ ควรใช้ เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญและวินิจฉัย และ/หรือวัตถุประสงค์อื่น รวมทั้งเกณฑ์เชิงสรีรวิทยา (physiologic-based) เมื่อเป็นไปได้และมีความเหมาะสม | บุคลากรที่เหมาะสมจากหน่วยฉุกเฉิน หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต หรือหน่วยบริการเฉพาะด้านมีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์ | มีการใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการพิจารณาตัดสินใจรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหน่วยงานโดยตรง เช่น การรับผู้ป่วยจากหน่วยบริการฉุกเฉินโดยตรง | มีการใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการพิจารณาตัดสินใจรับผู้ป่วยจากหน่วยงานอื่นในองค์กรหรือจากองค์กรอื่น (เช่น เมื่อผู้ป่วยถูกโอนย้ายมาจากอีกองค์กรหนึ่ง)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานเฉพาะทางต้องการการประเมินซ้ำและประเมินผลใหม่เมื่อสถานะผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เช่น การดูแลเฉพาะทางอาจไม่จำเป็นอีกต่อไป | ตัวอย่างเช่น เมื่อสถานะทางสรีระมีความคงตัว และการติดตามและรักษาแบบวิกฤตไม่จำเป็นอีกต่อไป หรือเมื่อสถานะของผู้ป่วยเสื่อมโทรมถึงจุดที่การดูแลและบริการเฉพาะทางทำไม่ได้อีกต่อไป ผู้ป่วยอาจถูกจำหน่ายจากหน่วยงานเฉพาะทางหรือย้ายไปยังหน่วยงานที่มีระดับการดูแลต่ำลง (เช่น หน่วยแพทย์/ผ่าตัด หน่วยดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือหน่วยดูแลประคับประคอง) | เกณฑ์ที่ใช้ในการโอนย้ายจากหน่วยงานเฉพาะทางไปยังหน่วยงานที่มีระดับการดูแลต่ำลง ควรใช้เกณฑ์ที่ใช้รับผู้ป่วยไปยังระดับการดูแลต่อไป | ตัวอย่างเช่น เมื่อสถานะของผู้ป่วยเสื่อมโทรมซึ่งการดูแลวิกฤตไม่ได้ช่วยอีกต่อไป การรับผู้ป่วยในหน่วยดูแลระยะสุดท้าย หรือหน่วยการดูแลแบบประคับประคอง ต้องทำตามเกณฑ์สำหรับการรับเข้ารับบริการ

เมื่อองค์กรทำการวิจัย หรือจัดให้มีบริการหรือโปรแกรมดูแลผู้ป่วยพิเศษเฉพาะด้าน การรับหรือการโอนย้ายผู้ป่วยเข้าในโปรแกรมดังกล่าวทำโดยใช้เกณฑ์หรือระเบียบวิธี (protocol) ที่กำหนดไว้ | บุคลากรที่เหมาะสมจากโปรแกรมการวิจัยหรือโปรแกรมอื่นมีส่วนร่วมในการจัดทำเกณฑ์หรือระเบียบวิธี | มีการบันทึกการรับเข้าร่วมในโปรแกรมในเวชระเบียนผู้ป่วย รวมถึงสถานะของผู้ป่วยตามเกณฑ์หรือระเบียบวิธีการรับผู้ป่วย (ดูที่ ACC.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.2.3

- 1. องค์กรกำหนดเกณฑ์การรับเข้า และ/หรือ โอนย้ายผู้ป่วยสำหรับหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต บริการหรือหน่วยงานพิเศษเฉพาะด้าน รวมถึงโปรแกรมวิจัยและโปรแกรมอื่นๆ เพื่อตอบสนองความต้องการพิเศษเฉพาะของผู้ป่วย
- 2. เกณฑ์ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญและวินิจฉัย และ/หรือวัตถุประสงค์อื่น รวมทั้งเกณฑ์เชิงสรีรวิทยา
- 3. บุคลากรจากหน่วยดูแลวิกฤต/หน่วยบริการเฉพาะทาง มีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์
- 4. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เกณฑ์
- 5. บันทึกของผู้ป่วยที่รับเข้าหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต/บริการพิเศษเฉพาะด้าน มีหลักฐานว่าเป็นไปตามเกณฑ์สำหรับบริการดังกล่าว

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.2.3.1

- 1. องค์กรกำหนดเกณฑ์การจำหน่าย และ/หรือ โอนย้ายผู้ป่วยสำหรับหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต บริการหรือหน่วยงานพิเศษเฉพาะด้าน ไปยังระดับการดูแลอื่น รวมถึงโปรแกรมวิจัยและโปรแกรมอื่นๆ
- 2. เกณฑ์ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการจำหน่ายหรือโอนย้ายผู้ป่วยควรรวมเกณฑ์ที่ใช้ในการรับผู้ป่วยไปยังระดับการดูแลต่อไป
- 3. บุคลากรจากหน่วยดูแลวิกฤตหรือหน่วยบริการเฉพาะทาง มีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์
- 4. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เกณฑ์
- 5. บันทึกของผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้ายหรือจำหน่ายออกจากหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตหรือบริการพิเศษเฉพาะด้าน มีหลักฐานว่าผู้ป่วยไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สำหรับบริการดังกล่าว

♥ ACC.3 – ACC.3.2 | การดูแลอย่างต่อเนื่อง Continuity of Care  
การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care)

มาตรฐาน ACC.3



องค์กรออกแบบและดำเนินการกระบวนการเพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายในองค์กร และมีการประสานงานระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ (P)

เจตนาของ ACC.3

การเข้ารับบริการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายหรือโอนย้ายผู้ป่วยนั้น อาจมีแผนกหน่วยบริการ และผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่หลากหลายจำนวนมากเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการ | ในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลนั้น จะมีการนำทรัพยากรในองค์กรที่เหมาะสมมาใช้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และมีการนำทรัพยากรจากองค์กรภายนอกมาใช้หากจำเป็น | กระบวนการต่อเนื่องเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและข้อมูลทางการแพทย์ในอดีต เพื่อช่วยในการตัดสินใจ และเมื่อมีผู้ตัดสินใจหลายคนให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ตัดสินใจเหล่านั้นเห็นด้วยกับการดูแลและบริการให้แก่ผู้ป่วย

เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลหลักของกระบวนการดูแลและความคืบหน้าของผู้ป่วยและทำให้เป็นเครื่องมือสื่อสารที่จำเป็น | สำหรับข้อมูลที่มีประโยชน์และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีไว้ใช้ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในเวลาที่ต้องการและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน | บันทึกทางการแพทย์ พยาบาล และการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ มีไว้สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพของผู้ป่วยทั้งหมดที่จำเป็นต้องใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย (ดูที่ AOP.2)

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างราบรื่นไร้รอยต่อ องค์กรจำเป็นต้องออกแบบและนำไปปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการเพื่อความต่อเนื่องและการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่นๆ ต่อไปนี้

- a) บริการฉุกเฉินกับการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
- b) บริการตรวจวินิจฉัยกับบริการการรักษา
- c) บริการศัลยกรรมกับบริการที่ไม่ใช่ศัลยกรรม
- d) ระหว่างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยนอกต่างๆ และ
- e) กับองค์กรอื่นและกับสิ่งแวดล้อมในการดูแลรูปแบบอื่นๆ

ผู้นำของ ลักษณะแวดล้อม (setting) และบริการต่างๆ ทำงานร่วมกันเพื่อออกแบบกระบวนการและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง | กระบวนการดังกล่าวอาจใช้เกณฑ์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ แผนการดูแลทางคลินิก การวางแผนการดูแลรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย รายการตรวจสอบ และอื่นๆ ที่คล้ายกัน | องค์กรกำหนดบุคลากรทำหน้าที่รับผิดชอบในการประสานบริการ | บุคลากรเหล่านี้อาจประสานงานการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมด (เช่น ระหว่างแผนกต่างๆ) หรือรับผิดชอบประสานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (เช่น ผู้จัดการประจำตัวผู้ป่วย – case manager) | ทั้งนี้ โดยใช้เกณฑ์หรือนโยบายที่กำหนดไว้เพื่อพิจารณาตัดสินใจความเหมาะสมของการโอนย้ายผู้ป่วยภายในองค์กร (ดูที่ IPSG.2.2; ACC.2.3; ACC.2.3.1; COP.8.3; COP.9.3, ME 2; ASC.7.2; และ MOI.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.3

- 1. ผู้นำของบริการและ ลักษณะแวดล้อม (setting) ออกแบบและนำไปปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการเพื่อความต่อเนื่องและการประสานความร่วมมือในการดูแล ตามที่ระบุไว้อย่างน้อยในข้อ a) ถึง e) ในหัวข้อเจตนา (ดูที่ GLD.10)
- 2. เวชระเบียนผู้ป่วยมีไว้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับอนุญาตเข้าถึงและจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วย (ดูที่ AOP.1.1)

- 3. มีการปรับปรุงระเบียบให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้มั่นใจว่าสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยข้อมูลล่าสุด
- 4. มีการใช้เกณฑ์เพื่อบริการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเพื่อประสานงานระหว่างการดูแลสุขภาพ เช่น แผนการดูแล แนวทางปฏิบัติ หรือเกณฑ์อื่นๆ
- 5. มีหลักฐานของความต่อเนื่องและการประสานความร่วมมือให้เห็นตลอดในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย

#### มาตรฐาน ACC.3.1

ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยใน มีการมอบหมายให้บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

#### เจตนาของ ACC.3.1

มีการกำหนดบุคลากรทำหน้าที่รับผิดชอบสำหรับประสานการดูแลผู้ป่วยและความต่อเนื่องของการดูแลโดยรวม หรือรับผิดชอบดูแลเฉพาะขั้นตอนอย่างชัดเจน เพื่อคงไว้ซึ่งความต่อเนื่องของการดูแลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในองค์กร | บุคคลดังกล่าวอาจเป็นแพทย์หรือบุคลากรอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสม | มีการระบุชื่อบุคลากรผู้รับผิดชอบไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย | การมีบุคคลหนึ่งทำหน้าที่ติดตามกำกับดูแลตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในองค์กรจะช่วยให้ความต่อเนื่อง ความร่วมมือ ความพึงพอใจของผู้ป่วย คุณภาพดีขึ้น และอาจทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น จึงเป็นสิ่งที่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนบางประเภท และผู้ป่วยอื่นๆ ที่องค์กรกำหนด | บุคคลนี้ต้องร่วมมือและสื่อสารกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพคนอื่นๆ | นอกจากนั้น นโยบายขององค์กรยังระบุกระบวนการสำหรับการถ่ายโอนหน้าที่รับผิดชอบจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งระหว่างการลาหยุดพักผ่อน หยุดพักร้อน และช่วงเวลาอื่นๆ | นโยบายระบุถึงกลุ่มที่ปรึกษา แพทย์เวร ผู้ทำหน้าที่แทนชั่วคราว (locum tenens) หรือบุคคลอื่นซึ่งรับหน้าที่รับผิดชอบ วิธีการที่จะเข้ามารับหน้าที่รับผิดชอบ และการบันทึกการมีส่วนร่วม/ความรับผิดชอบในงานของบุคคลดังกล่าว

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระยะการดูแลผู้ป่วยจากระยะหนึ่งไปสู่อีกระยะหนึ่ง (เช่น จากศัลยกรรมไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพ) อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลที่รับผิดชอบการดูแล หรืออาจจะเป็นบุคคลเดิมที่ยังคงกำกับ (oversee) การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.3.1

- 1. มีการระบุผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบประสานการดูแลผู้ป่วยใน ซึ่งพร้อมทำหน้าที่ตลอดทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย
- 2. ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบดังกล่าวมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
- 3. มีการระบุการถ่ายโอนหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจากบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่งไว้ในนโยบายขององค์กร
- 4. มีการระบุวิธีการที่จะถ่ายโอนหน้าที่รับผิดชอบ และมีการบันทึกการมีส่วนร่วม/ความรับผิดชอบในงานของบุคคลดังกล่าว

#### มาตรฐาน ACC.3.2

สารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายไปพร้อมกับผู้ป่วย

#### เจตนาของ ACC.3.2

ในระหว่างการดูแล มีบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายภายในองค์กรจากหน่วยบริการหรือแผนกผู้ป่วยในหนึ่งไปยังหน่วยบริการหรือแผนกผู้ป่วยในอื่น | เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทีมผู้ดูแลเนื่องจากการโอนย้าย จะเกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเมื่อมีการส่งสารสนเทศที่จำเป็นเกี่ยวกับผู้ป่วยไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วย | เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับยาและ

การรักษาอื่นๆ ต่อเนื่องโดยไม่ขาดตอน และสามารถเฝ้าติดตามสภาพอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม | การส่งต่อ  
สารสนเทศดังกล่าวทำได้โดยการส่งมอบเวชระเบียนผู้ป่วยไปพร้อมผู้ป่วยหรือมีการสรุปสารสนเทศจากเวชระเบียน  
ผู้ป่วยเมื่อมีการโอนย้าย | การสรุปดังกล่าวประกอบด้วยเหตุผลในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล การตรวจพบที่สำคัญ  
การวินิจฉัยโรค หัตถการที่กระทำ ยาและการรักษาอื่นๆ และสภาพอาการผู้ป่วยขณะโอนย้าย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.3.2

- 1. เวชระเบียนผู้ป่วยหรือเอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายไปยังงานบริการหรือหน่วยงานอื่นในองค์กร  
พร้อมกับผู้ป่วย
- 2. เอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วยมีบันทึกเหตุผลในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล
- 3. เอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วยมีบันทึกการตรวจพบที่สำคัญ
- 4. เอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วยมีบันทึกการวินิจฉัยโรค
- 5. เอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วยมีบันทึกหัตถการที่กระทำ
- 6. เอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วยมีบันทึกยาและการรักษาอื่นๆ
- 7. เอกสารสรุปการดูแลผู้ป่วยมีบันทึกสภาพอาการผู้ป่วยเมื่อโอนย้าย

♥ ACC.4 – ACC.4.5.1 | การจำหน่าย การส่งต่อ และการนัดตรวจติดตาม Discharge, Referral and  
Follow-up

การจำหน่าย การส่งต่อ และการนัดตรวจติดตาม (Discharge, Referral and Follow-up)

มาตรฐาน ACC.4

มีนโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วยขึ้นกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการในการดูแล  
หรือบริการต่อเนื่อง (P)

เจตนาของ ACC.4

การส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วยไปยังผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่องค์กรอื่น ลักษณะแวดล้อม (setting) การ  
ดูแลอื่น กลับบ้าน หรือไปอยู่กับครอบครัว ขึ้นกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลหรือบริการ  
ต่อเนื่อง | แพทย์เจ้าของไข้หรือผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต้องพิจารณาความพร้อมที่จะจำหน่าย ตามนโยบายและ  
เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้สำหรับการส่งต่อและจำหน่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งองค์กรกำหนด | อาจมีการใช้เกณฑ์เพื่อบ่งชี้ว่าผู้ป่วย  
พร้อมที่จะรับการจำหน่าย | ความต้องการในการดูแลต่อเนื่องอาจหมายถึงการส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง นักบำบัด  
ฟื้นฟู หรือการประสานการดูแลเชิงป้องกันที่บ้านโดยครอบครัว | จำเป็นต้องมีกระบวนการที่เป็นระบบเพื่อให้มั่นใจว่า  
ความต้องการการดูแลต่อเนื่องนั้นได้รับการตอบสนองโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพหรือองค์กรภายนอกที่  
เหมาะสม | กระบวนการนี้หมายถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งดูแลที่อยู่นอกเขตเมื่อจำเป็น | เมื่อมีข้อบ่งชี้ องค์กร  
จะเริ่มต้นวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลต่อเนื่องดังกล่าวโดยเร็วที่สุดในกระบวนการดูแลเท่าที่จะทำได้ |  
ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยและความต้องการของ  
ผู้ป่วย (ดูที่ AOP.1.8) | มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางสำหรับกระบวนการอนุญาตให้ผู้ป่วยออกจาก  
โรงพยาบาลชั่วคราว (เช่น ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ ถ้าองค์กรเปิดให้มีการอนุญาตดังกล่าว (“pass”))

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4

- 1. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ และ/หรือ จำหน่ายผู้ป่วย ตามสภาวะสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย
- 2. มีการพิจารณาความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัย
- 3. การวางแผนส่งต่อ และ/หรือ จำหน่ายผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่แรกในกระบวนการดูแล
- 4. นโยบายขององค์กรให้แนวทางในการอนุญาตให้ผู้ป่วยออกนอกโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่วางแผนการรักษาไว้โดยมีกำหนดเวลาที่ชัดเจน

#### มาตรฐาน ACC.4.1

การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวข้องกับความเป็นในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย

#### เจตนาของ ACC.4.1

องค์กรจัดให้มีการให้ความรู้ในเรื่องที่มีความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วยเป็นปกติประจำ | การให้ความรู้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะเดิมและมีสุขภาพในระดับที่เหมาะสม

องค์กรใช้สื่อและกระบวนการที่เป็นมาตรฐานในการให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างน้อยในประเด็นดังนี้:

- การใช้ยาทุกตัวที่ผู้ป่วยได้รับอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล (ไม่เฉพาะยาที่ได้รับเมื่อจำหน่าย) รวมทั้งโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา
- การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล
- โอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่สั่งให้ผู้ป่วย กับยาอื่นๆ (รวมถึงยาที่สามารถซื้อได้เองจากร้านขายยา (over-the-counter) และอาหาร
- อาหารและโภชนาการ
- การบำบัดความเจ็บปวด
- เทคนิคการฟื้นฟูสภาพ

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.1

- 1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทุกตัวอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล โอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา การป้องกันโอกาสเกิดปฏิกิริยากับยาที่ซื้อเองจากร้านขายยา และ/หรือ อาหาร
- 2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล
- 3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม
- 4. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการบำบัดความเจ็บปวด
- 5. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการฟื้นฟูสภาพ

#### มาตรฐาน ACC.4.2

องค์กรประสานความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพและหน่วยงานภายนอกเพื่อให้มั่นใจว่าการส่งต่อทันเวลาและเหมาะสม

#### เจตนาของ ACC.4.2

การส่งต่อผู้ป่วยให้แก่แพทย์ องค์กร หรือหน่วยงานอื่นที่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยได้ดีที่สุดอย่างเหมาะสมกับเวลานั้นต้องอาศัยการวางแผน | องค์กรสร้างความคุ้นเคยกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อเข้าใจประเภทของผู้ป่วยที่ให้การรักษาและบริการที่จัดให้ และเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านั้น | หากผู้ป่วยมาจากชุมชนอื่น องค์กรพยายามส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือหน่วยงานในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

ผู้ป่วยอาจต้องการบริการช่วยเหลือและการบริการทางการแพทย์เมื่อจำเป็น | เช่น ผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือทางสังคม โภชนาการ การเงิน จิตวิทยา หรือด้านอื่นๆ เมื่อจำเป็น | ความพร้อมในการให้บริการเหล่านี้และการใช้บริการจริงอาจเป็นตัวกำหนดความต้องการสำหรับบริการทางการแพทย์ต่อเนื่อง | กระบวนการวางแผนจำเป็นคำนึงถึงประเภทของบริการช่วยเหลือที่ต้องการและความพร้อมของบริการดังกล่าว

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.2

- 1. กระบวนการวางแผนจำเป็นคำนึงถึงความต้องการทั้งบริการช่วยเหลือและบริการทางการแพทย์ต่อเนื่อง
- 2. การส่งต่อไปนอกองค์กรจะส่งไปให้บุคลากรและหน่วยงานในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ถ้าเป็นไปได้
- 3. มีการส่งต่อสำหรับบริการช่วยเหลือ

มาตรฐาน ACC.4.3

สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นของผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์

เจตนาของ ACC.4.3

สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นให้ภาพรวมของการอยู่รักษาตัวของผู้ป่วยในองค์กร | สรุปข้อมูลดังกล่าวอาจถูกใช้โดยผู้ให้บริการที่รับผิดชอบในการดูแลติดตาม | สรุปข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย:

- เหตุผลที่รับไว้รักษา การวินิจฉัย และความผิดปกติที่พบร่วม (comorbidities)
- การตรวจร่างกายและการตรวจพบอื่นๆ ที่สำคัญ
- หัตถการที่กระทำเพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา
- รายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วยระหว่างการเข้าพักซึ่งมีผลกระทบที่เหลือหลังจากเลิกใช้ยา และยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องได้รับเมื่ออยู่ที่บ้าน
- สภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำเป็น (เช่น รวมถึง “สภาวะมีการปรับปรุง” “สภาวะไม่เปลี่ยนแปลง” และอื่นๆ ที่คล้ายกัน)
- คำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษา

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.3

- 1. สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นมีเหตุผลที่รับไว้รักษา การวินิจฉัยโรค และความผิดปกติที่พบร่วม (comorbidities)
- 2. สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นมีการตรวจร่างกายและการตรวจพบอื่นๆ ที่สำคัญ
- 3. สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นมีหัตถการที่กระทำเพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา
- 4. สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นมีรายการยาสำคัญ รวมถึงยาที่สั่งให้ผู้ป่วยเมื่อจำเป็น
- 5. สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นมีสภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำเป็น
- 6. สรุปข้อมูลเมื่อจำเป็นมีคำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษา

## มาตรฐาน ACC.4.3.1

ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษาในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย

### เจตนาของ ACC.4.3.1

การให้คำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่และวิธีการเข้ารับการดูแลต่อเนื่องนั้นมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกส่งตัวหรือโอนย้ายไปรับการรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลลัพธ์ของการดูแลรักษาออกมาดีที่สุดและตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทุกประการ | คำแนะนำดังกล่าวหมายถึงรวมถึงชื่อและสถานที่ของหน่วยที่จะให้การดูแลต่อเนื่อง การกลับไปรับการรักษาติดตามตรวจรักษาจากสถานพยาบาล และข้อบ่งชี้เมื่อควรได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน | ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการด้วยหากสถานะหรือความสามารถของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อความเข้าใจในคำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษา | กรณีที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในกระบวนการดูแลต่อเนื่องจะต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย | องค์กรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีความเหมาะสม ด้วยวิธีการที่เรียบง่ายและเข้าใจง่าย | คำแนะนำดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรหรือในรูปแบบที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายที่สุด

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.3.1

- 1. คำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษาอยู่ในรูปแบบและลักษณะและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย
- 2. คำแนะนำดังกล่าวระบุถึงการกลับมารับการติดตามตรวจรักษา
- 3. คำแนะนำดังกล่าวระบุว่าเมื่อไรที่ควรได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

## มาตรฐาน ACC.4.3.2

เวชระเบียนของผู้ป่วยในมีต้นฉบับหรือสำเนาสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่าย (discharge summary) <sup>Ⓟ</sup>

### เจตนาของ ACC.4.3.2

มีการจัดทำสรุปข้อมูลการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยจากองค์กร | ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมคนหนึ่งคนใดสามารถเป็นผู้ประมวลสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่าย เช่น แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ประจำบ้าน หรือเสมียน

มีการส่งสำเนาสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายให้แก่ผู้ให้บริการซึ่งจะรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหรือติดตามตรวจรักษา | สำเนาฉบับหนึ่งถูกมอบให้กับผู้ป่วย เมื่อมีข้อบ่งชี้โดยนโยบายขององค์กรหรือการปฏิบัติที่กระทำโดยทั่วไปตามกฎหมายและวัฒนธรรม | ในกรณีที่ไม่มีรายละเอียดของผู้ให้บริการติดตามตรวจรักษา เช่น ผู้ป่วยที่มาจากภูมิภาคหรือประเทศอื่น สำเนาฉบับหนึ่งถูกมอบให้กับผู้ป่วย | มีการเก็บต้นฉบับหรือสำเนาของสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.3.2

- 1. มีการจัดทำสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายโดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- 2. มีการมอบสำเนาสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายให้ผู้ให้บริการที่ต้องรับผิดชอบดูแลรักษาต่อเนื่องหรือติดตามตรวจรักษา
- 3. มีการมอบสำเนาสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายให้ผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีรายละเอียดของผู้ให้บริการที่ต้องรับผิดชอบดูแลรักษาต่อเนื่องหรือติดตามตรวจรักษา
- 4. นโยบายและระเบียบปฏิบัติกำหนดระยะเวลาที่ต้องสรุปข้อมูลเพื่อจำหน่ายให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์

## มาตรฐาน ACC.4.4

เวชระเบียนของผู้ป่วยนอกที่ต้องการการดูแลหรือการวินิจฉัยที่ซับซ้อนแสดงประวัติการดูแลทางการแพทย์และมีให้ผู้ป่วยประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย (P)

### เจตนาของ ACC.4.4

เมื่อองค์กรให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องไประยะหนึ่ง ด้วยการวินิจฉัยหรือการดูแลที่ซับซ้อน (เช่น ผู้ป่วยที่มารับการตรวจต่อเนื่องเป็นเวลานานสำหรับปัญหาหลายปัญหา มาพบบ่อยครั้ง มาตรฐานที่หลายแผนก และอื่นๆ ที่คล้ายกัน) จะมีจำนวนการวินิจฉัยโรค ยา ที่สะสมเพิ่มขึ้น รวมถึงประวัติทางคลินิกและการตรวจร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป | มีความสำคัญที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านบริการสุขภาพในทุกลักษณะแวดล้อม (setting) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยนอกเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลได้ | กระบวนการให้ข้อมูลแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านบริการสุขภาพรวมถึง

ระบุประเภทของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลและ/หรือการวินิจฉัยที่ซับซ้อน (เช่น ผู้ป่วยในคลินิกหัวใจซึ่งมีความผิดปกติที่พบร่วมกัน หรือผู้ป่วยที่มีอาการไตวายระยะสุดท้าย)

ระบุข้อมูลที่จำเป็นโดยแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยเหล่านั้น

กำหนดขั้นตอนเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลทางการแพทย์ที่จำเป็นมีอยู่ เรียกใช้ได้ง่ายและอยู่ในรูปแบบที่อ่านได้ง่าย

การประเมินผลของการปฏิบัติเพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลและกระบวนการตอบสนองความต้องการของแพทย์และมีการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของบริการผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.4

- 1. องค์กรระบุประเภทของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลและ/หรือการวินิจฉัยที่ซับซ้อนผู้ซึ่งต้องการประวัติผู้ป่วยนอก
- 2. ข้อมูลในประวัติผู้ป่วยนอกจัดทำโดยแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย
- 3. องค์กรมีกระบวนการเพื่อให้มั่นใจว่าประวัติผู้ป่วยนอกเรียกใช้ได้ง่ายและอยู่ในรูปแบบที่อ่านได้ง่าย
- 4. องค์กรมีกระบวนการในการประเมินผลเพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลและกระบวนการตอบสนองความต้องการของแพทย์และมีการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของบริการผู้ป่วยนอก

## มาตรฐาน ACC.4.5

องค์กรมีกระบวนการสำหรับการจัดการและติดตามผู้ป่วยซึ่งแจ้งกับบุคลากรในองค์กรว่าไม่สมัครใจรับการรักษา

### เจตนาของ ACC.4.5.1

องค์กรมีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยซึ่งไม่สมัครใจรับการรักษาโดยไม่ได้แจ้งกับบุคลากรในองค์กร

### เจตนาของ ACC.4.5 และ ACC.4.5.1

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจออกจากองค์กรหลังจากการทดสอบเสร็จสมบูรณ์และได้รับคำแนะนำในการวางแผนการรักษา จะถูกระบุว่าเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกที่ “ไม่สมัครใจรับการรักษา” (รวมถึงผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉิน) มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ และ/หรือไม่สมัครใจรับการรักษา | อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีความเสี่ยงเนื่องจากการรักษาที่ไม่เพียงพอซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรหรือเสียชีวิต | เมื่อผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกไม่สมัครใจรับการรักษา โดยไม่ได้รับอนุมัติทางการแพทย์ แพทย์ผู้วางแผนการรักษาต้องอธิบายความเสี่ยงทางการแพทย์ หรืออธิบายกับผู้ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย | มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการจำหน่ายปกติถ้าผู้ป่วยอนุญาต | ถ้าผู้ป่วยมีแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลแต่เป็นที่รู้จักขององค์กร องค์กรต้องแจ้งให้แพทย์ดังกล่าวทราบถึงการ

ตัดสินใจของผู้ป่วย | มีการระบุเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา | องค์กรจำต้องเข้าใจเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษาเพื่อที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

เมื่อผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษาโดยไม่ได้แจ้งกับบุคลากรในองค์กร หรือผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาแบบซับซ้อนหรือช่วยชีวิต เช่น การรักษาด้วยคีโมหรือรังสีวิทยา ไม่กลับมาทำการรักษา องค์กรใช้ความพยายามในการติดต่อผู้ป่วยเพื่อแจ้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น | ถ้าผู้ป่วยมีแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งเป็นที่รู้จักขององค์กร องค์กรจะต้องแจ้งให้แพทย์ดังกล่าวทราบเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย

กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง | เมื่อมีรายงานกรณีโรคติดเชื้อและให้ข้อมูลผู้ป่วยที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นต่อเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติเมื่อจำเป็น

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.5

- 1. องค์กรมีกระบวนการสำหรับการจัดการกับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกซึ่งแจ้งกับบุคลากรในองค์กรว่าไม่สมัครใจรับการรักษา
- 2. กระบวนการรวมถึงการแจ้งผู้ป่วยถึงความเสี่ยงทางการแพทย์เนื่องจากการรักษาที่ไม่เพียงพอ
- 3. การจำหน่ายผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนการจำหน่ายขององค์กร
- 4. ถ้าผู้ป่วยมีแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการแต่เป็นที่รู้จักขององค์กร องค์กรจะต้องแจ้งให้แพทย์ดังกล่าวทราบ
- 5. องค์กรมีกระบวนการระบุเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา
- 6. กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความจำเป็นในการรายงานกรณีโรคติดเชื้อและกรณีผู้ป่วยที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่น

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.4.5.1

- 1. องค์กรมีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยซึ่งไม่สมัครใจรับการรักษาโดยไม่ได้แจ้งกับบุคลากรในองค์กร
- 2. มีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาแบบซับซ้อน ไม่กลับมาทำการรักษา
- 3. ถ้าผู้ป่วยมีแพทย์ประจำครอบครัวซึ่งเป็นที่รู้จักขององค์กรแต่ไม่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ องค์กรจะต้องแจ้งให้แพทย์ดังกล่าวทราบ
- 4. กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง รวมถึงความจำเป็นในการรายงานกรณีโรคติดเชื้อและกรณีผู้ป่วยที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่น

## ♥ ACC.5 – ACC.5.3 | การโอนย้ายผู้ป่วย Transfer of Patients

การโอนย้ายผู้ป่วย (Transfer of Patients)

มาตรฐาน ACC.5

ผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายไปยังองค์กรอื่นตามระดับการเจ็บป่วยและความต้องการที่จำเป็น เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย

เจตนาของ ACC.5



การโอนย้ายผู้ป่วยไปยังองค์กรภายนอกขึ้นกับสถานะของผู้ป่วยและความต้องการการดูแลต่อเนื่อง | การโอนย้ายนั้นอาจเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยสำหรับการขอรับค่าปรึกษาและการรักษาเฉพาะทาง การบริการที่เร่งด่วน หรือบริการผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรน้อยกว่า เช่น การดูแลเชิงเฉียบพลัน หรือ การฟื้นฟูระยะยาว | มีความจำเป็นต้องมีกระบวนการส่งต่อเพื่อให้มั่นใจว่าสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย

เมื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังองค์กรอื่น องค์กรที่ส่งต้องพิจารณาว่าองค์กรที่รับผู้ป่วยสามารถให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและมีศักยภาพที่จะรับผู้ป่วยได้ | การพิจารณานี้โดยปกติจะกระทำล่วงหน้า และมีการระบุความเต็มใจในการรับผู้ป่วย รวมทั้งเงื่อนไขการโอนย้ายในข้อตกลงความร่วมมือที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ | การพิจารณาล่วงหน้าจะทำให้มั่นใจในการดูแลต่อเนื่องและการที่ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง | การส่งต่อผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นที่แหล่งการรักษาหรือบริการเฉพาะทางอื่นๆ โดยปราศจากข้อตกลงความร่วมมือที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.5

- 1. องค์กรกำหนดการโอนย้ายผู้ป่วยขึ้นกับความต้องการสำหรับการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย
- 2. องค์กรที่ส่งพิจารณาว่าองค์กรที่รับผู้ป่วยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่จะโอนย้ายได้
- 3. มีการจัดทำข้อตกลงที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการกับองค์กรที่จะรับผู้ป่วย เมื่อมีการโอนย้ายผู้ป่วยไปยังองค์กรดังกล่าวเป็นประจำ

มาตรฐาน ACC.5.1

องค์กรที่ส่งผู้ป่วยจัดทำกระบวนการโอนย้ายผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการโอนย้าย

เจตนาของ ACC.5

การโอนย้ายผู้ป่วยไปยังอีกสถานพยาบาลหนึ่ง อาจเป็นกระบวนการสั้นๆ สำหรับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีพูดคุยได้ หรืออาจเป็นการโอนย้ายผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวซึ่งต้องการการดูแลทางการแพทย์หรือการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง | ไม่ว่าจะเป็นอย่างใด จำเป็นต้องมีการเฝ้าติดตามผู้ป่วย (monitoring) โดยคุณสมบัติของบุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันในแต่ละกรณี | ดังนั้นสถานะของผู้ป่วยจึงเป็นตัวกำหนดคุณสมบัติที่เหมาะสมของบุคลากรที่เฝ้าติดตามผู้ป่วยขณะโอนย้าย

มีกระบวนการที่สอดคล้องกันสำหรับวิธีการโอนย้ายผู้ป่วยจากองค์กรหนึ่งไปสู่อีกองค์กรหนึ่งเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากการโอนย้าย | กระบวนการดังกล่าว ได้แก่

- วิธีการส่งมอบความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและ ลักษณะแวดล้อม (setting)
- เกณฑ์บ่งชี้ว่าเมื่อไรที่จำเป็นต้องโอนย้ายเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระหว่างการโอนย้าย
- ยา อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ต้องการระหว่างการโอนย้าย
- กลไกในการติดตามสถานะผู้ป่วยระหว่างการโอนย้าย และเมื่อมาถึงองค์กรที่รับผู้ป่วย และ
- สิ่งที่ต้องดำเนินการเมื่อไม่สามารถโอนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

องค์กรประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการโอนย้าย เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยโอนย้ายโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.5.1

- 1. องค์กรจัดทำกระบวนการโอนย้ายค่านึงถึงวิธีการส่งมอบหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องไปยังผู้ให้บริการสุขภาพหรือ ลักษณะแวดล้อม (setting) อื่น
- 2. กระบวนการโอนย้ายค่านึงถึงผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยระหว่างการโอนย้าย และบุคลากรที่รับผิดชอบดังกล่าวมีคุณสมบัติเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย
- 3. กระบวนการโอนย้ายค่านึงถึงยา อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ต้องการระหว่างการโอนย้าย
- 4. กระบวนการโอนย้ายค่านึงถึงกลไกในการติดตามสถานะผู้ป่วยระหว่างการโอนย้าย และเมื่อมาถึงองค์กรที่รับผู้ป่วย
- 5. กระบวนการโอนย้ายค่านึงถึงสถานการณ์ที่ไม่สามารถโอนย้ายผู้ป่วยได้
- 6. มีการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการโอนย้าย

มาตรฐาน ACC.5.2

องค์กรที่รับผู้ป่วย ได้รับสรุปสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยและปฏิบัติการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยองค์กรที่ส่งผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษร

เจตนาของ ACC.5.2

สารสนเทศของผู้ป่วยจะถูกส่งไปพร้อมกับผู้ป่วยเพื่อให้มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง | มีการส่งมอบสำเนาสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายหรือสรุปข้อมูลทางคลินิกเป็นลายลักษณ์อักษรอื่นๆ ให้แก่องค์กรที่รับย้ายพร้อมกับผู้ป่วย | ข้อมูลสรุปดังกล่าวหมายรวมถึงสถานะทางคลินิกของผู้ป่วย หัตถการและการตรวจรักษาอื่นๆ ที่ได้ทำไปแล้ว และความคงที่ที่ยังคงมีอยู่ของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.5.2

- 1. มีการส่งสารสนเทศทางคลินิกหรือหรือข้อมูลสรุปทางคลินิกของผู้ป่วยไปพร้อมกับผู้ป่วย
- 2. ข้อมูลสรุปทางคลินิกระบุสถานะของผู้ป่วย
- 3. ข้อมูลสรุปทางคลินิกระบุหัตถการและการตรวจรักษาอื่นๆ ที่ได้ทำไปแล้ว
- 4. ข้อมูลสรุปทางคลินิกระบุความต้องการการดูแลที่ยังคงมีอยู่ของผู้ป่วย

มาตรฐาน ACC.5.3

มีการบันทึกกระบวนการโอนย้ายผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วย **(P)**

เจตนาของ ACC.5.3

บันทึกข้อมูลผู้ป่วยแต่ละรายที่โอนย้ายไปยังสถานพยาบาลอื่นประกอบด้วยเอกสารบันทึกการโอนย้าย | เอกสารนี้ประกอบด้วยชื่อองค์กรและชื่อบุคคลที่ตกลงจะรับผู้ป่วย เหตุผลในการโอนย้าย และเงื่อนไขพิเศษสำหรับการโอนย้าย (เช่น เมื่อองค์กรที่รับย้ายมีเตียงว่าง หรือสถานะของผู้ป่วย) | มีการบันทึกอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในขณะโอนย้าย (เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือจำเป็นต้องช่วยฟื้นคืนชีพ) | มีการจัดทำเอกสารอื่นๆ ตามนโยบายขององค์กร (เช่น ลายมือชื่อของแพทย์หรือพยาบาลที่รับย้ายผู้ป่วย ชื่อบุคลากรที่เฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย) รวมอยู่ในบันทึกด้วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.5.3

- 1. เอกสารบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่โอนย้าย ระบุชื่อสถานพยาบาลและชื่อบุคคลที่ตกลงจะรับผู้ป่วย
- 2. เอกสารบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่โอนย้าย ระบุข้อมูลอื่นๆ ตามนโยบายขององค์กรที่ผู้ส่ง
- 3. เอกสารบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่โอนย้าย ระบุเหตุผลในการโอนย้าย
- 4. เอกสารบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่โอนย้าย ระบุเงื่อนไขพิเศษต่างๆ เกี่ยวกับการโอนย้าย

## ♥ ACC.6 | การเคลื่อนย้าย Transportation

การเคลื่อนย้าย (Transportation)

มาตรฐาน ACC.6

กระบวนการส่งต่อ โอนย้าย หรือจำหน่ายผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงการวางแผนเพื่อตอบสนองความต้องการด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

เจตนาของ ACC.6

กระบวนการขององค์กรในการส่งต่อ โอนย้าย หรือจำหน่ายผู้ป่วยรวมถึงการรับรู้ความต้องการในด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย | ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มาจากกระดูกและระยะยาว หรือศูนย์ฟื้นฟูสภาพต้องการการบริการผู้ป่วยนอกหรือการประเมินในแผนกฉุกเฉินที่มาถึงโดยรถพยาบาลหรือยานพาหนะทางการแพทย์อื่นๆ | เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการ ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือสถานที่อื่น | ในสถานการณ์อื่น ผู้ป่วยอาจขับรถมาที่องค์กรเพื่อทำหัตถการ แต่ไม่สามารถขับรถกลับได้ (เช่น การผ่าตัดตา หัตถการที่ต้องทำให้สงบ และอื่นๆ ที่คล้ายกัน) | การประเมินความต้องการในด้านการเคลื่อนย้ายและสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยเป็นหน้าที่ขององค์กร | ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายขององค์กรและกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของภูมิภาค ค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายอาจจะหรืออาจจะไม่ใช่ความรับผิดชอบขององค์กร

ลักษณะของการเคลื่อนย้ายจะแตกต่างกันไป อาจจะเป็นรถพยาบาลหรือยานพาหนะอื่นขององค์กร หรือของแหล่งที่ครอบครัวระบุ หรือครอบครัว และ/หรือ เพื่อน เป็นผู้จัดหาการเคลื่อนย้าย | การเคลื่อนย้ายที่เลือกใช้ขึ้นกับสถานะและสถานะของผู้ป่วย

ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายที่เป็นขององค์กรจะต้องเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการปฏิบัติการสภาพ และการบำรุงรักษา | องค์กรระบุสถานการณ์การเคลื่อนย้ายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและดำเนินกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ดูที่ PCI.7; PCI.7.1; PCI.7.1.1; PCI.7.2; PCI.7.3; PCI.8, ME 1; และ PCI.9) | ยาและวัสดุอื่นๆ ที่ต้องการภายในยานพาหนะขึ้นอยู่กับประเภทของผู้ป่วยที่เคลื่อนย้าย เช่น การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากแผนกผู้ป่วยนอกกลับบ้านจะแตกต่างจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกไปยังอีกองค์กรหนึ่งอย่างมาก)

องค์กรที่ทำสัญญาจัดหาบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จะต้องทำให้มั่นใจว่าผู้รับช่วงปฏิบัติตามมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยและความปลอดภัยของยานพาหนะในทำนองเดียวกัน | เมื่อการเคลื่อนย้ายให้บริการโดยกระทรวงสาธารณสุข องค์กรที่ทำประกัน หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมหรือกำกับดูแลขององค์กร การรายงานคุณภาพความปลอดภัย

ให้กับองค์กรที่รับผิดชอบ ให้ความคิดเห็นที่มีคุณค่าที่สามารถช่วยในการตัดสินใจที่มีคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ในทุกกรณี องค์กรประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการรับ ประเมิน และตอบสนองต่อคำร้องเรียนเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายที่จัดให้หรือจัดหามา

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ACC.6

- 1. มีการประเมินความต้องการด้านการเคลื่อนย้ายเมื่อจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการอื่น บริการลักษณะอื่น หรือส่งกลับบ้าน หลังจากการนอนโรงพยาบาลหรือการมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก
- 2. การเคลื่อนย้ายที่จัดให้หรือจัดหามีความเหมาะสมกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย
- 3. ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายที่เป็นขององค์กรเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการปฏิบัติการ สภาพ และการบำรุงรักษา
- 4. บริหารเคลื่อนย้ายตามสัญญาจ้าง เป็นไปตามข้อกำหนดขององค์กรเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย
- 5. ยานพาหนะทั้งหมดที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย ทั้งตามสัญญาจ้างหรือเป็นขององค์กร มีเครื่องมือ วัสดุ และยาที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่จะเคลื่อนย้าย
- 6. มีกระบวนการพร้อมเพื่อเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายที่จัดให้หรือจัดหามาโดย องค์กร รวมถึงกระบวนการร้องเรียน

⇒ สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว Patient and Family Rights (PFR)

♥ PFR.1 – PFR.4 สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and Family Rights)

มาตรฐาน PFR.1

องค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดให้มีกระบวนการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยและครอบครัวระหว่างการดูแล ⑥

เจตนาของ PFR.1

ผู้นำองค์กรเป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อวิธีการที่องค์กรจะปฏิบัติต่อผู้ป่วย | ผู้นำจึงต้องรู้และเข้าใจในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความรับผิดชอบขององค์กรตามที่ระบุไว้ในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่างๆ | จากนั้นผู้นำจะกำหนดทิศทางเพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรทั่วทั้งองค์กรถือเป็นหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิดังกล่าว | เพื่อให้เกิดการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำต้องทำงานร่วมกันและทำความเข้าใจในหน้าที่รับผิดชอบของตนที่สัมพันธ์กับชุมชนที่องค์กรให้บริการ

องค์กรเคารพสิทธิผู้ป่วย และสิทธิของครอบครัวผู้ป่วยในบางกรณี ที่จะกำหนดว่าสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลใดบ้างที่จะสามารถเปิดเผยให้ครอบครัวหรือบุคคลอื่นทราบ และเปิดเผยในลักษณะใด | ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการให้ครอบครัวมีส่วนรับรู้ในการวินิจฉัยโรคที่ตนเป็น

สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการติดต่อสัมพันธ์ทั้งหมดระหว่างองค์กร บุคลากร กับผู้ป่วยและครอบครัว | ดังนั้น จึงมีการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรทั้งหมดมีความตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อจะต้องมีปฏิสัมพันธ์และให้การดูแลผู้ป่วย | องค์กรกำหนดนโยบายและ

ระเบียบปฏิบัติด้วยกระบวนการของความร่วมมืออย่างกว้างขวาง รวมถึงการนำผู้ป่วยและครอบครัวมาร่วมด้วย (ดูที่ COP.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.1

- 1. ผู้นำองค์กรทำงานร่วมกันเพื่อให้การคุ้มครองและทำให้เพิ่มขึ้นซึ่งสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว
- 2. ผู้นำมีความเข้าใจในสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ที่ระบุไว้ในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติทางวัฒนธรรมของชุมชนหรือผู้ป่วยที่ให้บริการ
- 3. องค์กรเคารพสิทธิผู้ป่วย (และสิทธิของครอบครัวผู้ป่วยในบางกรณี) ที่จะกำหนดว่าสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลใดบ้างที่จะสามารถเปิดเผยให้ครอบครัวหรือบุคคลอื่นทราบ และเปิดเผยภายใต้สถานการณ์ใด
- 4. บุคลากรมีความรู้ในนโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย และสามารถอธิบายได้ถึงหน้าที่รับผิดชอบของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

มาตรฐาน PFR.1.1

องค์กรหาวิธีลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงและได้รับบริการ ทั้งในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม และอุปสรรคอื่นๆ

เจตนาของ PFR.1.1

องค์กรมักจะให้บริการต่อชุมชนที่ประชากรมีความหลากหลาย | ผู้ป่วยอาจจะเป็นผู้สูงอายุ มีความพิการ พูดด้วยภาษาและสำเนียงที่หลากหลาย มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม หรือมีอุปสรรคอื่นๆ ซึ่งทำให้กระบวนการในการเข้าถึงและรับบริการเป็นเรื่องที่ยากลำบาก | องค์กรระบุอุปสรรคเหล่านี้ และมีกระบวนการที่จะขจัดหรือลดอุปสรรคในการแสวงหาการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าว | นอกจากนี้ องค์กรยังดำเนินการเพื่อลดผลกระทบของอุปสรรคต่อการให้บริการเหล่านี้ (ดูที่ COP.1, PFE.2.1 และ GLD.12)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.1.1

- 1. ผู้นำและบุคลากรขององค์กรระบุอุปสรรคในกลุ่มผู้ป่วยขององค์กรที่พบบ่อย
- 2. มีกระบวนการที่จะเอาชนะหรือจำกัดอุปสรรคสำหรับการแสวงหาการดูแลของผู้ป่วย
- 3. มีกระบวนการจำกัดผลกระทบของอุปสรรคต่อการให้บริการ

มาตรฐาน PFR.1.2

การดูแลเป็นไปด้วยความตระหนักและเคารพในค่านิยมและความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วย และคำขอเกี่ยวกับความเชื่อด้านจิตวิญญาณและศาสนาของผู้ป่วย

เจตนาของ PFR.1.2

ผู้ป่วยแต่ละคนมีค่านิยมและความเชื่อของตนติดตัวมาเมื่อเข้ารับการดูแล | ความเชื่อและค่านิยมบางอย่างเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยทุกคนยึดถือ ซึ่งมักจะมีต้นกำเนิดจากวัฒนธรรมและศาสนา | ความเชื่อและค่านิยมบางอย่างเป็นเรื่องเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละคน | ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการส่งเสริมให้แสดงออกซึ่งความเชื่อของตน ในวิถีทางที่เคารพต่อความเชื่อของผู้อื่น

ค่านิยมและความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออย่างเหนียวแน่น มีผลต่อการกำหนดกระบวนการดูแลและการตอบสนองต่อการดูแลของผู้ป่วยได้ | ดังนั้นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคนจะต้องทำความเข้าใจการดูแลและบริการที่ตนจัดให้ภายใต้สภาพแวดล้อมของค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย

องค์กรมีกระบวนการตอบสนองต่อคำขอของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะพบกับผู้หนึ่งผู้ใดเกี่ยวกับความต้องการทางด้านศาสนาหรือจิตวิญญาณ | กระบวนการนั้นอาจดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ทางศาสนาขององค์กร ของท้องถิ่น หรือแหล่งอื่นที่ครอบครัวระบุ | กระบวนการตอบสนองอาจซับซ้อนยิ่งขึ้น เช่น เมื่อองค์กรหรือประเทศไม่มีการรับรู้ และ/หรือ ไม่มีแหล่งทรัพยากรด้านศาสนาหรือความเชื่ออย่างเป็นทางการซึ่งอาจได้รับคำขอ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.1.2

- 1. องค์กรระบุค่านิยมและความเชื่อส่วนตัวของผู้ป่วย
- 2. บุคลากรใช้กระบวนการและให้การดูแลโดยเคารพต่อค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย
- 3. องค์กรตอบสนองคำขอความช่วยเหลือด้านศาสนาหรือจิตวิญญาณ ทั้งคำขอแบบทั่วไปและแบบพิเศษ

มาตรฐาน PFR.1.3

การดูแลเป็นไปด้วยความเคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะความเป็นส่วนตัว **Ⓟ**

เจตนาของ PFR.1.3

ภาวะความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างซึบประวัติ การตรวจร่างกาย การทำหัตถการ/ให้การรักษา และการเคลื่อนย้าย เป็นสิ่งสำคัญ | ผู้ป่วยอาจต้องการภาวะความเป็นส่วนตัว โดยไม่มีบุคลากร ผู้ป่วยอื่นๆ และแม้แต่สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมด้วย | นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการถูกถ่ายรูป ถูกบันทึก หรือถูกสัมภาษณ์ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ | แม้ว่าจะมีบางเรื่องที่ใช้วิธีการเดียวกันในการจัดให้มีภาวะความเป็นส่วนตัวสำหรับผู้ป่วยทุกคน ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีความต้องการและความคาดหวังต่อภาวะความเป็นส่วนตัวที่แตกต่างกันหรือเพิ่มเติมขึ้นตามแต่สถานการณ์ นอกจากนี้ความต้องการและความคาดหวังเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา | ดังนั้น ในขณะที่ให้บริการและการดูแลแก่ผู้ป่วย บุคลากรควรสอบถามความต้องการและความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะความเป็นส่วนตัวในการได้รับการดูแลหรือบริการไปด้วย | การสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยดังกล่าวนี้จะช่วยสร้างความไว้วางใจและการสื่อสารอย่างเปิดเผย โดยไม่จำเป็นต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

สารสนเทศทางการแพทย์และสุขภาพอื่นๆ ที่ได้รับการบันทึกและจัดเก็บไว้ มีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วย และต่อการให้การดูแลรักษาและบริการ เมื่อเวลาผ่านไป | สารสนเทศนี้อาจอยู่ในรูปแบบของกระดาษ หรืออิเล็กทรอนิกส์ หรือทั้งสองอย่าง | องค์กรเคารพในความลับของสารสนเทศดังกล่าว ดำเนินการตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อปกป้องข้อมูลจากการสูญหายหรือนำไปใช้ในทางที่ผิด | นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุถึงสารสนเทศที่ต้องเปิดเผยตามที่กำหนดในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

เจ้าหน้าที่เคารพในความลับของผู้ป่วยโดยไม่ติดแสดงสารสนเทศที่เป็นความลับไว้ที่ประตูห้องผู้ป่วยหรือบริเวณที่ทำการพยาบาล รวมถึงไม่พูดคุยประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในที่สาธารณะ | เจ้าหน้าที่ตระหนักในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการรักษาความลับของสารสนเทศ และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าองค์กรมีวิธีการในการรักษาความลับของสารสนเทศอย่างไร | ผู้ป่วยได้รับแจ้งให้ทราบว่ามีโอกาสที่จะเปิดเผยสารสนเทศในกรณีใดบ้าง เมื่อไร และมีวิธีการขออนุญาตอย่างไร

องค์กรมีนโยบายระบุหากจะให้ผู้ป่วยเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพของตน และกระบวนการที่จะเข้าถึงเมื่อได้รับอนุญาต

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.1.3

- 1. บุคลากรค้นหาความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะความเป็นส่วนตัวในระหว่างการดูแลรักษา
- 2. บุคลากรให้ความเคารพต่อความต้องการเกี่ยวกับภาวะความเป็นส่วนตัวที่ผู้ป่วยแสดงออก ในระหว่างการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การทำหัตถการ/รักษา และการเคลื่อนย้าย ทั้งหมด (ดูที่ MOI.2 และ MOI.7)
- 3. การรักษาความลับของสารสนเทศได้รับการเก็บรักษาโดยปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
- 4. ผู้ป่วยได้รับการขออนุญาต หากจะต้องมีการเปิดเผยสารสนเทศที่ไม่ถูกกำหนดโดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

มาตรฐาน PFR.1.4

องค์กรดำเนินมาตรการที่จะปกป้องคุ้มครองทรัพย์สินของผู้ป่วยจากการถูกลักขโมยหรือสูญหาย

เจตนาของ PFR.1.4

องค์กรสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงหน้าที่ความรับผิดชอบขององค์กรที่มีต่อทรัพย์สินของผู้ป่วย (ถ้ามี) | เมื่อองค์กรมีความรับผิดชอบต่อทรัพย์สินของผู้ป่วยบางส่วนหรือทั้งหมดที่นำเข้ามาในองค์กรแล้ว จะต้องมีกระบวนการจัดทำรายการทรัพย์สินและทำให้มั่นใจว่าทรัพย์สินดังกล่าวจะไม่สูญหายหรือถูกลักขโมย | กระบวนการนี้รวมถึงทรัพย์สินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดประเถทวันเดียวกัน ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจัดการเก็บรักษาทรัพย์สินให้ปลอดภัยด้วยวิธีการอื่น และผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพย์สินของตนได้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.1.4

- 1. องค์กรกำหนดระดับความรับผิดชอบที่จะมีต่อทรัพย์สินของผู้ป่วย
- 2. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรับผิดชอบขององค์กรในการปกป้องคุ้มครองทรัพย์สินส่วนบุคคล
- 3. ทรัพย์สินของผู้ป่วยได้รับการดูแลคุ้มครอง เมื่อองค์กรมีนโยบายที่จะรับผิดชอบ หรือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบดูแลได้ด้วยตนเอง

มาตรฐาน PFR.1.5

ผู้ป่วยได้รับการป้องกันการถูกทำร้ายร่างกายและผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงได้รับการปกป้องคุ้มครองอย่างเหมาะสม

เจตนาของ PFR.1.5

องค์กรรับผิดชอบในการป้องกันผู้ป่วยจากการถูกทำร้ายร่างกายโดยผู้มาเยือน ผู้ป่วยอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ | ความรับผิดชอบนี้ต้องเน้นเป็นพิเศษสำหรับ ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่ไม่สามารถปกป้องตนเองหรือไม่สามารถส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ | องค์กรป้องกันการทำร้ายร่างกายโดยใช้กระบวนการต่างๆ เช่น การสอบสวนบุคคลที่เข้ามาในสถานที่โดยไม่มีการบ่งชี้ตัวบุคคล การตรวจสอบหรือสอดส่องดูแลพื้นที่ที่อยู่ลับตาหรือพื้นที่เปลี่ยว และการตอบสนองต่อผู้ที่คิดว่าตกอยู่ในอันตรายจากการทำร้ายร่างกายอย่างรวดเร็ว

แต่ละองค์กรระบุ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ) และจัดให้มีกระบวนการเพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยแต่ละรายในกลุ่มเหล่านี้ | กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ และความรับผิดชอบขององค์กร อาจถูกระบุไว้ในกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ | เจ้าหน้าที่ที่เข้าใจหน้าที่รับผิดชอบของตนในกระบวนการเหล่านี้ | เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ซึ่งถูกระบุไว้ ได้รับการปกป้องคุ้มครองเป็นอย่างน้อย | ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวและผู้ที่มี

ภาวะบกพร่องทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ที่มารับบริการในองค์กรก็ได้รับการปกป้องคุ้มครองเช่นเดียวกัน | การปกป้องคุ้มครองครอบคลุมทั้งการป้องกันการทำร้ายร่างกายและประเด็นความปลอดภัยอื่นๆ เช่น การป้องกันจากการถูกละเมิด กระทบรุนแรง (abuse) ละเลยไม่ดูแล ไม่ให้บริการ หรือไม่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์เพลิงไหม้ (ดูที่ FMS.4.1 และ FMS.7)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.1.5

- 1. องค์กรมีกระบวนการป้องกันผู้ป่วยจากการถูกทำร้ายร่างกาย
- 2. องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ที่มีความเสี่ยงสูง
- 3. องค์กรมีกระบวนการป้องกันผู้ป่วยที่ไม่สามารถป้องกันตัวเองได้จากประเด็นความปลอดภัยอื่นๆ
- 4. พื้นที่ที่อยู่ลับตาหรือพื้นที่เปลี่ยวได้รับการตรวจสอบหรือสอดส่องดูแล
- 5. เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในหน้าที่รับผิดชอบของตนต่อกระบวนการปกป้องคุ้มครอง

มาตรฐาน PFR.2

องค์กรสนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล **(P)**

เจตนาของ PFR.2

ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล โดยการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ถามคำถามเกี่ยวกับการดูแล ขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น รวมถึงการปฏิเสธกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษา | เมื่อผู้ป่วยขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น องค์กรได้รับการคาดหวังว่าจะไม่ห้าม ป้องกัน หรือขัดขวาง ผู้ป่วย แต่องค์กรจะอำนวยความสะดวกโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย เช่น ผลการทดสอบ การวินิจฉัย คำแนะนำในการรักษา และอื่นๆ ที่คล้ายกัน | องค์กรจะต้องไม่ระงับข้อมูลหากผู้ป่วยขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น | องค์กรไม่คาดหวังให้ผู้ป่วยจ่ายเมื่อผู้ป่วยร้องขอ | นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุสิทธิผู้ป่วยในการขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นโดยไม่ต้องเกรงว่าการดูแลภายในหรือนอกองค์กรที่จะด้อยลง

องค์กรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทุกด้าน | บุคลากรทุกคนได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับนโยบายและระเบียบปฏิบัติ รวมถึงบทบาทของตนในการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยและครอบครัวที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล (ดูที่ COP.7, ME 5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.2

- 1. องค์กรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล
- 2. องค์กรอำนวยความสะดวกผู้ป่วยในการขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นโดยไม่ต้องเกรงว่าการดูแลของตนภายในหรือนอกองค์กรจะด้อยลง
- 3. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับนโยบายและระเบียบปฏิบัติ รวมถึงบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล

มาตรฐาน PFR.2.1

องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ทุกด้าน

เจตนาของ PFR.2.1



เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้นั้น ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับสารสนเทศพื้นฐานเกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยที่ตรวจพบระหว่างการประเมิน รวมถึงการวินิจฉัยโรคที่ได้รับการยืนยัน (ถ้ามี) และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่จะเกิดขึ้น | ในระหว่างกระบวนการดูแล ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับแจ้งผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ดำเนินการไปตามแผน | การได้รับแจ้งผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน เช่น เหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ระหว่างการผ่าตัด จากยาที่แพทย์สั่ง หรือจากการรักษาอื่นๆ

ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจว่ามีสิทธิจะได้รับทราบสารสนเทศดังกล่าว และใครมีหน้าที่รับผิดชอบในการแจ้ง | ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจประเภทของการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลที่ต้องกระทำ และวิธีการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเหล่านั้น | นอกจากนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเข้าใจกระบวนการขององค์กรในการขอความยินยอม รวมถึงว่ากระบวนการเกี่ยวกับการดูแล การตรวจวิเคราะห์ การทำหัตถการ และการรักษาที่จำเป็นต้องได้รับความยินยอม

แม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่ต้องการทราบผลการวินิจฉัยโรคที่ได้รับการยืนยันหรือไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังได้รับโอกาสและสามารถเลือกมีส่วนร่วมผ่านสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ได้รับมอบอำนาจให้เป็นผู้ตัดสินใจ

ผู้ป่วยควรทราบชัดเจนถึงบุคคลผู้แจ้งสารสนเทศ เกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย การดูแลรักษา ผลลัพธ์ เหตุการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ และอื่นๆ ที่คล้ายกัน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.2.1

- 1. ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงสถานะการเจ็บป่วยและผลการวินิจฉัยโรคที่ได้รับการยืนยัน
- 2. ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบถึงการดูแลรักษาที่วางแผนไว้
- 3. ผู้ป่วยรับทราบว่าเมื่อใดจะมีการขอความยินยอม และกระบวนการที่จะให้ความยินยอม
- 4. ผู้ป่วยรับทราบวิธีการที่จะได้รับแจ้งผลลัพธ์ของการดูแลรักษา
- 5. ผู้ป่วยรับทราบวิธีการที่จะได้รับแจ้งผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ไม่อาจคาดการณ์ได้
- 6. ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบในสิทธิของตนที่จะมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในระดับที่ตนต้องการ

มาตรฐาน PFR.2.2

องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับสิทธิและความรับผิดชอบของตนที่จะปฏิเสธหรือขอยุติการรักษา ไม่ให้มีการช่วยกู้ชีวิต และการละเว้นหรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต

เจตนาของ PFR.2.2

ผู้ป่วยหรือผู้ได้รับมอบหมายให้ตัดสินใจแทน อาจตัดสินใจไม่รับการดูแลรักษาตามแผนที่วางไว้ หรือขอยุติการดูแลรักษาที่ได้เริ่มไปแล้ว | การตัดสินใจเกี่ยวกับการไม่ให้มีการช่วยกู้ชีวิต การละเว้นหรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นการตัดสินใจที่ยากที่สุด | การตัดสินใจนี้ไม่ได้ยากเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น แต่ยากสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ และองค์กรด้วยเช่นกัน | ไม่อาจคาดหวังได้ว่าจะมีกระบวนการเพียงหนึ่งเดียวสำหรับการตัดสินใจในทุกสถานการณ์ | ด้วยเหตุนี้ จึงมีความสำคัญสำหรับองค์กรที่จะต้องจัดทำกรอบแนวคิดสำหรับการตัดสินใจที่ยากลำบากเหล่านี้

กรอบแนวคิดดังกล่าว

- ช่วยให้องค์กรระบุจุดยืนของตนในประเด็นเหล่านี้

- ทำให้มั่นใจว่าจุดยืนขององค์กรสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชน ตลอดจนกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในกรณีที่ข้อกำหนดทางกฎหมายเกี่ยวกับการช่วยชีวิตไม่สอดคล้องกับความปรารถนาของผู้ป่วย
- ระบุสถานการณ์ซึ่งการตัดสินใจเหล่านี้อาจถูกปรับเปลี่ยนไปในระหว่างการดูแล และ
- ให้แนวทางแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับประเด็นด้านจริยธรรมและกฎหมาย ในการปฏิบัติตามความปรารถนาของผู้ป่วย

เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน องค์กรจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติผ่านกระบวนการที่รวมเอาวิชาชีพและมุมมองที่หลากหลายเข้ามารวม | นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุถึงลำดับขั้นของภาระและหน้าที่รับผิดชอบ ตลอดจนวิธีการบันทึกกระบวนการที่ปฏิบัติในเวชระเบียนผู้ป่วย

องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจนี้ ผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น และความรับผิดชอบของผู้ป่วย และครอบครัวต่อการตัดสินใจดังกล่าว | ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกอื่นๆ ในการดูแลรักษา

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.2.2

- 1. องค์กรระบุจุดยืนของตนเกี่ยวกับการระงับบริการช่วยชีวิต และการละเว้นหรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต
- 2. จุดยืนขององค์กรสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชน รวมถึงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่มีอยู่
- 3. องค์กรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิเสธหรือขอยุติการรักษา และความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจดังกล่าว
- 4. องค์กรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการตัดสินใจของผู้ป่วย
- 5. องค์กรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกของการดูแลรักษาที่มี
- 6. องค์กรให้แนวทางแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับหลักกฎหมายและจริยธรรมในการปฏิบัติตามความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกของการรักษา

มาตรฐาน PFR.2.3

องค์กรสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยที่จะได้รับ การประเมินและบำบัดความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม และการดูแลด้วยความเคารพและความเห็นอกเห็นใจในช่วงสุดท้ายของชีวิต

เจตนาของ PFR.2.3

ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยทั่วไป ซึ่งหากไม่ได้รับการบำบัดจะมีผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ | การตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วยมักจะเป็นไปตามบริบทของบรรทัดฐานและประเพณีทางสังคมและศาสนา | ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้บ่งบอกความเจ็บปวด

ผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิตมีความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะในการดูแลด้วยความเคารพและความเห็นอกเห็นใจ | ข้อกังวลต่อความสะอึกสยและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยจะเป็นแนวทางสำหรับการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตในทุกแง่มุม | เพื่อบรรลุเจตจำนงนี้ บุคลากรทุกคนจะต้องตระหนักในความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย | ความต้องการเหล่านี้ได้แก่การบำบัดรักษาอาการหลักและอาการที่ตามมา การบำบัดความเจ็บปวด การตอบสนองต่อความ

อาหารด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแล

กระบวนการดูแลขององค์กรคำนึงถึงและแสดงออกถึงสิทธิของผู้ป่วยทุกรายที่จะได้รับการประเมินและบำบัดความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม และการประเมินและจัดการกับความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต (ดูที่ COP.7)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.2.3

- 1. องค์กรเคารพและสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในการที่จะได้รับการประเมินและบำบัดความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม
- 2. องค์กรเคารพและสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิต ในการที่จะได้รับการประเมินและจัดการกับความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะ
- 3. บุคลากรขององค์กรเข้าใจถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล วัฒนธรรม และสังคม ที่มีผลต่อผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวด
- 4. บุคลากรขององค์กรเข้าใจถึงอิทธิพลของปัจจัยด้านบุคคล วัฒนธรรม และสังคม ที่มีผลต่อผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิต

มาตรฐาน PFR.3

องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับกระบวนการในการรับและจัดการข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง และข้อคิดเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสิทธิผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการเหล่านี้ (P)

เจตนาของ PFR.3

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแล ให้ข้อร้องเรียนดังกล่าวได้รับการทบทวน และแก้ไขข้อร้องเรียนดังกล่าวถ้าเป็นไปได้ | นอกจากนี้ บางครั้งการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลอาจก่อให้เกิดคำถาม ข้อขัดแย้ง หรือความยุ่งยาก แก่ องค์กร ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้มีส่วนตัดสินใจอื่นๆ | ความยุ่งยากนี้อาจเกิดจากประเด็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ การรักษา หรือการจำหน่าย | หากเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการระงับการกู้ชีวิต การละเว้นหรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต จะยิ่งหาข้อสรุปได้ยากขึ้น

องค์กรจัดให้มีกระบวนการเพื่อหาข้อยุติสำหรับข้อร้องเรียนและความยุ่งยากดังกล่าว. องค์กรระบุในนโยบายและระเบียบปฏิบัติว่าใครบ้างที่ต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการ รวมถึงวิธีการที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีส่วนร่วม (ดูที่ SQE.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.3

- 1. ผู้ป่วยได้รับแจ้งถึงกระบวนการที่จะยื่นข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง หรือข้อคิดเห็นที่แตกต่าง
- 2. ข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง และข้อคิดเห็นที่แตกต่าง ได้รับการสืบสวนโดยองค์กร
- 3. ข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง และข้อคิดเห็นที่แตกต่าง ที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแล ได้รับการแก้ไขให้ลุล่วง
- 4. ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในกระบวนการหาข้อยุติ

มาตรฐาน PFR.4

ผู้ป่วยทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของตนในลักษณะและภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย

#### เจตนาของ PFR.4

การเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก อาจก่อให้เกิดความตกใจและสับสนต่อผู้ป่วย ทำให้ยากที่ผู้ป่วยจะใช้สิทธิของตน และเข้าใจหน้าที่ของตนในกระบวนการดูแล | ดังนั้น องค์กรจึงจัดเตรียมเอกสารระบุสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวให้แก่ผู้ป่วยเมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือเมื่อลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอก และจัดให้มีพร้อมทุกครั้งที่มาตรวจหรือตลอดเวลาที่นอนรักษาตัว เช่น การติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล

คำประกาศนี้จะต้องมีความเหมาะสมกับอายุ ความเข้าใจ และภาษาของผู้ป่วย | ถ้าการสื่อสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรไม่ได้ผลหรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของตนด้วยภาษาและลักษณะที่สามารถเข้าใจได้

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.4

- 1. ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับสารสนเทศเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร
- 2. มีการตีพิมพ์ข้อความสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย หรือบุคลากรมีพร้อมให้ตลอดเวลา
- 3. องค์กรมีกระบวนการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย เมื่อการสื่อสารด้วยลายลักษณ์อักษรไม่ได้ผลหรือไม่เหมาะสม

### ♥ PFR.5 | การยินยอมทั่วไป General Consent

#### การยินยอมทั่วไป (General Consent)

#### มาตรฐาน PFR.5

การให้ความยินยอมสำหรับการรักษาทั่วไป ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อแรกรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือเมื่อลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกครั้งแรก มีขอบเขตและข้อจำกัดที่ชัดเจน

#### เจตนาของ PFR.5

องค์กรหลายแห่งขอความยินยอมทั่วไป (general consent) สำหรับการรักษา เมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือเมื่อลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกครั้งแรก (ไม่ถือว่าการมารับบริการเป็นการยินยอมโดยอัตโนมัติ) | ในการขอความยินยอมทั่วไปนี้ ผู้ป่วยจะได้รับสารสนเทศเกี่ยวกับขอบเขตของความยินยอมทั่วไป เช่น การตรวจวิเคราะห์และการรักษาใดบ้างที่ถูกครอบคลุมอยู่ในความยินยอมทั่วไป | ผู้ป่วยจะได้รับสารสนเทศเกี่ยวกับการตรวจวิเคราะห์และการรักษาซึ่งจะต้องขอความยินยอมแยกต่างหาก | บันทึกความยินยอมทั่วไประบุถึงโอกาสที่นักศึกษาหรือผู้อยู่ระหว่างการฝึกอบรมจะมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล | องค์กรกำหนดวิธีการบันทึกความยินยอมทั่วไปในเวชระเบียนผู้ป่วย

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.5

- 1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับแจ้งขอบเขตของความยินยอมทั่วไป เมื่อมีการใช้โดยองค์กร
- 2. องค์กรกำหนดวิธีการบันทึกความยินยอมทั่วไปในเวชระเบียนผู้ป่วย เมื่อมีการใช้
- 3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับแจ้งเกี่ยวกับการตรวจทดสอบและรักษาที่ต้องใช้การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent) (ดูที่ PFR.5.1)

## ♥ PFR.5.1 – PFR.5.4 | การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว Informed Consent

### การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent)

#### มาตรฐาน PFR.5.1

การขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เป็นไปตามกระบวนการที่องค์กรกำหนด และดำเนินการโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ (P)

#### เจตนาของ PFR.5.1

วิธีการหลักวิธีหนึ่งซึ่งผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของตนเองคือการให้ความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว | ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาที่วางแผนไว้ ก่อนที่จะตัดสินใจยินยอมรับการรักษา | การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวอาจเกิดขึ้นที่จุดต่างๆ ระหว่างกระบวนการดูแลรักษา | เช่น เมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และก่อนที่จะมีการทำหัตถการหรือการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง | องค์กรกำหนดกระบวนการขอความยินยอมไว้อย่างชัดเจนในนโยบายและระเบียบปฏิบัติ | โดยนำเอากฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเข้ามารวมไว้ด้วย

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลว่าการตรวจทดสอบ หัตถการ และการรักษาอะไรบางอย่างที่จะต้องมีการให้ความยินยอมก่อน รวมทั้งวิธีการที่จะให้ความยินยอม (เช่น การยินยอมด้วยวาจา การลงนามในแบบฟอร์ม หรือด้วยวิธีอื่นๆ) | การให้ความรู้โดยบุคลากรของโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการได้รับการยินยอมโดยการบอกกล่าวสำหรับการรักษา (เช่น สำหรับศัลยกรรมและระงับความรู้สึก)

ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบว่าบุคคลอื่นใดนอกจากผู้ป่วยที่สามารถให้ความยินยอมได้ | บุคลากรที่ถูกกำหนดให้เป็นผู้ขอความยินยอม ได้รับการฝึกอบรมในการให้ข้อมูล การขอความยินยอม และการบันทึกความยินยอมของผู้ป่วย

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.5.1

- 1. องค์กรกำหนดกระบวนการขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวไว้อย่างชัดเจนในนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- 2. บุคลากรที่ได้รับมอบหมายได้รับการฝึกอบรมในการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- 3. ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนการขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้
- 4. ผู้ป่วยให้ความยินยอมหลังได้รับการบอกกล่าวตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้
- 5. มีการบันทึกข้อมูลการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวที่เป็นแนวทางเดียวกัน

#### มาตรฐาน PFR.5.2

มีการขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว ก่อนการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การใช้เลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด และการรักษาหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ (P)

#### เจตนาของ PFR.5.2

เมื่อแผนการดูแลประกอบด้วย การผ่าตัดหรือการทำหัตถการที่ผ่านเข้าร่างกาย การระงับความรู้สึก (รวมถึงการกดประสาทระดับกลางและระดับลึก) การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด หรือการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ จะมีการขอความยินยอมแยกต่างหาก (ดูที่ ASC.3, ASC.3.3, ASC.5.1 และ ASC.7.1) | กระบวนการขอความยินยอมนี้มีการให้สารสนเทศที่ระบุไว้ใน PFR.5.3 และบันทึกชื่อบุคคลของผู้ที่ให้สารสนเทศดังกล่าว (ดูที่ COP.8.5 และ COP.9.1)

ไม่จำเป็นที่จะต้องขอความยินยอมเฉพาะแยกออกไปสำหรับการรักษาและหัตถการทุกอย่าง | แต่ละองค์กรจะกำหนดหัตถการและการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดปัญหา มาก หรือหัตถการและการรักษาอื่นๆ ที่จะต้องขอความยินยอมเป็นการเฉพาะ (ดูที่ COP.3) | องค์กรจัดทำบัญชีรายการหัตถการและการรักษาเหล่านี้ และให้ความรู้แก่บุคลากรเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากระบวนการขอความยินยอมมีความคงเส้นคงวาสอดคล้องกันทั้งองค์กร | การจัดทำบัญชีรายการดังกล่าวเป็นความร่วมมือระหว่างแพทย์และบุคลากรอื่นๆ ที่ให้การรักษาหรือทำหัตถการ | บัญชีรายการดังกล่าวครอบคลุมหัตถการและการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.5.2

- 1. การขอความยินยอมกระทำก่อนการผ่าตัดหรือการทำหัตถการที่ผ่านเข้าร่างกาย
- 2. การขอความยินยอมกระทำก่อนการระงับความรู้สึก (รวมถึงการกดประสาทระดับกลางและระดับลึก)
- 3. การขอความยินยอมกระทำก่อนการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- 4. องค์กรจัดทำบัญชีรายการหัตถการและการรักษาเพิ่มเติมที่จะต้องขอความยินยอมเป็นการเฉพาะ
- 5. การขอความยินยอมกระทำก่อนการทำหัตถการหรือการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ
- 6. มีการระบุชื่อบุคคลที่เป็นผู้ให้สารสนเทศแก่ผู้ป่วยและครอบครัวไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

มาตรฐาน PFR.5.3

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสารสนเทศเพียงพอที่จะสามารถตัดสินใจได้ เกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วย การรักษาที่จะเกิดขึ้น และผู้ประกอบวิชาชีพที่จะให้การดูแล

เจตนาของ PFR.5.3

บุคลากรอธิบายอย่างชัดเจนถึงการรักษาหรือหัตถการที่จะเกิดขึ้นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว | สารสนเทศที่ให้นี้รวมถึง

- a) สภาพอาการของผู้ป่วย
- b) การรักษาที่จะเกิดขึ้น
- c) ชื่อบุคคลที่จะให้การรักษา
- d) ประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้น
- e) ทางเลือกที่เป็นไปได้
- f) โอกาสที่จะประสบความสำเร็จ
- g) ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในช่วงการฟื้นตัว และ
- h) ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของการไม่รักษา

บุคลากรให้ข้อมูลชื่อแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่นซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแล หรือได้รับมอบหมายให้กระทำหัตถการหรือให้การรักษาแก่ผู้ป่วย | บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากผู้ให้บริการปฐมภูมิ ระยะเวลาที่จะต้องรับการดูแลในองค์กร และอื่นๆ | องค์กรต้องมีกระบวนการที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอสารสนเทศเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ให้บริการปฐมภูมิ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.5.3

- 1. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในองค์ประกอบข้อ a) ถึง h) ที่เกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของตนและการรักษาตามแผน

- 2. ผู้ป่วยรู้ชื่อแพทย์หรือผู้ให้บริการอื่นที่รับผิดชอบดูแลตน
- 3. มีกระบวนการที่จะตอบสนองคำขอสารสนเทศเพิ่มเติมโดยผู้ป่วย เกี่ยวกับผู้ให้บริการที่รับผิดชอบดูแลตน

#### มาตรฐาน PFR.5.4

องค์กรจัดให้มีกระบวนการสำหรับกรณีที่บุคคลอื่นซึ่งมิใช่ผู้ป่วยจะสามารถให้ความยินยอมได้ ภายใต้สิ่งแวดล้อมทางกฎหมายและวัฒนธรรมที่มีอยู่

#### เจตนาของ PFR.5.4

บางครั้ง การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว อาจต้องให้ผู้อื่นซึ่งมิใช่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ (หรือตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วย) | กรณีดังกล่าวมีความจำเป็นเมื่อผู้ป่วยไม่มีความสามารถทางจิตใจหรือร่างกายที่จะตัดสินใจได้ เมื่อวัฒนธรรมหรือประเพณีกำหนดให้ผู้อื่นทำหน้าที่ตัดสินใจ หรือเมื่อผู้ป่วยเป็นเด็ก | เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของตนเองได้ จะต้องมีกระบวนการผู้ที่จะตัดสินใจแทน | เมื่อบุคคลอื่นซึ่งมิใช่ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ความยินยอม จะต้องมีกระบวนการบันทึกข้อมูลบุคคลนั้นไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.5.4

- 1. องค์กรมีกระบวนการสำหรับกรณีที่บุคคลอื่นซึ่งมิใช่ผู้ป่วยจะให้การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว
- 2. กระบวนการดังกล่าวเป็นไปตามกฎหมาย วัฒนธรรม และธรรมเนียมปฏิบัติ
- 3. มีการบันทึกข้อมูลบุคคลที่ให้การยินยอมแทนผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

### ♥ PFR.6 – PFR.6.1 | การบริจาคอวัยวะ Organ Donation

#### การบริจาคอวัยวะ (Organ Donation)

หมายเหตุ: มาตรฐานต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์ซึ่งการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อไม่เกิดขึ้น แต่เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยขอข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ และ/หรือ เมื่อการบริจาคอวัยวะหรือเนื้อเยื่ออาจเกิดขึ้น เมื่อมีการบริจาคและปลูกถ่ายเกิดขึ้น ให้ใช้มาตรฐานสำหรับโปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ (ดูใน COP.8 ถึง COP.9.3)

#### มาตรฐาน PFR.6

องค์กรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการตัดสินใจบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ

#### มาตรฐาน PFR.6.1

องค์กรจัดให้มีการกำกับดูแลการผ่าตัดรับอวัยวะและเนื้อเยื่อ **Ⓟ**

#### เจตนาของ PFR.6 และ PFR.6.1

ปัญหาความขาดแคลนของอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายได้สนับสนุนให้หลายประเทศพัฒนากระบวนการและระบบเพื่อเพิ่มปริมาณ | ในบางประเทศ กฎหมายกำหนดให้ทุกคนเป็นผู้บริจาค ยกเว้นแต่จะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น (สันนิษฐานได้ว่าได้รับความยินยอม) | ในบางประเทศ จำเป็นต้องมีการยินยอมอย่างชัดเจนสำหรับการบริจาคอวัยวะ | องค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการกำหนดขั้นตอนการได้รับและบันทึกความยินยอมสำหรับเซลล์ เนื้อเยื่อ และการบริจาคอวัยวะโดย

สัมพันธ์กับมาตรฐานทางจริยธรรมระหว่างประเทศและในลักษณะที่การจัดหาอวัยวะดำเนินการในประเทศ | องค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบให้มีการใช้มาตรการควบคุมเพียงพอเพื่อป้องกันมิให้ผู้ปวยรู้สึกว่าจะถูกกดดันให้ต้องบริจาค

องค์กรสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อเพื่อการวิจัยหรือเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ | มีการให้สารสนเทศเกี่ยวกับกระบวนการบริจาค และข้อมูลที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ต้องการเป็นสถานที่จัดหาอวัยวะสำหรับเครือข่ายหรือองค์กรจัดหาอวัยวะของชุมชน เขต หรือประเทศ

ปัญหาความขาดแคลนของอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายส่งผลให้มีคำถามในทางปฏิบัติในการจัดหาและปลูกถ่ายอวัยวะ | การปฏิบัติของการกระตุ้นให้เกิดความเสี่ยงของบุคคลหรือกลุ่ม (เช่น ผู้ไม่มีการศึกษาและคนยากจน ผู้อพยพที่ไม่มีเอกสารการเข้าเมือง นักโทษ และ ผู้ลี้ภัยทางการเมืองหรือเศรษฐกิจ) ที่จะเป็นผู้บริจาคอวัยวะ การค้าอวัยวะ (การซื้อขายอวัยวะในตลาดมืด) การผ่าตัดอวัยวะจากนักโทษประหารหรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยไม่ได้รับความยินยอม และการปลูกถ่ายที่ไม่มีความสม่ำเสมอเพื่อให้ความมั่นใจว่าผู้บริจาคอวัยวะและผู้รับมีความปลอดภัย

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางสำหรับกระบวนการจัดหาและบริจาค ที่มีความสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และเคารพคุณค่าทางศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชน สร้างความมั่นใจของการปฏิบัติทางจริยธรรมและระบุข้อกำหนดสำหรับการขอความยินยอม | บุคลากรขององค์กรได้รับการฝึกอบรมในการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว | บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับข้อกังวลและประเด็นร่วมสมัยเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและความพร้อมของการปลูกถ่ายอวัยวะ | องค์กรร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ ในชุมชนที่รับผิดชอบกระบวนการทั้งหมดหรือบางส่วนในการจัดหา เก็บรักษา ขนส่ง และปลูกถ่ายอวัยวะ (ดูที่ COP.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.6

- 1. องค์กรสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวในการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่ออื่นๆ
- 2. องค์กรให้ข้อมูลเพื่อเป็นสารสนเทศแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในขั้นตอนการบริจาค
- 3. องค์กรให้ข้อมูลเพื่อเป็นสารสนเทศแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดหาอวัยวะ
- 4. องค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบให้มีการใช้มาตรการควบคุมเพียงพอเพื่อป้องกันมิให้ผู้ปวยรู้สึกว่าจะถูกกดดันให้ต้องบริจาค

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFR.6.1

- 1. องค์กรกำหนดขั้นตอนการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากระบวนการมีความสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และคุณค่าทางศาสนาและวัฒนธรรม
- 2. องค์กรระบุข้อกำหนดสำหรับการขอความยินยอมและจัดทำกระบวนการให้สอดคล้องกับข้อกำหนดนั้น
- 3. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมในประเด็นและข้อกังวลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ และความพร้อมในการปลูกถ่ายอวัยวะ
- 4. องค์กรร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการเคารพและนำการตัดสินใจบริจาคไปปฏิบัติ

⇒ การประเมินผู้ป่วย Assessment of Patients (AOP)

♥ AOP.1 – AOP.4

มาตรฐาน AOP.1



ผู้ป่วยทุกรายที่องค์กรให้การดูแล ได้รับการประเมินความต้องการบริการสุขภาพโดยใช้กระบวนการประเมินที่กำหนดไว้

Ⓟ

เจตนาของ AOP.1

กระบวนการประเมินผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นในระยะแรกและที่จะเกิดตามมา สำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยที่นัดหรือวางแผนไว้แล้ว หรือแม้เมื่อสถานะของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป | การประเมินผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องมีการเคลื่อนไหว ซึ่งเกิดขึ้นในลักษณะแวดล้อม (setting) แขนง และคลินิกที่ให้การดูแลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกต่างๆ | การประเมินผู้ป่วยประกอบด้วยกระบวนการหลักสามประการ ได้แก่:

การรวบรวมสารสนเทศและข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางร่างกาย จิตใจ สังคม และประวัติสุขภาพของผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพวินิจฉัย เพื่อระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้ป่วย

การจัดทำแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้

เมื่อผู้ป่วยได้รับการลงทะเบียนหรือรับไว้ในองค์กรสำหรับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก จะต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์เพื่อให้ทราบเหตุผลของการมารับบริการ | สารสนเทศเฉพาะที่องค์กรต้องการในขั้นตอนนี้ และวิธีการที่จะได้มาซึ่งสารสนเทศดังกล่าว ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย และลักษณะแวดล้อม (setting) ของการดูแลที่จะจัดให้ผู้ป่วย (เช่น การดูแลแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก) | นโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กรกำหนดวิธีการทำงานของกระบวนการนี้ รวมทั้งสารสนเทศที่ต้องรวบรวมและบันทึก (ดูที่ ACC.1)

องค์กรกำหนดเนื้อหาสาระขั้นต่ำของการประเมินที่จะทำโดยแพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานทางคลินิกในสาขาอื่นๆ ไว้ในนโยบาย เพื่อให้ประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างสอดคล้องกัน | การประเมินทำโดยแต่ละวิชาชีพตามขอบเขตของการปฏิบัติ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง หรือใบรับรอง | เฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเท่านั้นที่ทำการประเมิน | แบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินเป็นไปตามนโยบายนี้ | องค์กรกำหนดกิจกรรมการประเมินสำหรับ ลักษณะแวดล้อม (setting) ของการดูแลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ให้การดูแล (ดูที่ ASC.3.2, ME 1 และ ASC.4, ME 1) | องค์กรกำหนดองค์ประกอบร่วมที่ต้องมีในการประเมินทุกประเภท และกำหนดรายละเอียดที่อาจอนุญาตให้แตกต่างกันได้ระหว่างขอบเขตของการประเมิน สำหรับเวชกรรมทั่วไป กับการประเมินสำหรับบริการเฉพาะทาง | การประเมินที่กำหนดไว้ในนโยบายอาจจะทำโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมากกว่า หนึ่งคน และอาจจะทำในช่วงเวลาที่แตกต่างกันได้ | รายละเอียดของการประเมินทั้งหมดจะต้องมีพร้อมเมื่อเริ่มต้นให้การรักษา (ดู AOP.1.2 และ AOP.1.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1

- 1. มีการกำหนดเนื้อหาสาระขั้นต่ำของการประเมินผู้ป่วยในสำหรับแต่ละสาขาทาง คลินิกซึ่งทำการประเมิน และระบุองค์ประกอบที่จำเป็นของการซักประวัติและตรวจร่างกาย
- 2. มีการกำหนดเนื้อหาสาระขั้นต่ำของการประเมินผู้ป่วยนอกสำหรับแต่ละสาขาทางคลินิกซึ่งทำการประเมิน และระบุองค์ประกอบที่จำเป็นของการซักประวัติและตรวจร่างกาย
- 3. เฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง หรือโดยใบรับรอง เท่านั้นที่ทำการประเมิน
- 4. องค์กรกำหนดสารสนเทศและบันทึกการประเมินไว้

## มาตรฐาน AOP.1.1

การประเมินเมื่อแรกเริ่มสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ รวมถึงการตรวจร่างกายและประวัติสุขภาพ (P)

### เจตนาของ AOP.1.1

การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เป็นจุดสำคัญในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วย และการ เริ่มต้นกระบวนการดูแลผู้ป่วย | การประเมินเมื่อแรกเริ่มจะให้สารสนเทศเพื่อ

- ทำความเข้าใจการดูแลที่ผู้ป่วยต้องการ
- เลือกลักษณะแวดล้อม (setting) การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย
- ให้การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น และ
- เข้าใจการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการดูแลที่ผ่านมา

เพื่อให้มีสารสนเทศเหล่านี้ การประเมินเมื่อแรกเริ่มประกอบด้วย การประเมินสถานะเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วย การตรวจร่างกายและซักประวัติสุขภาพ | การประเมินทางด้านจิตใจช่วยให้ทราบถึงสถานะด้านอารมณ์ของผู้ป่วย (เช่น อาการ ซึมเศร้า หวาดกลัว หรือก้าวร้าว และอาจจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น) | การรวบรวมสารสนเทศทางสังคมของผู้ป่วยไม่ได้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการ “แบ่งชนชั้น” ผู้ป่วย | แต่เนื้อหาทางสังคม วัฒนธรรม ครอบครัว และเศรษฐกิจของผู้ป่วย เป็น ปัจจัยสำคัญที่จะมีผลต่อการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยและการรักษา | ครอบครัวสามารถช่วยในการประเมินส่วนนี้ ได้มาก และช่วยทำให้เกิดความเข้าใจความปรารถนาและความพึงใจของผู้ป่วยในกระบวนการประเมิน | การประเมิน ปัจจัยทางเศรษฐกิจ อาจประเมินเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินทางสังคม หรือแยกประเมินเฉพาะหากผู้ป่วยและ ครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาทั้งหมดหรือบางส่วนในขณะที่รักษาตัวแบบผู้ป่วยในหรือหลัง จำหน่าย | ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่างสาขาหลายคนอาจมีส่วนร่วมในการประเมินผู้ป่วยรายเดียวกัน | ปัจจัยสำคัญ ที่สุดคือการประเมินที่สมบูรณ์และพร้อมใช้ประโยชน์ (ดูที่ ACC.3, ME 2) สำหรับทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยมีความเหมาะสมเมื่อมีการพิจารณา สถานะของผู้ป่วย อายุ ความต้องการด้านสุขภาพ และคำขอหรือ ความพึงใจของผู้ป่วย | กระบวนการเหล่านี้จะมีประสิทธิภาพสูงสุดถ้าผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพสาขาต่างๆ ที่รับผิดชอบ ดูแลผู้ป่วยทำงานร่วมกัน (ดูที่ COP.8.4, COP.8.7, COP.9.2 และ MOI.10, ME 2)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.1

- 1. ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกรายได้รับการประเมินเมื่อแรกเริ่ม ประกอบด้วย การซักประวัติสุขภาพและการตรวจร่างกาย สอดคล้องกับข้อกำหนดในนโยบายของโรงพยาบาล
- 2. ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินทางด้านจิตใจเมื่อแรกเริ่ม ตามสถานะต้องการของผู้ป่วย
- 3. ผู้ป่วยแต่ละรายรับการประเมินทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเมื่อแรกเริ่ม ตามสถานะความต้องการของผู้ป่วย
- 4. การประเมินเมื่อแรกเริ่มนำมาสู่การวินิจฉัยเบื้องต้น

## มาตรฐาน AOP.1.2

มีการระบุความต้องการในการดูแลด้านการแพทย์และด้านการพยาบาลจากการประเมิน เมื่อแรกเริ่ม และบันทึกไว้ในเวชระเบียนและดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือเร็วกว่านั้นตามสถานะของ ผู้ป่วย (P)

## มาตรฐาน AOP.1.2.1

การประเมินด้านการแพทย์และการพยาบาลเมื่อแรกเริ่มสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินขึ้นกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย

### เจตนาของ AOP.1.2 และ AOP.1.2.1

ผลลัพธ์สำคัญจากการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกเริ่ม คือความเข้าใจความต้องการการดูแลด้านการแพทย์และการพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อสามารถเริ่มต้นให้การดูแลรักษา | เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ องค์กรกำหนดเนื้อหาสาระขั้นต่ำของการประเมินด้านการแพทย์และการพยาบาลและ การประเมินอื่นๆ เมื่อแรกเริ่ม (ดูที่ AOP.1) กำหนดเวลาที่ต้องประเมินให้เสร็จสมบูรณ์ และข้อกำหนดในการบันทึกผลการประเมิน (ดูที่ AOP.1.3) | แม้ว่าการประเมินด้านการแพทย์และการพยาบาลมีความสำคัญต่อการเริ่มต้นดูแล อาจมีการประเมินเพิ่มเติมโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่นๆ รวมถึงการประเมินพิเศษ (ดู AOP.1.4 และ AOP.1.5) และการประเมินที่เจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (ดูที่ AOP.1.6) | การประเมินเหล่านี้จะต้องได้รับการบูรณาการเข้าด้วยกัน และระบุการดูแลที่จำเป็นเร่งด่วนที่สุด (ดูที่ AOP.4)

การประเมินด้านการแพทย์และการพยาบาลเมื่อแรกเริ่มดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน และพร้อมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนใช้ประโยชน์ได้ | ถ้าสถานะของผู้ป่วยบ่งชี้ อาจจะต้องทำการประเมินด้านการแพทย์ และ/หรือ การพยาบาล และจัดให้มีข้อมูลการประเมินพร้อมในเวลาเร็วกว่านั้น | ดังนั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องได้รับการประเมินโดยทันที และอาจมีนโยบายกำหนดกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ที่จะต้องได้รับการประเมินเร็วกว่า 24 ชั่วโมง

การประเมินด้านการแพทย์และทางการพยาบาลเมื่อแรกเริ่มในภาวะฉุกเฉิน อาจจำกัดอยู่ที่ความต้องการและสถานะของผู้ป่วยที่ปรากฏ | ในกรณีที่ไม่มีความจำเป็นที่ประวัติและการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ในผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการผ่าตัดด่วน อาจจะมีเพียงการบันทึกข้อมูลย่อๆ และการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดไว้ก่อนที่จะทำการผ่าตัด (ดูที่ MOI.10.1, ME 3)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.2

- 1. การประเมินด้านการแพทย์เมื่อแรกเริ่ม รวมถึงประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย และการประเมินอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย ได้กระทำภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือเร็วกว่านั้นตามที่บ่งชี้โดยสถานะของผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล และมีการบันทึกไว้
- 2. การประเมินด้านการแพทย์เมื่อแรกเริ่มทำให้มีรายการการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงในสถานะหลัก และเกี่ยวข้องที่ต้องทำการรักษาและติดตาม
- 3. การประเมินด้านการพยาบาลเมื่อแรกเริ่มกระทำภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือเร็วกว่านั้นตามที่บ่งชี้โดยสถานะของผู้ป่วยหรือนโยบายของโรงพยาบาล
- 4. การประเมินด้านการพยาบาลเมื่อแรกเริ่มทำให้มีรายการความต้องการรักษาพยาบาลที่ เฉพาะเจาะจง หรือสถานะที่ต้องการการดูแลทางด้านพยาบาล การบำบัด หรือการติดตาม

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.2.1

- 1. การประเมินด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ขึ้นกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย
- 2. การประเมินด้านการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ขึ้นกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย
- 3. ถ้ามีการทำผ่าตัด มีบันทึกข้อมูลย่อๆ และการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดเป็นอย่างดีก่อนที่จะทำการผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉิน (ดูที่ ASC.7)

### มาตรฐาน AOP.1.3

องค์กรมีกระบวนการในการรับการประเมินด้านการแพทย์เบื้องต้นที่กระทำในสำนักงานแพทย์ส่วนตัวหรือ แผนกผู้ป่วยนอกอื่น ก่อนที่จะรับเป็นผู้ป่วยในหรือก่อนที่จะทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก

#### เจตนาของ AOP.1.3

การประเมินด้านการแพทย์เบื้องต้นที่กระทำในสำนักงานแพทย์ส่วนตัวหรือแผนกผู้ป่วยนอกอื่น ก่อนการดูแลในองค์กร ในฐานะผู้ป่วยใน จะต้องทำภายใน 30 วันที่ผ่านมา | ถ้าการประเมินด้านการแพทย์นั้นกระทำนานเกินกว่า 30 วัน ก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน จะต้องปรับปรุงประวัติทางการแพทย์ใหม่ และตรวจร่างกายซ้ำ | สำหรับการประเมินด้านการแพทย์ที่กระทำภายใน 30 วันก่อนที่จะรับเป็นผู้ป่วยใน การเปลี่ยนแปลงสถานะผู้ป่วยที่สำคัญใดๆ หลังจากการประเมินครั้งนั้นได้รับการบันทึกเมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน | การปรับปรุงข้อมูล และ/หรือ การตรวจร่างกายซ้ำ สามารถกระทำโดยผู้มีความสัมพันธ์เหมาะสมท่านใดก็ได้ (ดูที่ AOP.1.2 และ AOP.1.2.1 ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความต้องการเอกสารสำหรับการประเมินแรกรับในองค์กร)

ถ้ามีการประเมินมาจากภายนอกองค์กร อาจจะเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด (เช่น จากคลินิกศัลยกรรมที่ปรึกษา) ผลการประเมินดังกล่าวได้รับการทบทวน และ/หรือตรวจสอบความถูกต้องเมื่อเวลาที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับระยะเวลาระหว่างการประเมินจากภายนอกนั้นกับเวลาที่ รับไว้ ธรรมชาติความวิกฤติของสิ่งที่ตรวจพบ ความซับซ้อนของผู้ป่วย การดูแลรักษาที่วางแผนไว้ (เช่น การทบทวนยืนยันความชัดเจนของการวินิจฉัยโรคและหัตถการหรือการรักษาที่วางแผนไว้ การมีภาพรังสีที่ต้องการในการผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วย เช่น การควบคุมระดับน้ำตาล และการระบุการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการสำคัญที่จำเป็นต้องตรวจซ้ำ) (ดูที่ AOP.4)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.3

- 1. การประเมินด้านการแพทย์เบื้องต้นซึ่งกระทำก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือก่อนที่จะทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอกในองค์กร จะต้องไม่นานเกินกว่า 30 วัน
- 2. สำหรับการประเมินด้านการแพทย์ที่กระทำภายใน 30 วัน การเปลี่ยนแปลงสถานะผู้ป่วยที่สำคัญใดๆ หลังจากการประเมินครั้งนั้นได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน หรือก่อนที่จะทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก
- 3. ถ้าการประเมินด้านการแพทย์นั้นกระทำนานเกินกว่า 30 วันก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน จะต้องปรับปรุงประวัติทางการแพทย์ใหม่ และตรวจร่างกายซ้ำ
- 4. สิ่งที่พบทั้งหมดจากการประเมินที่กระทำนอกองค์กร ได้รับการทบทวน และ/หรือ ตรวจสอบความถูกต้องเมื่อเวลาที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

#### มาตรฐาน AOP.1.3.1

การประเมินด้านการแพทย์เมื่อแรกรับได้รับการบันทึกไว้ก่อนที่จะให้การระงับความรู้สึกหรือผ่าตัดรักษา และรวมถึงความต้องการทางการแพทย์ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ/วัฒนธรรม

#### เจตนาของ AOP.1.3.1

การประเมินก่อนการผ่าตัดคือการประเมินความเสี่ยงทางคลินิกที่ประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบว่า ผู้ป่วยที่มีความปลอดภัยที่จะได้รับการดมยาสลบและการผ่าตัด

การประเมินก่อนการผ่าตัดรวมถึงความต้องการทางการแพทย์ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ/วัฒนธรรมก่อนทำการผ่าตัด นอกจากนี้การประเมินผู้ป่วยสำหรับความต้องการการดูแลหลังจากจำหน่ายเป็นองค์ประกอบที่มีคุณค่าของการประเมินก่อนการผ่าตัด (ดูที่ ASC.7)

ผลการประเมินด้านการแพทย์และการตรวจวิเคราะห์เพื่อการวินิจฉัยโรคใดๆ พร้อมกับความต้องการการดูแลหลังจากจำหน่าย ได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียน ก่อนที่จะให้การระงับความรู้สึกหรือทำการผ่าตัด

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.3.1

- 1. ผู้ป่วยซึ่งมีการวางแผนผ่าตัดได้รับการประเมินด้านการแพทย์ก่อนที่จะทำการผ่าตัด
- 2. การประเมินก่อนการผ่าตัดรวมถึงความต้องการทางการแพทย์ ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ/วัฒนธรรม และความต้องการจำหน่าย
- 3. การประเมินด้านการแพทย์สำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนที่จะทำการผ่าตัด

มาตรฐาน AOP.1.4

ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการและความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติ กิจวัตร (functional needs) และได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินและรักษาต่อเมื่อจำเป็น

เจตนาของ AOP.1.4

สารสนเทศที่รวบรวมได้จากการประเมินด้านการแพทย์ และ/หรือ การพยาบาล เมื่อแรกรับ โดยใช้เกณฑ์การคัดกรอง อาจบ่งชี้ความจำเป็นในการประเมินภาวะโภชนาการหรือ functional status เพิ่มเติมหรือการประเมินเชิงลึกมากขึ้น รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ดูที่ ISPG.6) | การประเมินเชิงลึกอาจมีความจำเป็นเพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ โภชนบำบัด และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสภาพหรือบริการอื่นๆ เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่อย่างอิสระหรือด้วยศักยภาพสูงสุด

วิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความต้องการด้านโภชนาการ หรือความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร (functional needs) คือการใช้เกณฑ์คัดกรอง | โดยทั่วไปการคัดกรองทำได้ง่าย การประเมินผลระดับสูงของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่อาจจะ บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการประเมินผลเพิ่มเติมในเชิงลึก | ตัวอย่างเช่น แบบฟอร์มการประเมินเมื่อแรกรับของพยาบาลอาจจะบ่งชี้เกณฑ์ดังกล่าวไว้ สำหรับการคัดกรองทางโภชนาการ เช่น คำถาม 5-6 คำถาม ที่มีคะแนนเป็นตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับการลดอาหารที่ผ่านมา การสูญเสียน้ำหนัก ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา การเคลื่อนไหว และอื่นๆ ที่คล้ายกัน | คะแนนรวมของผู้ป่วยสามารถระบุความเสี่ยงด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่ต้องการ การประเมินด้านโภชนาการในเชิงลึก

ในแต่ละกรณี เกณฑ์คัดกรองจะได้รับการจัดทำโดยผู้มีความเหมาะสมซึ่งสามารถประเมินต่อ และให้การรักษาที่ต้องการแก่ผู้ป่วยเมื่อจำเป็น | ตัวอย่างเช่น เกณฑ์คัดกรองความเสี่ยงทางโภชนาการอาจจะได้รับการจัดทำโดยพยาบาล ซึ่งจะประยุกต์ใช้เกณฑ์ ร่วมกับนักกำหนดอาหารซึ่งจะให้คำแนะนำด้านโภชนบำบัด และโภชนาการที่สามารถรวมความต้องการด้านโภชนาการกับความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน (ดูที่ COP.4 และ COP.5)

สารสนเทศที่รวบรวมได้จาก การประเมินด้านการแพทย์ และ/หรือ การพยาบาล เมื่อแรกรับ อาจบ่งชี้ความจำเป็นในการประเมินอื่น เช่น ทันตกรรม การได้ยิน สายตา และอื่นๆ (ดูที่ AOP.1.2 และ AOP.1.2.1) | องค์การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินขั้นต่อไปภายในองค์กร หรือไปยังหน่วยงานอื่นหลังจำหน่าย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.4

- 1. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมจัดทำเกณฑ์เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่สมควรได้รับการประเมินด้านโภชนาการเพิ่มเติม
- 2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาโภชนาการตามเกณฑ์คัดกรองได้รับการประเมินด้านโภชนาการ
- 3. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมจัดทำเกณฑ์เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่สมควรได้รับการประเมินความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร (functional needs) เพิ่มเติม
- 4. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน functional needs ตามเกณฑ์คัดกรอง ได้รับการส่งต่อไปรับการประเมินดังกล่าว
- 5. มีการระบุไว้เมื่อจำเป็นต้องมีการประเมินเป็นพิเศษเพิ่มเติม ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังภายในหรือภายนอกองค์กร
- 6. การประเมินเป็นพิเศษที่ทำภายในองค์กรได้ทำเสร็จสิ้นและบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

มาตรฐาน AOP.1.5

ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกราย ได้รับการคัดกรองความเจ็บปวด และประเมินความเจ็บปวดเมื่อคัดกรองพบ

เจตนาของ AOP.1.5

ในระหว่างการประเมินเมื่อแรกรับและระหว่างการประเมินซ้ำใดๆ มีการคัดกรองเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด | ตัวอย่าง คำถามที่ใช้ในการทดสอบการคัดกรองผู้ป่วยมีดังนี้:

ตอนนี้มีอาการเจ็บปวดหรือไม่

อาการเจ็บปวดทำให้นอนไม่ได้ตอนกลางคืนหรือไม่

อาการเจ็บปวดทำให้เข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างไม่ได้หรือไม่

มีอาการปวดทุกวันหรือไม่

คำตอบในเชิงบวกกับคำถาม ระบุความจำเป็นในการประเมินเชิงลึกที่มากขึ้นของความเจ็บปวดของผู้ป่วย | เมื่อพบว่ามี ความเจ็บปวด ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาในองค์กรหรือส่งต่อไปรักษาที่อื่น | ขอบเขตของการรักษาขึ้นกับ care ลักษณะ แวดล้อม (setting) และบริการที่จัดให้ (ดูที่ COP.6)

มีการประเมินที่ครอบคลุมมากขึ้นถ้าผู้ป่วยได้รับการ รักษาในองค์กร | การประเมินดังกล่าวเหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย มีการวัดระดับและระบุรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บปวด เช่น ลักษณะ ความถี่ ตำแหน่ง และระยะเวลาของความเจ็บปวด | ข้อมูลเพิ่มเติมอาจรวมประวัติความเจ็บปวด สิ่งที่ทำให้อาการเจ็บปวดดีขึ้นหรือแย่ลง สิ่งที่เป็นเป้าหมายในการลดความเจ็บปวดและอื่นๆ ที่คล้ายกัน | มีการบันทึกผลการประเมินในลักษณะที่เอื้อต่อการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ และการติดตาม ตามเกณฑ์ที่จัดทำโดยองค์กรและตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย (ดูที่ AOP.1.2 และ AOP.1.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.5

- 1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเจ็บปวด
- 2. เมื่อพบว่ามีความเจ็บปวดจากการตรวจคัดกรองเบื้องต้น องค์กรทำการประเมินอย่างครอบคลุม
- 3. มีการบันทึกผลการประเมินในลักษณะที่เอื้อต่อการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอ และการติดตาม ตามเกณฑ์ที่จัดทำโดยองค์กรและตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย

## มาตรฐาน AOP.1.6

องค์กรจัดให้มีการประเมินเมื่อแรกเริ่มที่ปรับให้เหมาะสมเฉพาะราย สำหรับกลุ่มประชากรพิเศษที่องค์กรให้การดูแล

### เจตนาของ AOP.1.6

การประเมินเมื่อแรกเริ่มสำหรับผู้ป่วยบางประเภทหรือกลุ่มประชากรผู้ป่วยบางประเภท จำต้องมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการประเมิน | การปรับเปลี่ยนดังกล่าวขึ้นกับลักษณะเฉพาะหรือภาวะความต้องการของประชากรผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม | แต่ละองค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มประชากรผู้ป่วยเฉพาะดังกล่าว และปรับกระบวนการประเมินเพื่อตอบสนองต่อภาวะความต้องการพิเศษของผู้ป่วยเหล่านั้น | โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อองค์กรให้การดูแลผู้ป่วยหรือกลุ่มประชากรที่มีความต้องการพิเศษตามรายการข้างล่างนี้ องค์กรทำการประเมินผู้ป่วยด้วยกระบวนการที่ปรับเป็นการเฉพาะ:

- เด็ก
- วัยรุ่น
- ผู้ป่วยสูงอายุที่เปราะบาง
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรงหรือเรื้อรัง
- หญิงเจ็บครรภ์
- หญิงที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์หรือจิตใจ
- ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะติดเชื้อและ/หรือสุรา
- เหยื่อที่ถูกกระทำทารุณหรือถูกทอดทิ้ง
- ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อ
- ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา
- ผู้ป่วยซึ่งมีภูมิคุ้มกันพร่อง

การประเมินผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อ และ/หรือ สุรา และการประเมินเหยื่อที่ถูกกระทำทารุณหรือถูกทอดทิ้งจะต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของกลุ่มประชากรผู้ป่วยด้วย | การประเมินเหล่านี้ควรมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นกระบวนการค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุก | แต่เป็นการประเมินเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและสถานะของผู้ป่วยในลักษณะที่เป็นที่ยอมรับทางวัฒนธรรมและเป็นความลับ | กระบวนการประเมินจะต้องดัดแปลงให้สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่น และมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรและสถานการณ์ดังกล่าว รวมถึงการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเมื่อมีความเหมาะสมหรือมีความจำเป็น (ดูที่ AOP.1.2 และ AOP.1.2.1)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.6

- 1. องค์กรกำหนดเกณฑ์บ่งชี้ที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการประเมิน
- 2. กระบวนการประเมินสำหรับกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่มีความต้องการพิเศษได้รับการปรับให้เหมาะสมกับภาวะความต้องการของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว
- 3. กระบวนการปรับเปลี่ยนการประเมินมีความสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับประชากรดังกล่าว

## มาตรฐาน AOP.1.7

ผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการประเมินและประเมินซ้ำ ตามความต้องการของแต่ละคน

### เจตนาของ AOP.1.7

การประเมินและการประเมินซ้ำในผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำเป็นต้องปรับให้ตอบสนองต่อภาวะความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว | การประเมินและการประเมินซ้ำควรประเมินตามที่บ่งชี้โดยสถานะของผู้ป่วย

- a) อาการคลื่นไส้และอาการหายใจลำบาก
- b) ปัจจัยที่ทำให้อาการทางร่างกายทุเลาหรือกำเริบ
- c) การบำบัดอาการในขณะนั้นและการตอบสนองของผู้ป่วย
- d) ความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว และการเข้าร่วมกลุ่มทางศาสนา
- e) ความอาทรหรือความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความสิ้นหวัง ความทุกข์ทรมาน ตราบาป หรือการให้อภัย
- f) สถานะด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมที่บ้าน หากให้การดูแลที่บ้าน กลไกจัดการกับปัญหา ปฏิบัติการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อความเจ็บป่วย
- g) ความต้องการสำหรับบริการเกื้อหนุน หรือการหยุดพักชั่วคราว สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแลอื่น
- h) ความต้องการสำหรับลักษณะแวดล้อม (setting) หรือระดับของการดูแลที่เป็นทางเลือก และ
- i) ปัจจัยเสี่ยงของผู้ที่อยู่ข้างหลัง เช่น กลไกการจัดการปัญหาของครอบครัว และโอกาสเกิดความเศร้าโศกที่รุนแรง

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.7

1. ผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิตและครอบครัวได้รับการประเมินและประเมินซ้ำสำหรับองค์ประกอบต่างๆ ในข้อ a) ถึง i) ของหัวข้อเจตนาตามภาวะความต้องการที่พบ
2. ผลการประเมินขึ้นำการดูแลและบริการที่จัดให้ (ดูที่ AOP.2, ME 2)
3. ผลการประเมินได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

## มาตรฐาน AOP.1.8

การประเมินเมื่อแรกรับ รวมถึงการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนการจำหน่าย

### เจตนาของ AOP.1.8

ความต่อเนื่องของการดูแลจำเป็นต้องมีการเตรียมการและพิจารณาเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยบางราย เช่น สำหรับการวางแผนจำหน่าย | องค์กรจัดทำกลไก เช่น รายการเกณฑ์เพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญมากกว่าผู้อื่นเนื่องจาก อายุ การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ความต้องการบริการทางการแพทย์และพยาบาลต่อเนื่อง หรือการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน | เนื่องจากการเตรียมจำหน่ายอาจจะต้องใช้เวลากระบวนการประเมินและวางแผนดังกล่าวจึงควรเริ่มโดยเร็วที่สุดหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน (ดูที่ ACC.4)

การวางแผนจำหน่ายรวมถึงการให้การศึกษาเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยอาจต้องเกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างต่อเนื่องนอกองค์กร | เช่น ผู้ป่วยที่วินิจฉัยได้ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 จะต้องได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดอาหารและโภชนาการ และคำแนะนำของการฉีดอินซูลิน | ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันอาจต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย และคำแนะนำทางโภชนาการเช่นกัน | การจำหน่ายที่ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับวางแผนที่มีประสิทธิภาพ



องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.1.8

- 1. มีกระบวนการในการบ่งชี้ผู้ป่วยซึ่งการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ
- 2. การวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้เริ่มต้นเร็วที่สุดหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
- 3. การวางแผนจำหน่ายรวมถึงการให้การศึกษาเพิ่มเติม และจัดทำแผนประเมินความต้องการและนำมาใช้

มาตรฐาน AOP.2

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำเป็นระยะ ตามสถานะของผู้ป่วยและการรักษา เพื่อพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษาและเพื่อวางแผนสำหรับการรักษาต่อเนื่อง หรือการจำหน่าย (P)

เจตนาของ AOP.2

การประเมินซ้ำโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยทุกฝ่ายเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อรับรู้ว่าการตัดสินใจในการดูแลที่กระทำไปนั้นเหมาะสมและได้ผลหรือไม่ | ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตลอดกระบวนการดูแลเป็นระยะตามภาวะความต้องการของผู้ป่วยและแผนการรักษา หรือตามที่กำหนดไว้ในนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กร | ผลของการประเมินซ้ำเหล่านี้ได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อเป็นสารสนเทศสำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วยทุกฝ่ายใช้ (ดูที่ ACC.3)

การประเมินซ้ำโดยแพทย์เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง | แพทย์ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบเฉียบพลันอย่างน้อยวันละครั้ง รวมทั้งในวันหยุด และเมื่อภาวะของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ

มีการประเมินซ้ำและบันทึกผลไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมระหว่างการดูแล (เช่น พยาบาลบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะตามสถานะของผู้ป่วย)

ประจำทุกวันโดยแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบเฉียบพลัน

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในสถานะของผู้ป่วย

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล และ

เพื่อพิจารณาผลสำเร็จของการรักษาด้วยยาหรือวิธีการอื่นๆ และพิจารณาว่าสามารถเคลื่อนย้ายหรือจำหน่ายผู้ป่วยได้หรือไม่

ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเฉียบพลันอาจไม่ต้องประเมินโดยแพทย์ทุกวัน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสถียรได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม หรือผู้ป่วยที่ผ่านระยะเฉียบพลันของการเจ็บป่วยหรือการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ได้รับ

บริการฟื้นฟูสภาพ | องค์กรระบุเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องทำการประเมินทุกวัน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.2

- 1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเพื่อพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษาและเพื่อวางแผนสำหรับการรักษาต่อเนื่อง หรือการจำหน่าย (ดูที่ COP.5, ME 3; ASC.6.1; และ MMU.7, ME 1)
- 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเป็นระยะตามสถานะของผู้ป่วย และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในสถานะของผู้ป่วย แผนการดูแล และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย (ดูที่ AOP.1.7, ME 2)
- 3. แพทย์ประเมินผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการดูแลรักษาในช่วงเฉียบพลันซ้ำอย่างน้อยทุกวัน รวมทั้งวันหยุด

- 4. สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่มีอาการเฉียบพลัน นโยบายขององค์กรกำหนดสถานการณ์ และประเภทของผู้ป่วยหรือกลุ่มผู้ป่วย ซึ่งแพทย์อาจจะประเมินผู้ป่วยห่างกว่าวันละครั้ง และกำหนดช่วงเวลาขั้นต่ำสำหรับการประเมินซ้ำในผู้ป่วยเหล่านี้
- 5. ผลการประเมินซ้ำได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

### มาตรฐาน AOP.3

ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ทำการประเมินและประเมินซ้ำ ⑥

#### เจตนาของ AOP.3

การประเมินผู้ป่วยและการประเมินซ้ำ เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากที่ต้องการการศึกษา การฝึกอบรม ความรู้ และทักษะเป็นพิเศษ | ดังนั้น มีการกำหนดบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับทำหน้าที่ประเมินแต่ละประเภท และระบุหน้าที่รับผิดชอบไว้เป็นลายลักษณ์อักษร | โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีการกำหนดบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประเมินความต้องการด้านการพยาบาลไว้อย่างชัดเจน | การประเมินกระทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละสาขาภายใต้ขอบเขตของการประกอบวิชาชีพ (scope of practice) ใบอนุญาต (licensure) กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ หรือประกาศนียบัตร/ใบรับรอง (certification) ที่เกี่ยวข้อง

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.3

- 1. องค์กรกำหนดให้ผู้ที่มีความเหมาะสมและมีการกำหนดความรับผิดชอบของผู้ที่มีความเหมาะสมที่จะทำการประเมินผู้ป่วยและประเมินซ้ำไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- 2. เฉพาะบุคคลที่ได้รับอนุญาตโดยใบอนุญาตประกาศนียบัตร/ใบรับรอง กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ทำการประเมินผู้ป่วย
- 3. การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินกระทำโดยผู้ที่มีความเหมาะสม
- 4. การประเมินด้านการพยาบาลกระทำโดยผู้ที่มีความเหมาะสม

### มาตรฐาน AOP.4

บุคลากรและบริการด้านการแพทย์ พยาบาล และอื่นๆ ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ร่วมกันวิเคราะห์และรวมผลการประเมินผู้ป่วยเข้าด้วยกัน และมีการระบุภาวะความต้องการในการดูแลเร่งด่วนหรือสำคัญที่สุด

#### เจตนาของ AOP.4

ผู้ป่วยอาจได้รับการประเมินหลายลักษณะจากในและนอกองค์กรโดยแผนกและบริการต่างๆ | ผลลัพธ์คือมีสารสนเทศผลการตรวจวิเคราะห์ และข้อมูลอื่นๆ ที่หลากหลายอยู่ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดูที่ AOP.1.3) | ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์สูงสุดเมื่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำงานร่วมกันในการวิเคราะห์ผลการประเมิน และประมวลสารสนเทศเหล่านี้เป็นภาพของสถานะผู้ป่วยที่สมบูรณ์ | ความร่วมมือนี้นำมาสู่การระบุความต้องการของผู้ป่วย ลำดับความสำคัญ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล | การบูรณาการผลการประเมินที่จุดนี้จะช่วยในการประสานงานการดูแลผู้ป่วย (ดูที่ AOP.1.2 และ AOP.1.2.1 และ COP.2)

สำหรับกรณีที่ภาวะความต้องการของผู้ป่วยไม่ซับซ้อน กระบวนการทำงานร่วมกันจะใช้วิธีง่ายๆ และไม่เป็นการยุ่งยาก | สำหรับกรณีที่ภาวะความต้องการของผู้ป่วยมีความซับซ้อนหรือไม่ชัดเจน การประชุมของทีมผู้ให้การรักษาอย่างเป็นทางการ

ทางการ การประชุมปรึกษากับผู้ป่วย (patient conferences) และการตรวจเยี่ยมทางคลินิก อาจจะเป็นสิ่งจำเป็น | ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลอื่นผู้ซึ่งตัดสินใจแทนผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจดังกล่าวเมื่อจำเป็น

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.4

- 1. ข้อมูลและสารสนเทศจากการประเมินผู้ป่วยได้รับการวิเคราะห์และรวมเข้าด้วยกัน
- 2. ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว
- 3. ภาวะความต้องการของผู้ป่วยได้รับการจัดลำดับความสำคัญตามผลการประเมิน

### ♥ AOP.5 – AOP.5.10.1 | บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ Laboratory Services

บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Services)

มาตรฐาน AOP.5

มีบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการพร้อมให้บริการเพื่อตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย บริการดังกล่าว เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ของท้องถิ่นและประเทศ

เจตนาของ AOP.5

องค์กรมีระบบเพื่อจัดบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งบริการพยาธิวิทยาคลินิก ตามลักษณะกลุ่มผู้ป่วย บริการทางคลินิกที่จัด และความต้องการของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ | บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้รับการจัดระบบและให้บริการในลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ของท้องถิ่นและประเทศ

บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงบริการที่ต้องการในกรณีฉุกเฉิน อาจจะถูกจัดให้มีขึ้นในองค์กรเอง หรือส่งตรวจองค์กรอื่นที่มีข้อตกลงกัน หรือทั้งสองอย่าง | บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเปิดให้บริการหลังจากเวลาทำการปกติสำหรับกรณีฉุกเฉินด้วย | นอกจากนี้ องค์กรสามารถระบุและติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น ปรสิตวิทยา (parasitology) ไวรัสวิทยา (virology) หรือพิษวิทยา (toxicology) เมื่อมีความจำเป็น แหล่งให้บริการตรวจวิเคราะห์ภายนอกสะดวกต่อการเข้าถึงสำหรับผู้ป่วย | องค์กรคัดเลือกแหล่งให้บริการตรวจวิเคราะห์ภายนอกตามคำแนะนำของหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ | แหล่งให้บริการตรวจวิเคราะห์ภายนอกเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มีผลงานเป็นที่ยอมรับในเรื่องความเที่ยงตรงและตรงเวลา | ผู้ป่วยรับทราบหากแพทย์ผู้ส่งตรวจเป็นเจ้าของแหล่งให้บริการตรวจวิเคราะห์ภายนอกนั้น

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5

- 1. บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ของท้องถิ่นและประเทศ
- 2. มีบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับเป้าหมายขององค์กรและประชากรผู้ป่วย ความต้องการดูแลสุขภาพในชุมชน และมีบริการสำหรับกรณีฉุกเฉิน รวมถึงหลังจากเวลาทำการปกติด้วย
- 3. ติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้เมื่อต้องการ
- 4. มีการเลือกแหล่งให้บริการตรวจวิเคราะห์ภายนอกโดยพิจารณาจากผลงานซึ่งเป็นที่ยอมรับ การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

○ 5. ผู้ป่วยได้รับทราบถ้ามีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ส่งตรวจกับแหล่งบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการภายนอก (ดูที่ GLD.12.1, ME 1)

มาตรฐาน AOP.5.1

ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (คนหนึ่งหรือมากกว่า) เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการหน่วยบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือบริการพยาธิวิทยาคลินิก (P)

เจตนาของ AOP.5.1

บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการคลินิกอยู่ภายใต้การบริหารของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมโดยประวัติการฝึกอบรม ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่บันทึกไว้ สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง | ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวมีความรับผิดชอบทางวิชาชีพในการดูแลสถานที่ของห้องปฏิบัติการและบริการตรวจวิเคราะห์ที่กระทำในห้องปฏิบัติการ รวมถึงการตรวจวิเคราะห์ที่ทำนอกห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจวิเคราะห์ที่ข้างเตียงผู้ป่วย (การตรวจวิเคราะห์ ณ จุดที่ดูแลผู้ป่วย) | หน้าที่กำกับดูแลการตรวจวิเคราะห์ที่กระทำนอกห้องปฏิบัติการหมายถึงการสร้างความมั่นใจว่ามียุทธศาสตร์และระเบียบปฏิบัติที่สอดคล้องกันทั้งองค์กร เช่น การฝึกอบรม การจัดการอุปทาน ฯลฯ | มิใช่การแนะนำงานประจำวันสำหรับกิจกรรมดังกล่าว | การแนะนำงานประจำวันยังคงเป็นหน้าที่ของหัวหน้าแผนกหรือหน่วยงานที่มีการตรวจวิเคราะห์

ผู้ที่จะให้คำปรึกษาทางคลินิกหรือความเห็นทางการแพทย์ควรเป็นแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเป็นพยาธิแพทย์ | บริการห้องปฏิบัติการเฉพาะสาขาหรืออนุสาขาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม | หน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- การจัดทำ นำสู่การปฏิบัติ คงไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- การกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ
- การดำเนินการและคงไว้ซึ่งโปรแกรมควบคุมคุณภาพที่จำเป็น
- การให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งบริการห้องปฏิบัติการภายนอก และ
- การติดตามและทบทวนบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.1

1. บริการห้องปฏิบัติการทางคลินิกและห้องปฏิบัติการอื่นๆ ทั้งหมดในองค์กร อยู่ภายใต้การบริหารและกำกับดูแลของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่า (ดูที่ GLD.5, ME 1)
2. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ และนำไปปฏิบัติ
3. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ (administrative oversight) และนำไปปฏิบัติ
4. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการดำเนินการและคงไว้ซึ่งโปรแกรมควบคุมคุณภาพ และนำไปปฏิบัติ
5. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งบริการห้องปฏิบัติการภายนอก และนำไปปฏิบัติ (ดูที่ GLD.6, ME 4, GLD.6.1, ME 3)
6. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการติดตามและทบทวนบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด ทั้งภายในและภายนอกห้องปฏิบัติการ และนำไปปฏิบัติ

มาตรฐาน AOP.5.2

พนักงานห้องปฏิบัติการทั้งหมดต้องมีการศึกษา การฝึกอบรม มีคุณสมบัติและประสบการณ์ในการบริหาร และดำเนินการทดสอบและการแปลผลได้

เจตนาของ AOP.5.2

องค์กรระบุงการศึกษ การฝึกอบรม คุณวุฒิและประสบการณ์ของทีมงานในห้องปฏิบัติการ ทำการตรวจวิเคราะห์และแปลผลการตรวจ | ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทำการตรวจคัดกรองที่จุดให้บริการ (point-of-care screening test) ที่ข้างเตียง และผู้เป็นหัวหน้าหรือทำหน้าที่กำกับดูแลเจ้าหน้าที่ซึ่งทำการตรวจวิเคราะห์ | มีการแนะนำงานให้เกิดความคุ้นเคยกับงาน | เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจวิเคราะห์ได้รับการมอบหมายงานที่สอดคล้องกับการฝึกอบรมและประสบการณ์ของแต่ละคน | นอกจากนี้ ต้องมีบุคลากรเพียงพอที่จะทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว และจัดให้มีบุคลากรห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตลอดเวลาทำการและสำหรับกรณีฉุกเฉิน (ดูที่ SQE.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.2

- 1. พนักงานห้องปฏิบัติการทั้งหมดมีคุณสมบัติรับรองที่จำเป็นต้องใช้ในการบริหารงาน ดำเนินการทดสอบและแปลผลการตรวจ
- 2. พนักงานที่ทำการตรวจคัดกรองที่จุดให้บริการ (point-of-care test) มีคุณสมบัติเหมาะสมและได้รับการฝึกอบรมในการบริหารงานตรวจคัดกรองที่จุดให้บริการ
- 3. มีบุคลากรเพียงพอที่จะทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว และจัดให้มีบุคลากรห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตลอดเวลาทำการและสำหรับกรณีฉุกเฉิน
- 4. ผู้กำกับดูแลการตรวจวิเคราะห์มีคุณสมบัติและประสบการณ์เหมาะสม

มาตรฐาน AOP.5.3

มีโปรแกรมความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการพร้อมในระบบ ได้รับการนำไปปฏิบัติ และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน และปฏิบัติตามโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่และคงไว้ซึ่งโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อ (P)

เจตนาของ AOP.5.3

ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรมความปลอดภัยที่ใช้ปฏิบัติอยู่ในระดับที่เหมาะสมกับความเสี่ยงและอันตรายในห้องปฏิบัติการ | โปรแกรมดังกล่าวระบุถึงวิธีปฏิบัติที่ปลอดภัยและมาตรการป้องกันสำหรับเจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการ | เจ้าหน้าที่อื่นๆ และผู้ป่วยที่อยู่ ณ ที่นั้น (เช่น สถานที่ล้างตา ชุดทำความสะอาดเมื่อสารเคมีหก) | โปรแกรมความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการได้รับการประสานกับโปรแกรมการจัดการความปลอดภัยขององค์กร

โปรแกรมการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

- นโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานที่ระบุไว้ในโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่และโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อ
- นโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นและภูมิภาค
- อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยพร้อมใช้ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในห้องปฏิบัติการ
- การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการทุกคน และ

– การศึกษาระหว่างประจำการสำหรับวิธีการตรวจวิเคราะห์ใหม่ และวัตถุดิบที่นำมาเข้ามาใหม่หรือเพิ่งรับรู้ (คู่มือ PCI.5, FMS.4, FMS.4.1 และ FMS.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.3

- 1. โปรแกรมความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมโอกาสเกิดความเสี่ยงในห้องปฏิบัติการ และบริเวณอื่นที่มีการให้บริการตรวจวิเคราะห์นอกห้องปฏิบัติการ
- 2. โปรแกรมความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมจัดการความปลอดภัยขององค์กร และรายงานตามโครงสร้างความปลอดภัยขององค์กรอย่างน้อยปีละครั้ง และเมื่อมีเหตุการณ์ที่มีผลต่อความปลอดภัยเกิดขึ้น
- 3. มีการใช้กระบวนการ และ/หรือ อุปกรณ์เฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงที่ค้นพบ
- 4. เจ้าหน้าที่ของห้องปฏิบัติการได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย และได้รับการศึกษาสำหรับวิธีการตรวจวิเคราะห์ใหม่ (คู่มือ FMS.11, ME 1; GLD.9, ME 4; และ SQE.8, MEs 3 และ 4)

มาตรฐาน AOP.5.3.1

ห้องปฏิบัติการใช้กระบวนการประสานงานเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเป็นผลมาจากการสัมผัสกับ วัสดุอันตรายทางชีวภาพ (biohazardous materials) และของเสีย (P)

เจตนาของ AOP.5.3.1

มีนโยบายที่มีขั้นตอนและวิธีปฏิบัติที่นำมาใช้เพื่อลดอันตรายของการสัมผัสกับวัสดุอันตรายทางชีวภาพ | มีการรายงานภายใน และเมื่อเหมาะสม กับองค์กรสุขภาพเมื่อมีการติดเชื้อในห้องปฏิบัติการ | นโยบายปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอันตรายทางชีวภาพจัดทำไว้เป็นลายลักษณ์อักษรและระเบียบปฏิบัติที่ต้องการมีดังนี้:

- a) มีการควบคุมการสัมผัสกับละอองของเหลว (aerosols) และหยดของเหลว (droplets) (เช่น เมื่อทำการผสม การใช้พลังงานเสียง (sonicating) การเหวี่ยงหมุนแยกวัตถุ (centrifuge) และ การฟืนไฟ (flaming inoculating loops)
- b) มีการสวมใส่เสื้อในห้องปฏิบัติการ เสื้อกาวน์ หรือเครื่องแบบ เพื่อป้องกันเสื้อผ้าและการปนเปื้อน
- c) มีการใช้ตู้เก็บเพื่อความปลอดภัยทางชีวภาพเมื่อจำเป็น
- d) กฎระเบียบควบคุมการหยิบจับสัมผัสในห้องปฏิบัติการที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ อุบัติเหตุของมีคมบาด บาดเจ็บจากถูกเข็มแทง ติดเชื้อจากการบริโภค และการติดต่อของการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นกับเยื่อเมือกทางจมูกและปาก (mucus membrane) กฎเหล่านี้รวมถึงขั้นตอนการปนเปื้อน สำหรับผู้ที่มารักษาแบบฉุกเฉิน สถานที่ที่เสี่ยงต่อการปนเปื้อน และการใช้อุปกรณ์อย่างปลอดภัย
- e) มีวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรระบุการเก็บสิ่งส่งตรวจ (specimens) การขนส่ง และการจัดการอย่างปลอดภัย วิธีปฏิบัตินี้รวมถึงการห้ามมิให้ผู้ใดในบริเวณห้องปฏิบัติการทางเทคนิค รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ สูบบุหรี่ การใช้เครื่องสำอางค์ คอนแทคเลนส์ และการถ่ายเทของเหลวทางปาก
- f) บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับมาตรการการป้องกัน รูปแบบของป้องกันเชื้อโรคที่ส่งผ่านทางกระแสเลือด
- g) ห้องปฏิบัติการมีขั้นตอนการควบคุมการสัมผัสกับวัณโรค (tuberculosis) มีการกำหนดปัญหาในทางปฏิบัติ หรือเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น มีการดำเนินการแก้ไขเมื่อมีการบริโภคโดยไม่ได้ตั้งใจ มีการระบุเมื่อมีปัญหากับการปฏิบัติ หรือเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น มีการดำเนินการแก้ไข มีการบันทึกและติดตาม (คู่มือ PCI.7.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.3.1

- 1. มีการระบุกระบวนการสำหรับห้องปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ
- 2. มีการรายงานการติดเชื้อที่ในห้องปฏิบัติการ ตามที่กำหนดไว้ในนโยบาย สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 3. ห้องปฏิบัติการปฏิบัติตามกฎความปลอดภัยทางชีวภาพตามองค์ประกอบในข้อ a) ถึง g) ในหัวข้อเจตนา
- 4. มีการระบุเมื่อมีปัญหากับการปฏิบัติ หรือเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้น มีการดำเนินการแก้ไข มีการบันทึกและติดตาม

มาตรฐาน AOP.5.4

สามารถออกรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในเวลาที่ยอมรับได้ (P)

เจตนาของ AOP.5.4

องค์กรกำหนดระยะเวลาในการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | ผลการตรวจได้รับการรายงานภายในช่วงเวลาตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย บริการที่องค์กรจัด และความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ | การกำหนดช่วงเวลารายงานผลนี้ครอบคลุมความต้องการในการตรวจวิเคราะห์กรณีฉุกเฉิน การตรวจนอกเวลาทำการ และการตรวจในวันหยุดด้วย | ผลการตรวจเร่งด่วนที่ส่งจากห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยวิกฤติ ได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษในกระบวนการติดตามวัดคุณภาพ | นอกจากนี้ ในกรณีที่มีการให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการโดยทำสัญญากับองค์กรภายนอก การรายงานผลจะต้องทันเวลาตามที่กำหนดไว้ในนโยบายขององค์กรหรือที่ระบุในสัญญา (ดูที่ IP5G.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.4

- 1. องค์กรกำหนดระยะเวลาการรายงานผลการตรวจที่คาดหวัง
- 2. มีการติดตามวัดความเร็วของการรายงานผลการตรวจเร่งด่วน/ฉุกเฉิน
- 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถูกรายงานภายในเวลาเพื่อตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย (ดูที่ ASC.7, ME 1)

มาตรฐาน AOP.5.5

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในห้องปฏิบัติการทุกชิ้นได้รับการตรวจสอบ บำรุงรักษา สอบเทียบ อย่างสม่ำเสมอ และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการบันทึกไว้อย่างเหมาะสม (P)

เจตนาของ AOP.5.5

เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการสร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือทุกชิ้นและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ตรวจวิเคราะห์ ณ จุดให้บริการ อยู่ในสภาพที่ใช้งานในระดับที่ยอมรับได้ และในลักษณะที่ปลอดภัยต่อผู้ใช้ | มีโปรแกรมบริหารจัดการเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการประกอบด้วย

- การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- การบ่งชี้และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- การประเมินเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้งานโดยการตรวจสอบ ทดสอบ สอบเทียบ และบำรุงรักษา
- การติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการเรียกกลับ มีอุบัติเหตุหรือข้อบกพร่องต่างๆ และ

– การบันทึกในระบบบริหารจัดการเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์

ความถี่ในการทดสอบ บำรุงรักษา และสอบเทียบ ขึ้นกับการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการ และประวัติการให้บริการที่บันทึกไว้ (ดูที่ FMS.8 และ FMS.8.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.5

- 1. มีโปรแกรมบริหารจัดการเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของห้องปฏิบัติการและได้รับการนำไปปฏิบัติ
- 2. โปรแกรมดังกล่าวครอบคลุมการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- 3. มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- 4. มีการตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และเป็นไปตามอายุการใช้งาน และข้อเสนอแนะของผู้ผลิต และมีการบันทึกผลหลังจากการตรวจสอบ
- 5. มีการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นไปตามข้อเสนอแนะของผู้ผลิต และมีการบันทึกผลการสอบเทียบและบำรุงรักษา
- 6. องค์กรมีระบบภายในสำหรับการติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการเรียกกลับ มีเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ

มาตรฐาน AOP.5.6

มีน้ำยา (reagents) และวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการวิเคราะห์พร้อมใช้และได้รับการประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้องและความเที่ยง (accuracy and precision) ของผลการตรวจ **(P)**

เจตนาของ AOP.5.6

องค์กรระบุน้ำยาและวัสดุที่จำเป็นสำหรับการให้บริการทางห้องปฏิบัติการแก่ผู้ป่วยเป็นประจำ | มีกระบวนการสั่งซื้อหรือสร้างความมั่นใจว่าจะมีน้ำยาและวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพ | น้ำยาทั้งหมดได้รับการจัดเก็บและนำไปใช้ตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ | มีการประเมินน้ำยาที่ใช้ทั้งหมดเป็นระยะเพื่อสร้างความมั่นใจในความถูกต้องและแม่นยำของผลการตรวจ | มีแนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้มั่นใจในการเขียนฉลากน้ำยาและสารละลายที่ครบถ้วนและถูกต้อง รวมถึงความถูกต้องแม่นยำของผลการตรวจทั้งหมด (ดูที่ AOP.5.9 และ FMS.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.6

- 1. มีการระบุน้ำยาและวัสดุที่จำเป็น
- 2. มีน้ำยาและวัสดุที่จำเป็นพร้อมใช้ และมีกระบวนการจัดการเมื่อไม่มีน้ำยา
- 3. น้ำยาทั้งหมดได้รับการเก็บและนำไปใช้ตามคำแนะนำของผู้ผลิตหรือข้อเสนอแนะการบรรจุ (packaging instruction)
- 4. ห้องปฏิบัติการมีแนวทางเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับประเมินน้ำยาที่ใช้ทั้งหมดว่าจะให้ผลการตรวจที่แม่นยำและเที่ยงตรง
- 5. น้ำยาและสารละลายทั้งหมดได้รับการเขียนฉลากอย่างครบถ้วนและถูกต้อง

มาตรฐาน AOP.5.7

มีการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้สำหรับการเก็บ การบ่งชี้ การหีบห่อ การขนส่งที่ปลอดภัย และการกำจัดสิ่งส่งตรวจ



เจตนาของ AOP.5.7

มีการจัดทำและนำระเบียบปฏิบัติต่อไปนี้ไปใช้

- การส่งตรวจวิเคราะห์
- การเก็บและบ่งชี้สิ่งส่งตรวจ
- การเคลื่อนย้าย จัดเก็บ และเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ และ
- การรับ การลงทะเบียน และการติดตามสิ่งส่งตรวจ

ระเบียบปฏิบัติเหล่านี้ได้รับการปฏิบัติสำหรับสิ่งส่งตรวจที่ส่งไปตรวจข้างนอกด้วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.7

- 1. มีระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางสำหรับการส่งตรวจ
- 2. มีระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางสำหรับการเก็บและบ่งชี้สิ่งส่งตรวจ
- 3. มีระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางสำหรับการเคลื่อนย้าย จัดเก็บ และเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ
- 4. มีระเบียบปฏิบัติเป็นแนวทางในการรับและติดตามสิ่งส่งตรวจ
- 5. ระเบียบปฏิบัติดังกล่าวได้รับการปฏิบัติเมื่อส่งไปตรวจหรือใช้บริการภายนอก

มาตรฐาน AOP.5.8

มีการใช้ค่าปกติของคนทั่วไปและขอบเขตของค่าที่ตรวจ (norms and ranges) ที่กำหนดไว้เพื่อแปลผลและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางคลินิก

เจตนาของ AOP.5.8

ห้องปฏิบัติการกำหนดช่วงค่าอ้างอิง (reference intervals) หรือค่าปกติ (normal ranges) สำหรับการตรวจวิเคราะห์แต่ละประเภทที่ให้บริการ | ค่าปกตินี้ได้รับการเก็บบันทึกไว้ในเวชระเบียน ในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการตรวจ หรือบัญชีรายการค่าดังกล่าวที่เป็นปัจจุบันซึ่งรับรองโดยหัวหน้าห้องปฏิบัติการ | ค่าปกติได้รับการปรับเมื่อมีการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอก | ช่วงค่าอ้างอิงเหมาะสมกับลักษณะทางภูมิศาสตร์และลักษณะประชากรที่องค์กรดูแล ได้รับการทบทวน และปรับให้เป็นปัจจุบันเมื่อวิธีการตรวจวิเคราะห์เปลี่ยนแปลง

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.8

- 1. ห้องปฏิบัติการกำหนดช่วงค่าอ้างอิงสำหรับการตรวจวิเคราะห์แต่ละประเภทที่ให้บริการ
- 2. ค่าปกติได้รับการเก็บบันทึกไว้ในเวชระเบียนเมื่อมีการรายงานผลการตรวจ
- 3. ค่าปกติได้รับการปรับ เมื่อมีการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอก
- 4. ค่าปกติมีความเหมาะสมกับลักษณะทางภูมิศาสตร์และลักษณะประชากรที่องค์กรดูแล
- 5. ค่าปกติได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเมื่อจำเป็น

มาตรฐาน AOP.5.9

มีระเบียบปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพพร้อมในระบบ ได้รับการปฏิบัติและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน (P)

มาตรฐานของ AOP.5.9.1

มีกระบวนการในการทดสอบความชำนาญ (proficiency testing) (P)

เจตนาของ AOP.5.9 และ AOP.5.9.1

ระบบควบคุมคุณภาพที่เหมาะสมมีความจำเป็นในการให้บริการทางพยาธิวิทยาและห้องปฏิบัติการทางคลินิกที่เป็นเลิศ | กระบวนการควบคุมคุณภาพประกอบด้วย

- การตรวจสอบ (validation) วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่ใช้ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (accuracy) ความเที่ยง (precision) และช่วงค่าของการรายงานผล
- การเฝ้าติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ประจำวันโดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- การตรวจทดสอบน้ำยา (ดูที่ AOP.5.5)
- ปฏิบัติการแก้ไขอย่างรวดเร็วเมื่อพบข้อบกพร่อง และ
- การบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์และปฏิบัติการแก้ไข

การทดสอบความชำนาญ (proficiency testing) เป็นการเปรียบเทียบว่าผลลัพธ์ของห้องปฏิบัติการแต่ละแห่งนั้นดีเพียงใดเมื่อเทียบกับห้องปฏิบัติการแห่งอื่นๆ ซึ่งใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์เดียวกัน | การทดสอบดังกล่าวสามารถบ่งชี้ปัญหาขีดสมรรถนะซึ่งตรวจไม่พบโดยกลไกภายใน | ดังนั้น ห้องปฏิบัติการจึงควรเข้าร่วมในการทดสอบความชำนาญที่ได้รับการรับรองที่มีอยู่ | หากไม่มีการทดสอบความชำนาญที่ได้รับการรับรอง ห้องปฏิบัติการควรแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการขององค์กรอื่นเพื่อให้มีการตรวจวิเคราะห์เปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน | ห้องปฏิบัติการเก็บรักษาบันทึกรวบรวมการมีส่วนร่วมในกระบวนการทดสอบความชำนาญ | มีการทดสอบความชำนาญหรือตรวจวิเคราะห์เปรียบเทียบในทุกสาขาที่ให้บริการ เมื่อมีการทดสอบดังกล่าว (ดูที่ AOP.5.10 และ GLD.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.9

- 1. มีโปรแกรมควบคุมคุณภาพสำหรับห้องปฏิบัติการทางคลินิก
- 2. โปรแกรมดังกล่าวรวมการตรวจสอบวิธีการตรวจวิเคราะห์
- 3. โปรแกรมดังกล่าวรวมการเฝ้าระวังผลการตรวจวิเคราะห์ประจำวันและบันทึกผลไว้
- 4. โปรแกรมดังกล่าวรวมการทดสอบน้ำยา
- 5. โปรแกรมดังกล่าวรวมการแก้ไขข้อบกพร่องอย่างรวดเร็วและบันทึกความขาดแคลนไว้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.9.1

- 1. ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมในการทดสอบความชำนาญ หรือแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการขององค์กรอื่น สำหรับบริการและการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกสาขา
- 2. ผลของการทดสอบความชำนาญสำหรับเฉพาะสาขา อนุสาขา การวิเคราะห์ หรือการทดสอบ เป็นเกณฑ์ที่น่าพอใจสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 3. มีการเก็บรักษาบันทึกรวบรวมการมีส่วนร่วมในการทดสอบความชำนาญ

มาตรฐาน AOP.5.10

บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจภายนอกที่องค์กรใช้ ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือได้รับการรับรองโดยหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับ

## มาตรฐาน AOP.5.10.1

องค์กรทบทวนผลการควบคุมคุณภาพสำหรับบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจภายนอกอย่างสม่ำเสมอ

เจตนาของ AOP.5.10 และ AOP.5.10.1

เมื่อองค์กรให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจภายนอก สำหรับทางเลือกในการทดสอบหรือการให้บริการห้องปฏิบัติการทั้งหมด ต้องการข้อมูลดังต่อไปนี้:

- a) สำเนาใบอนุญาตจากหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับ
- b) สำเนาหนังสือรับรองหรือการรับรองของห้องปฏิบัติการที่ได้รับการยอมรับหรือโปรแกรมการรับรอง
- c) เอกสารที่ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ที่ส่งตรวจภายนอกมีส่วนร่วมในการทดสอบความชำนาญกับภายนอก (ดูที่ AOP.5.9.1)

นอกจากนี้ องค์กรระบุมาตรการในการตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการโดยห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ที่ส่งตรวจภายนอกทั้งหมด ตัวอย่างเช่น อัตราการหมุนเวียน (turnaround times) สำหรับการทดสอบ รายงานผลที่สำคัญ และ ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งส่งตรวจ เช่น การระบุสิ่งที่หายไป หรือการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ | ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ทบทวนผลการควบคุมคุณภาพ (ดูที่ GLD.6.1)

\*ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองเป็นที่ยอมรับหรือโปรแกรมการรับรองเป็นสิ่งที่ได้รับการตรวจสอบและรับรองโดยห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานวิชาชีพในชุมชนหรือหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.10

- 1. องค์กรเก็บรักษาสำเนาใบอนุญาตจากหน่วยงานที่ได้รับการยอมรับ สำหรับทุกห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจภายนอกที่องค์กรใช้
- 2. องค์กรเก็บรักษาสำเนาหนังสือรับรองหรือการรับรองจากห้องปฏิบัติการที่ได้รับการยอมรับหรือโปรแกรมการรับรอง สำหรับทุกห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจภายนอกที่องค์กรใช้
- 3. องค์กรเก็บรักษาเอกสารที่ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ที่ส่งตรวจภายนอกมีส่วนร่วมในการทดสอบความชำนาญกับภายนอก

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.10.1

- 1. องค์กรกำหนดความถี่และประเภทของข้อมูลควบคุมคุณภาพที่ต้องการจากห้องปฏิบัติการภายนอก
- 2. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งรับผิดชอบการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการหรือผู้ได้รับมอบหมาย ทบทวนผลการควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการภายนอก
- 3. บุคคลผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหรือผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่ได้รับมอบหมาย ลงมือปฏิบัติการตามผลการควบคุมคุณภาพ
- 4. มีการรายงานข้อมูลการควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการภายนอกให้แก่ผู้นำเป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการทำสัญญาและการต่อสัญญา

♥ **AOP.5.11** | ธนาคารโลหิตและ/หรือการให้เลือด Blood Bank and/or Transfusion Services  
ธนาคารโลหิตและ/หรือการให้เลือด (Blood Bank and/or Transfusion Services)

มาตรฐาน AOP.5.11

ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่บริการธนาคารโลหิตและ/หรือการให้เลือด และมั่นใจว่าบริการสอดคล้องกับกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับ

เจตนาของ AOP.5.11

การให้บริการธนาคารโลหิตและ/หรือการให้เลือดขององค์กรอยู่ภายใต้การดูแลของผู้มีคุณสมบัติโดยการฝึกอบรม มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ | บุคคลนี้รับผิดชอบด้านวิชาชีพในทุก ด้านของการให้บริการธนาคารโลหิตที่มีในองค์กร | การกำกับดูแลการให้บริการรวมถึงการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และ บันทึกกระบวนการสำหรับ:

- a) การเลือกผู้บริจาคโลหิต
- b) การเก็บโลหิต
- c) ที่จัดเก็บโลหิต
- d) ทดสอบความเข้ากันได้ และ
- e) การกระจายโลหิต

กระบวนการควบคุมคุณภาพสำหรับการให้บริการธนาคารโลหิตทั้งหมด มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และบันทึกไว้เพื่อให้ มั่นใจความปลอดภัยของบริการธนาคารโลหิตและการให้เลือด | เลือดของผู้บริจาคและการให้เลือดปฏิบัติตามกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.5.11

- 1. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่บริการธนาคารโลหิตและ/หรือการให้เลือด (ดูที่ COP.3.3, ME 1 และ GLD.9, ME 1)
- 2. มีกระบวนการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และบันทึกไว้สำหรับบริการธนาคารโลหิต ตามองค์ประกอบข้อ a) ถึง e) ใน หัวข้อเจตนา (ดูที่ COP.3.3, ME 2)
- 3. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และบันทึกไว้สำหรับมาตรการการควบคุมคุณภาพในสถานที่ให้บริการธนาคารโลหิต และการให้เลือด
- 4. การบริการธนาคารโลหิตและ/หรือการให้เลือด สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับและมาตรฐาน วิชาชีพที่ได้รับการยอมรับ

♥ **AOP.6 – AOP.6.8** | บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย Radiology and Diagnostic Imaging Services  
บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย (Radiology and Diagnostic Imaging Services)

มาตรฐาน AOP.6 (แก้คำผิด)

มีบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยพร้อมให้บริการเพื่อตอบสนององภาวะความต้องการของผู้ป่วย บริการดังกล่าวเป็นไป ตามมาตรฐาน กฎหมายระเบียบข้อบังคับ ของท้องถิ่นและประเทศ

## เจตนาของ AOP.6

องค์กรมีระบบสำหรับจัดบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยตามลักษณะประชากรผู้ป่วย บริการทางคลินิกที่มีอยู่ และความต้องการของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ | บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเป็นไปตามมาตรฐานกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ของท้องถิ่นและประเทศ

บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย รวมถึงบริการที่ต้องการในกรณีฉุกเฉิน อาจจะมีจัดให้มีขึ้นในองค์กรเอง หรือส่งตรวจองค์กรอื่นที่มีข้อตกลงกัน หรือทั้งสองอย่าง | บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยสำหรับกรณีฉุกเฉินเปิดให้บริการนอกเวลาทำการปกติด้วย | นอกจากนี้ องค์กรสามารถระบุและติดต่อผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคเฉพาะทางเมื่อจำเป็น เช่น รังสีฟิสิกส์ (radiation physics) รังสีมะเร็งวิทยา (radiation oncology) หรือเวชศาสตร์นิวเคลียร์ | องค์กรมีบัญชีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว

แหล่งให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกสะดวกต่อการเข้าถึงสำหรับผู้ป่วย และได้รับรายงานในเวลารวดเร็ว สนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล | องค์กรคัดเลือกแหล่งให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกตามคำแนะนำของหัวหน้าหรือผู้รับผิดชอบบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย | แหล่งให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มีผลงานเป็นที่ยอมรับในเรื่องความถูกต้องและตรงเวลา | ผู้ป่วยได้รับรู้หากแพทย์ผู้ส่งตรวจเป็นเจ้าของแหล่งให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกนั้น

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6

- 1. บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ของท้องถิ่นและประเทศ
- 2. มีบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่เพียงพอ สม่ำเสมอ และสะดวก พร้อมตอบสนองความต้องการที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายขององค์กรและประชากรผู้ป่วย ความต้องการของบริการสุขภาพของชุมชน และความต้องการกรณีฉุกเฉินนอกเวลาทำการปกติ
- 3. องค์กรสามารถระบุและติดต่อผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคเฉพาะทางเมื่อจำเป็น
- 4. แหล่งบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกได้รับการเลือกตามข้อเสนอแนะของหัวหน้า ผลงานเป็นที่ยอมรับในเรื่องขีดสมรรถนะที่ตรงเวลา และการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 5. ผู้ป่วยได้รับทราบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ส่งตรวจกับแหล่งบริการรังสีวิทยา และ/หรือ บริการภาพวินิจฉัยภายนอก (ดูที่ GLD.12.1, ME 1)

## มาตรฐาน AOP.6.1

ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (คนหนึ่งหรือมากกว่า) เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการหน่วยบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย **(P)**

## เจตนาของ AOP.6.1

บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยซึ่งจัดขึ้นในทุกจุดขององค์กร อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมโดยประวัติการศึกษา การฝึกอบรม ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง | ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวมีความรับผิดชอบทางวิชาชีพในการดูแลหน่วยงานและบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย | ผู้ที่จะให้คำปรึกษาทางคลินิกหรือความเห็นทางการแพทย์เป็นแพทย์ และควรเป็นรังสีแพทย์ถ้าเป็นไปได้ | การให้บริการรังสีรักษาหรือบริการพิเศษอื่นๆ กระทำภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

หน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย ได้แก่

การจัดทำ นำสู่การปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ

การกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ

การคงไว้ซึ่งโปรแกรมควบคุมคุณภาพที่จำเป็น

การให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งภายนอกที่ให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย

การติดตามและทบทวนบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทั้งหมด (ดูที่ GLD.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.1

- 1. บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่า
- 2. มีการกำหนดและนำไปปฏิบัติซึ่งหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- 3. มีการกำหนดและนำไปปฏิบัติซึ่งหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ (administrative oversight)
- 4. มีการกำหนดและนำไปปฏิบัติซึ่งหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการดำเนินการและคงไว้ซึ่งโปรแกรมควบคุมคุณภาพ
- 5. มีการกำหนดและนำไปปฏิบัติซึ่งหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอก (ดูที่ GLD.6, ME 4)
- 6. มีการกำหนดและนำไปปฏิบัติซึ่งหน้าที่รับผิดชอบสำหรับการติดตามและทบทวนบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทั้งหมด

มาตรฐาน AOP.6.2

บุคลากรที่มีคุณสมบัติและประสบการณ์เหมาะสม เป็นผู้ทำการตรวจด้านภาพวินิจฉัย แผลผล และจัดทำรายงานการตรวจ

เจตนาของ AOP.6.2

องค์กรกำหนดเจ้าหน้าที่หน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่จะทำหน้าที่ตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทำการตรวจ ณ จุดให้บริการที่ข้างเตียง ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะแผลผลหรือทวนสอบ และรายงานผลการตรวจ รวมถึงผู้ที่ทำหน้าที่หัวหน้าหรือกำกับดูแลกระบวนการตรวจ | ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลและเจ้าหน้าที่เทคนิคได้รับการฝึกอบรม มีประสบการณ์ มีทักษะเพียงพอและเหมาะสม ได้รับการแนะนำงานให้เกิดความคุ้นเคยกับงานที่จะต้องปฏิบัติ | เจ้าหน้าที่เทคนิคได้รับการมอบหมายงานที่สอดคล้องกับการฝึกอบรมและประสบการณ์ของแต่ละคน | นอกจากนี้ ต้องมีเจ้าหน้าที่เพียงพอที่จะทำหน้าที่ตรวจ แผลผล รายงานผลได้ทันที และจัดให้มีบุคลากรที่จำเป็นตลอดเวลาทำการ และสำหรับกรณีฉุกเฉิน (ดูที่ SQE.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.2

- 1. มีการกำหนดผู้ทำหน้าที่ตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย และผู้ทำหน้าที่หัวหน้าหรือกำกับดูแลการตรวจ
- 2. บุคลากรซึ่งมีคุณสมบัติและประสบการณ์เหมาะสมเป็นผู้ทำการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ
- 3. บุคลากรซึ่งมีคุณสมบัติและประสบการณ์เหมาะสมเป็นผู้แผลผลการตรวจ
- 4. บุคลากรซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้สอบทานและรายงานผลการตรวจ
- 5. มีจำนวนบุคลากรเพียงพอเพื่อตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย (ดูที่ GLD.9, ME 2 และ SQE.6, ME 2)
- 6. ผู้กำกับดูแลมีคุณสมบัติและประสบการณ์เหมาะสม

### มาตรฐาน AOP.6.3

มีโปรแกรมความปลอดภัยทางรังสีพร้อมในระบบ ได้รับการปฏิบัติและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติตามโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่และโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อ (P)

#### เจตนาของ AOP.6.3

องค์กรมีโปรแกรมความปลอดภัยทางรังสีที่ได้รับการปฏิบัติจริง ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยขององค์กร รวมถึงการรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง และห้องปฏิบัติการสวนหลอดเลือดหัวใจ | โปรแกรมความปลอดภัยทางรังสีสอดคล้องกับความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น | โปรแกรมความปลอดภัยระบุถึงวิธีปฏิบัติที่ปลอดภัยและมาตรการป้องกันสำหรับเจ้าหน้าที่ของหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย เจ้าหน้าที่อื่นๆ และผู้ป่วย | โปรแกรมความปลอดภัยดังกล่าวได้รับการประสานกับโปรแกรมจัดการความปลอดภัยขององค์กร

#### โปรแกรมการจัดการความปลอดภัยทางรังสีประกอบด้วย

- นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสนับสนุนการปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่และโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อ
- มีอุปกรณ์ป้องกันเพื่อความปลอดภัยพร้อมใช้ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
- การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่ของหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทุกคน และ
- การให้การศึกษาระหว่างประจำการสำหรับวิธีการตรวจใหม่ๆ และวัตถุอันตรายที่นำเข้ามาใหม่หรือเพิ่งรับรู้ (ดูที่ FMS.4, FMS.4.1 และ FMS.5)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.3

- 1. มีการดำเนินการตามโปรแกรมความปลอดภัยทางรังสี เหมาะสมกับความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งภายในหรือนอกแผนก
- 2. โปรแกรมความปลอดภัยทางรังสีเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่และโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อขององค์กร และรายงานตามโครงสร้างความปลอดภัยขององค์กรอย่างน้อยปีละครั้ง และเมื่อมีเหตุการณ์ที่มีผลต่อความปลอดภัยเกิดขึ้น
- 3. มีกระบวนการหรืออุปกรณ์เฉพาะเพื่อลดความเสี่ยงทางรังสีที่บ่งชี้ไว้ (เช่น เสื้อตะกั่ว แผ่นตรวจวัดรังสีประจำตัว และอื่นๆ ที่คล้ายกัน)
- 4. เจ้าหน้าที่ของหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยได้รับการปฐมพยาบาลเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย และได้รับการศึกษาและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับวิธีการ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ (ดูที่ FMS.11.1, ME 1; GLD.9, ME 4; และ SQE.8, MEs 3 และ 4)

### มาตรฐาน AOP.6.4

มีผลของการศึกษาทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยพร้อมให้บริการในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด (P)

#### เจตนาของ AOP.6.4

องค์กรกำหนดระยะเวลาในการรายงานการศึกษาทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย | ผลการตรวจได้รับการรายงานภายในช่วงเวลา ตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย บริการที่องค์กรจัด และความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ | ผลการตรวจได้รับการรายงานภายในช่วงเวลา ตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย บริการที่องค์กรจัด และความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ | การกำหนดช่วงเวลารายงานผลนี้ครอบคลุมความต้องการในการตรวจวิเคราะห์กรณีฉุกเฉิน การตรวจนอกเวลาทำการ และการตรวจในวันหยุดด้วย | ผลการศึกษาทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเร่งด่วนที่ส่งจากห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยวิกฤติ ได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษในกระบวนการติดตามวัดคุณภาพ | การศึกษาทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่ทำโดยผู้ให้บริการตามสัญญาขององค์กรมีการรายงานเป็นไปตามนโยบายขององค์กรหรือความต้องการในสัญญา

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.4

- 1. องค์กรกำหนดช่วงเวลารายงานผลการตรวจที่คาดหวัง
- 2. มีการติดตามวัดความเร็วของการรายงานผลการตรวจเร่งด่วน/ฉุกเฉิน
- 3. ผลการศึกษาทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยถูกรายงานภายในเวลาเพื่อตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย (ดูที่ ASC.7, ME 1)

#### มาตรฐาน AOP.6.5

เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ในการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทุกชิ้นได้รับการตรวจสอบ บำรุงรักษา สอบเทียบ อย่างสม่ำเสมอ และกิจกรรมเหล่านี้ได้รับการบันทึกไว้อย่างเหมาะสม (P)

#### เจตนาของ AOP.6.5

บุคลากรหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยสร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทุกชิ้นอยู่ในสภาพที่ใช้งานในระดับที่ยอมรับได้ และในลักษณะที่ปลอดภัยต่อผู้ใช้ | โปรแกรมบริหารจัดการเครื่องมือของหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยประกอบด้วย

- การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- การบ่งชี้และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- การประเมินเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้งานโดยการตรวจสอบ ทดสอบ สอบเทียบ และบำรุงรักษา
- การติดตามและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการเรียกกลับ มีอุบัติเหตุที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ และ
- การบันทึกในระบบบริหารจัดการเครื่องมือ

ความถี่ในการทดสอบ บำรุงรักษา และสอบเทียบ ขึ้นกับการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และประวัติการให้บริการที่บันทึกไว้ (ดูที่ FMS.8 และ FMS.8.1)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.5

- 1. มีโปรแกรมบริหารจัดการเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ของหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย ได้รับการนำไปปฏิบัติ และบันทึกไว้
- 2. โปรแกรมดังกล่าวครอบคลุมการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือทางรังสีวิทยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์



- 3. มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือทางรังสีวิทยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์
- 4. มีการตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือทางรังสีวิทยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และเป็นไปตามอายุ การใช้งาน และข้อเสนอแนะของผู้ผลิต และมีการบันทึกผลหลังจากการตรวจสอบ
- 5. มีการสอบเทียบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางรังสีวิทยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นไปตามข้อเสนอแนะของผู้ผลิต
- 6. องค์กรมีระบบภายในสำหรับการติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือทางรังสีวิทยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการเรียกกลับ มีเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ

#### มาตรฐาน AOP.6.6

มีฟิล์มเอกซเรย์และวัสดุอื่นๆ พร้อมใช้ตลอดเวลา

#### เจตนาของ AOP.6.6

องค์กรระบุฟิล์ม น้ำยาและวัสดุที่จำเป็นสำหรับการให้บริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่ให้แก่ผู้ป่วยเป็นประจำ | มีกระบวนการสั่งซื้อหรือสร้างความมั่นใจว่าจะมีฟิล์ม น้ำยาและวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพ | วัสดุทั้งหมดได้รับการจัดเก็บและเบิกจ่ายตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งรวมข้อแนะนำของผู้ผลิตไว้ด้วย | มีการประเมินน้ำยาที่ใช้เป็นระยะตามข้อแนะนำของผู้ผลิตเพื่อสร้างความมั่นใจในความถูกต้องและความเที่ยงของผลการตรวจ (ดูที่ AOP.6.8 และ FMS.5)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.6

- 1. มีการระบุฟิล์ม น้ำยาและวัสดุที่จำเป็น
- 2. มีฟิล์ม น้ำยาและวัสดุที่จำเป็นพร้อมใช้
- 3. วัสดุทั้งหมดได้รับการเก็บและเบิกจ่ายตามแนวทางที่กำหนดไว้
- 4. วัสดุทั้งหมดได้รับการประเมินเพื่อความถูกต้องและผลลัพธ์เป็นระยะ
- 5. วัสดุทั้งหมดได้รับการเขียนฉลากอย่างครบถ้วนและถูกต้อง

#### มาตรฐาน AOP.6.7

มีระเบียบปฏิบัติในการควบคุมคุณภาพพร้อมในระบบ ได้รับการปฏิบัติและบันทึกเป็นหลักฐาน ②

#### เจตนาของ AOP.6.7

ระบบควบคุมคุณภาพที่เหมาะสมมีความจำเป็นในการให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่เป็นเลิศ (ดูที่ GLD.11) | กระบวนการควบคุมคุณภาพประกอบด้วย

- การทวนสอบ (validation) วิธีการตรวจที่ใช้ เพื่อตรวจหาความถูกต้องและความเที่ยง
- การเฝ้าติดตามผลการถ่ายภาพประจำวันโดยเจ้าหน้าที่รังสีวิทยาที่มีคุณสมบัติเหมาะสม
- การปฏิบัติการแก้ไขอย่างรวดเร็วเมื่อพบข้อบกพร่อง
- การตรวจทดสอบน้ำยาและสารละลาย และ
- การบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์และปฏิบัติการแก้ไข

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.7

- 1. มีโปรแกรมควบคุมคุณภาพสำหรับบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย และได้รับการนำไปปฏิบัติ
- 2. โปรแกรมควบคุมคุณภาพหมายรวมการทวนสอบวิธีการตรวจ
- 3. โปรแกรมควบคุมคุณภาพหมายรวมการเฝ้าระวังผลการถ่ายภาพประจำวัน และมีการบันทึกไว้
- 4. โปรแกรมควบคุมคุณภาพหมายรวมการตรวจทดสอบน้ำยาและสารละลาย และมีการบันทึกไว้
- 5. โปรแกรมควบคุมคุณภาพหมายรวมการแก้ไข และบันทึกไว้เมื่อพบข้อบกพร่องอย่างรวดเร็ว

มาตรฐาน AOP.6.8 (ทำให้ชัดเจน)

องค์กรทบทวนผลการควบคุมคุณภาพสำหรับบริการตรวจวินิจฉัยที่ส่งตรวจภายนอกอย่างสม่ำเสมอ

เจตนาของ AOP.6.8

องค์กรที่ใช้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยจากภายนอก ได้รับและทบทวนผลการควบคุมคุณภาพจากแหล่งตรวจภายนอกนั้นอย่างสม่ำเสมอ | ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ทบทวนผลการควบคุมคุณภาพ | หากเป็นการยากที่จะได้รับผลการควบคุมคุณภาพการถ่ายภาพจากแหล่งตรวจภายนอก หัวหน้าหน่วยจะใช้ทางเลือกอื่นสำหรับการกำกับดูแลคุณภาพ (ดูที่ AOP.6.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ AOP.6.8

- 1. องค์กรกำหนดความถี่และประเภทของข้อมูลควบคุมคุณภาพจากแหล่งตรวจภายนอก
- 2. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งรับผิดชอบควบคุมคุณภาพทางรังสีวิทยาหรือผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่ได้รับมอบหมาย ทบทวนผลการควบคุมคุณภาพจากแหล่งตรวจภายนอก
- 3. ผู้รับผิดชอบหรือผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่ได้รับมอบหมาย ดำเนินการตามข้อมูลควบคุมคุณภาพ
- 4. มีการรายงานข้อมูลการควบคุมคุณภาพจากแหล่งตรวจภายนอกให้แก่ผู้นำเป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการทำสัญญาและการต่อสัญญา

⇒ การดูแลผู้ป่วย Care of Patients (COP)

♥ COP.1 – COP.2.3 | การดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยทุกราย Care Delivery for All Patients

การดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วยทุกราย (Care Delivery for All Patients)

มาตรฐาน COP.1

นโยบายและระเบียบปฏิบัติ รวมถึงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยทุกรายในลักษณะเดียวกัน (uniform care) (P)

เจตนาของ COP.1

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและภาวะความต้องการการดูแลในลักษณะเดียวกัน มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันทั่วทั้งองค์กร | การนำหลักการ “คุณภาพการดูแลระดับเดียว” (one level of quality of care) ไปสู่การปฏิบัติ ต้องอาศัยผู้นำมาวางแผนและประสานการดูแลผู้ป่วย | โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการที่จัดให้กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกันในแผนกหรือ ลักษณะแวดล้อม (setting) ต่างๆ ได้รับการขึ้นำโดยนโยบายและระเบียบปฏิบัติซึ่งส่งผลให้มีการดูแลในแนวทางเดียวกัน | ผู้นำสร้างความมั่นใจว่ามีการดูแลในระดับเดียวกัน ตลอดทุกวันของสัปดาห์ และทุกเวอร์ของแต่ละวัน | นโยบายและระเบียบปฏิบัติซึ่งให้แนวทางแก่กระบวนการดูแลเหล่านั้น เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบ

ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และได้รับการจัดทำด้วยความร่วมมือเป็นอย่างดี | การดูแลผู้ป่วยในลักษณะเดียวกันสามารถสะท้อนให้เห็นได้จาก:

- a) การเข้าถึงและความเหมาะสมของการดูแลรักษา ไม่ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยหรือแหล่งที่มาของการจ่ายค่ารักษา
- b) การเข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมโดยผู้ให้บริการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ไม่ขึ้นกับวันหรือเวลา
- c) ความรุนแรงของสภาพผู้ป่วย กำหนดทรัพยากรที่จะใช้เพื่อตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย
- d) ระดับของการดูแลที่จัดให้ผู้ป่วย (เช่น บริการระงับความรู้สึก) เหมือนกันทั่วทั้งองค์กร
- e) ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ในลักษณะเดียวกัน ได้รับการดูแลดังกล่าวในระดับเดียวกันทั่วทั้งองค์กร

การดูแลผู้ป่วยในลักษณะเดียวกัน ส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถประเมินผลลัพธ์ในการรักษาที่มีลักษณะเดียวกันได้ทั้งองค์กร (ดูที่ PFR.1.1 และ GLD.12)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.1

- 1. ผู้นำขององค์กรร่วมมือเพื่อจัดให้มีกระบวนการดูแลในลักษณะเดียวกัน
- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้แนวทางการดูแลในลักษณะเดียวกัน และสะท้อนถึงกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 3. จัดให้มีการดูแลในลักษณะเดียวกันตามเจตนาของมาตรฐาน COP.1 ข้อ a) ถึง e)

มาตรฐาน COP.2

มีกระบวนการในการรวมเข้าด้วยกันและประสานการดูแลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละราย

เจตนาของ COP.2

กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการสุขภาพจำนวนมาก และอาจต้องใช้ ลักษณะแวดล้อม (setting) แผนก และบริการต่างๆ ที่หลากหลาย | การบูรณาการและการประสานกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นเป้าหมายที่ส่งผลต่อกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นที่มีประสิทธิภาพ และโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย | ดังนั้น ผู้นำจึงใช้เครื่องมือและเทคนิคเพื่อให้เกิดการรวมเข้าด้วยกันและประสานการดูแลผู้ป่วย (เช่น การดูแลโดยทีม การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแผนกต่างๆ แบบบันทึกการวางแผนการดูแลร่วมกัน เวชระเบียนที่ใช้บันทึกร่วมกัน ผู้จัดการประจำตัวผู้ป่วย)

เวชระเบียนผู้ป่วยมีส่วนช่วยและสะท้อนให้เห็นการรวมเข้าด้วยกันและการประสานการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสังเกตและการรักษาที่ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนบันทึกไว้ในเวชระเบียน รวมถึงผลลัพธ์หรือข้อสรุปจากการประชุมร่วมกันของทีมดูแลผู้ป่วย หรือการอภิปรายกรณีผู้ป่วยที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน (ดูที่ AOP.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.2

- 1. มีการรวมเข้าด้วยกันและประสานการวางแผนดูแลผู้ป่วย ระหว่างลักษณะแวดล้อม (setting) แผนก และบริการต่างๆ
- 2. มีการรวมเข้าด้วยกันและประสานการดูแลผู้ป่วย ระหว่างลักษณะแวดล้อม (setting) แผนก และบริการต่างๆ

○ 3. มีการบันทึกผลหรือข้อสรุปของการประชุมร่วมกันของทีมดูแลผู้ป่วยหรือการอภิปรายร่วมกันอื่นๆ ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

มาตรฐาน COP.2.1

การดูแลที่จัดให้ผู้ป่วยแต่ละราย ได้รับการวางแผนและบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

เจตนาของ COP.2.1

แผนการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางในการดูแลและรักษาผู้ป่วยแต่ละราย | แผนของการดูแลและระบุจุดของการกระทำที่ทีมดูแลสุขภาพจะดำเนินการแก้ไขหรือสนับสนุนการวินิจฉัยที่ระบุโดยการประเมิน | เป้าหมายโดยรวมของการดูแลคือการได้ผลทางคลินิกที่ดีที่สุด

กระบวนการวางแผนเป็นการทำงานร่วมกันและใช้ข้อมูลจากการประเมินเบื้องต้นและการประเมินซ้ำเป็นระยะ ได้รับการวางแผนโดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ที่รับผิดชอบ เพื่อระบุ และจัดลำดับความสำคัญของการรักษา หัตถการ การดูแลทางการแพทย์ และการดูแลอื่นๆ ที่จะตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย | ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนกับทีมดูแลสุขภาพ | แผนการดูแลได้รับการจัดทำภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้เป็นผู้ป่วยใน | แผนการดูแลได้รับการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบัน เหมาะสมกับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย โดยใช้ผลที่ผู้ประกอบวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยประเมินผู้ป่วยซ้ำ | มีการบันทึกแผนการดูแลไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

แผนการดูแลผู้ป่วยต้องสัมพันธ์กับภาวะความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้ | ภาวะความต้องการเหล่านั้นอาจเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น มีข้อมูลใหม่จากการประเมินซ้ำ (เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือรังสีวิทยา) หรือมีหลักฐานจากการเปลี่ยนแปลงโดยฉับพลันในสภาวะของผู้ป่วย (เช่น การสูญเสียความรู้สึกตัว) (ดูที่ COP.8.7 และ COP.9.3) | การบันทึกการเปลี่ยนแปลงในเวชระเบียนอาจจะเป็นการเขียนบันทึกข้อสังเกตต่อแผนการดูแลที่จัดทำไว้ในครั้งแรก หรือเป็นการจัดทำแผนการดูแลใหม่ทั้งหมด

วิธีการหนึ่งของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยคือการระบุและกำหนดความก้าวหน้าที่สามารถวัดได้ (เป้าหมาย) | ความก้าวหน้าที่สามารถวัดได้ (เป้าหมาย) สามารถเลือกโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบในความร่วมมือกับพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพอื่นๆ | ความก้าวหน้าที่สามารถวัดได้ (เป้าหมาย) เป็นที่สังเกตได้ เป็นเป้าหมายที่ทำได้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและผลรักษาทางคลินิกที่คาดหวังไว้ | บุคลากรต้อง เป็นจริง เจาะจงผู้ป่วย และทันเวลาในการจัดให้มีวิธีการวัดความก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับแผนการดูแล | ตัวอย่างของการวัดเป้าหมายที่เป็นจริงรวมถึงดังนี้:

ผู้ป่วยจะดำเนินการต่อและรักษาผลการเต้นของหัวใจที่เพียงพอตามที่ระบุโดยอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะ และความดันโลหิตในระดับปกติ

ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการบริหารยาด้วยตนเองในการฉีดอินซูลินก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถเดินจากเตียงไปยังที่พักรักษาเย็บแผลด้วยวอล์กเกอร์มาตรฐาน แบกัรับน้ำหนักที่ยอมรับได้บนขาที่ได้รับผลกระทบ

หมายเหตุ: แผนการดูแลที่พึงประสงค์คือแผนหนึ่งเดียวที่มีลักษณะรวมเข้าด้วยกันซึ่งระบุความก้าวหน้าที่สามารถวัดได้ (เป้าหมาย) ซึ่งคาดหวังโดยผู้ให้บริการแต่ละสาขา มากกว่าจะเป็นแผนการดูแลที่แยกจัดทำโดยผู้ให้บริการแต่ละคน |

แผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายควรสะท้อนเป้าหมายการดูแลที่เป็นไปได้ วัตถุประสงค์ และมีลักษณะเฉพาะราย เพื่อช่วยในการประเมินซ้ำและปรับปรุงแผนการดูแล (ดูที่ PFE.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.2.1

- 1. การดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการวางแผนโดยแพทย์ พยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ที่รับผิดชอบ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน
- 2. แผนการดูแลมีลักษณะเฉพาะบุคคล บนพื้นฐานของข้อมูลการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและความต้องการของผู้ป่วยที่ระบุไว้
- 3. มีการปรับปรุงหรือทบทวนแผนการดูแลตามความเหมาะสมโดยทีมจากหลายวิชาชีพ ตามผลการประเมินผู้ป่วยซ้ำโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ
- 4. มีการบันทึกแผนการดูแลเมื่อเริ่มต้นและแผนที่มีการปรับปรุงในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 5. มีการทบทวนแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อเริ่มจัดทำและเมื่อมีการปรับปรุงขึ้นกับภาวะการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโดยทีมจากหลายวิชาชีพ และมีการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 6. มีการบันทึกการดูแลที่จัดให้แก่ผู้ป่วยแต่ละรายในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่ให้การดูแล (ดูที่ COP.2.3; ASC.3; ASC.5 และ MOI.10.1, ME 4)

มาตรฐาน COP.2.2

องค์กรกำหนดกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกรายในลักษณะเดียวกัน (uniform process) สำหรับคำสั่งการรักษาผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติ (P)

เจตนาของ COP.2.2

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยหลายกิจกรรมต้องการผู้มีสิทธิเขียนคำสั่งการรักษาผู้ป่วยสำหรับกิจกรรมนั้นซึ่งต้องบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย | กิจกรรมดังกล่าวอาจรวมถึง ตัวอย่างเช่น คำสั่งสำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การบริหารยา การดูแลทางการพยาบาล โภชนบำบัด การบำบัดฟื้นฟูสภาพ และอื่นๆ ที่คล้ายกัน | กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้รับการสั่งโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสม | คำสั่งดังกล่าวจะต้องสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติในเวลาที่เหมาะสม | การเขียนคำสั่งในใบคำสั่งการรักษาที่ใช้ทั่วไป (common sheet) หรือตำแหน่งกำหนดไว้เป็นมาตรฐาน (uniform location) ในเวชระเบียนผู้ป่วยจะช่วยให้การนำคำสั่งไปปฏิบัติ | คำสั่งที่เป็นลายลักษณ์อักษรช่วยให้บุคลากรเข้าใจความเฉพาะเจาะจงของคำสั่ง เวลาที่จะต้องปฏิบัติตามคำสั่ง และผู้ที่จะนำคำสั่งไปปฏิบัติ | สามารถเขียนคำสั่งในใบคำสั่งการรักษาซึ่งจะนำไปเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยเป็นระยะหรือเมื่อจำหน่าย หรือคำสั่งคอมพิวเตอร์ที่บันทึกในระบบอาจจะใช้ในองค์กรที่ใช้เวชระเบียนผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์

แต่ละองค์กรจะต้องตัดสินใจว่า

- คำสั่งประเภทใดที่ต้องเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่ใช่คำสั่งด้วยวาจา
- คำสั่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือภาพวินิจฉัยที่จะต้องระบุเหตุผลหรือข้อบ่งชี้ทางคลินิก
- ข้อยกเว้นในการเขียนคำสั่งการรักษาในลักษณะแวดล้อมพิเศษ เช่น ที่แผนกฉุกเฉินหรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ
- ผู้ที่มีสิทธิในการเขียนคำสั่ง และ
- ตำแหน่งที่จะเขียนบันทึกคำสั่งในเวชระเบียน (ดูที่ IPSP.2, MMU.4, MMU.4.1, MMU.4.2, MMU.4.3, MOI.10, และ MOI.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.2.2

- 1. องค์การกำหนดกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกรายในลักษณะเดียวกัน (uniform process) สำหรับคำสั่งการรักษาผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติ
- 2. คำสั่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและภาพวินิจฉัย มีข้อมูลเหตุผลหรือข้อบ่งชี้ทางคลินิกเพื่อประกอบการแปลผลเมื่อต้องการ
- 3. ผู้ที่มีสิทธิเท่านั้นที่จะเขียนคำสั่ง
- 4. คำสั่งได้รับการบันทึกในเวชระเบียนในตำแหน่งที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน

มาตรฐาน COP.2.3

มีการบันทึกการตรวจวินิจฉัยโรคทางคลินิกและหัตถการที่กระทำ และผลลัพธ์ในเวชระเบียนผู้ป่วย

เจตนาของ COP.2.3

การตรวจวินิจฉัยโรคทางคลินิกและหัตถการที่กระทำ และผลลัพธ์ได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น หัตถการและการรักษาดังกล่าวรวมถึง การส่องกล้อง การใส่สายสวนหัวใจ การรักษาด้วยรังสี การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-computerized tomography) หัตถการการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยวิธีการที่รุกรานร่างกาย (invasive) และไม่รุกรานร่างกาย (noninvasive) อื่นๆ | มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ร้องขอให้ทำและเหตุผลที่ทำให้หัตถการ (ดูที่ COP.2.1 และ ASC.7.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.2.3

- 1. มีการบันทึกหัตถการที่กระทำในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 2. มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ร้องขอให้ทำและเหตุผลที่ทำให้หัตถการในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3. มีการบันทึกผลลัพธ์จากการทำหัตถการต่างๆ ในเวชระเบียนผู้ป่วย

♥ **COP.3** | การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง | Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services

การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)

มาตรฐาน COP.3

การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานวิชาชีพ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (P)

เจตนาของ COP.3

สถานพยาบาลเป็นสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย ซึ่งมีภาวะความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน | ผู้ป่วยบางรายจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเนื่องจาก อายุ อาการ หรือธรรมชาติของภาวะความต้องการที่มีความวิกฤต | เด็กและผู้สูงอายุมักจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มนี้เนื่องจากมักจะไม่สามารถพูดแสดงความต้องการของตนเอง ไม่เข้าใจกระบวนการดูแล และไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสำหรับตนเอง | ทำนองเดียวกันกับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความ

หวาดกลัว สับสน หรือไม่รู้สึกตัว ซึ่งไม่สามารถเข้าใจกระบวนการดูแล ขณะที่ต้องให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

สถานพยาบาลยังให้บริการที่หลากหลาย บริการบางอย่างจัดว่ามีความเสี่ยงสูงเนื่องจากต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต (ผู้ป่วยฟอกไต) ธรรมชาติของการรักษา (ผู้ป่วยที่ได้รับการประคองชีวิต) โอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (การผูกมัด) หรือผลที่เป็นพิษจากยาที่มีความเสี่ยงสูงบางตัว (เช่น ยาเคมีบำบัด)

นโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้บุคลากรเข้าใจผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้ และตอบสนองอย่างระมัดระวัง ด้วยความเชี่ยวชาญ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน | ผู้นำมีหน้าที่รับผิดชอบในการ:

- ระบุผู้ป่วยและบริการที่จัดว่ามีความเสี่ยงสูงของสถานพยาบาล
- จัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องโดยใช้กระบวนการที่ร่วมมือกัน และ
- ฝึกอบรมบุคลากรในการนำนโยบายและระเบียบปฏิบัติไปใช้

นโยบายและระเบียบปฏิบัติจะต้องได้รับการปรับให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะหรือบริการเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้เหมาะสมและมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง | เป็นสิ่งสำคัญมากที่นโยบายและวิธีปฏิบัติจะต้องระบุสิ่งต่อไปนี้

- วิธีการวางแผน รวมถึงการบ่งชี้ความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่กับเด็ก หรือข้อพิจารณาพิเศษอื่นๆ
- สิ่งที่ต้องบันทึกเพื่อให้ทีมดูแลผู้ป่วยสามารถทำงานและสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ข้อพิจารณาในการขอความยินยอมเป็นการเฉพาะ ตามความเหมาะสม
- ข้อกำหนดในการติดตามประเมินผู้ป่วย
- คุณสมบัติหรือทักษะพิเศษของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแล และ
- ความพร้อมและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษ

องค์กรจัดทำและนำบริการผู้ป่วยเมื่อทำหน้าที่บริการผู้ป่วยและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ไปปฏิบัติ (ดูที่ PCI.8 และ PCI.8.1) | บริการมีความเสี่ยงสูงสำหรับ

- ผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
- ผู้ป่วยที่ได้รับการประคองชีวิต (life support)
- การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อ
- การดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ
- การดูแลผู้ป่วยฟอกไต (dialysis)
- การดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด
- การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด และ
- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ เด็กและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการถูกกระทำทารุณ

มีการบริการผู้ป่วยเพิ่มเติมแสดงให้เห็นจากประชากรผู้ป่วยและบริการที่มีให้

ผู้นำโรงพยาบาลระบุนความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากหัตถการหรือการวางแผนการดูแล (ตัวอย่างเช่น ความจำเป็นที่จะต้องป้องกันไม่ให้เกิดลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ แผลกดทับ การติดเชื้อจากเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการประคองชีวิต การได้รับบาดเจ็บทางระบบประสาทและการไหลเวียนเลือดในผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด การสัมผัสเลือดในผู้ป่วยล้างไต การติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลาง (central line) และการหกล้ม) | ความเสี่ยงดังกล่าว เมื่อมีอยู่ จำเป็นต้องได้รับการระบุและป้องกันโดยการให้ความรู้แก่บุคลากร และจัดทำนโยบาย แนวทาง และระเบียบวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสม (ดูที่ PFR.5.2) | องค์กรใช้สารสนเทศเพื่อวัดและประเมินการบริการกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและรวมสารสนเทศกับโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพโดยรวมขององค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.3

- 1. ผู้นำองค์กรระบุผู้ป่วยและการบริการที่มีความเสี่ยงสูง
- 2. มีการนำนโยบายและระเบียบปฏิบัติไปใช้ในการบริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง อย่างน้อยตามองค์ประกอบข้อ a) ถึง i) ในหัวข้อเจตนา (ดูที่ MOI.10.1, ME 4)
- 3. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและใช้นโยบายและระเบียบปฏิบัติในการดูแล
- 4. ผู้นำองค์กรระบุความเสี่ยงเพิ่มเติมที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
- 5. การประเมินการบริการที่มีความเสี่ยงสูงรวมอยู่ในโปรแกรมการปรับปรุงคุณภาพโดยรวมขององค์กร

♥ **COP.3.1** | การรับรู้ของการเปลี่ยนแปลงสถานะผู้ป่วย Recognition of Changes to Patient Condition  
การรับรู้ของการเปลี่ยนแปลงสถานะผู้ป่วย (Recognition of Changes to Patient Condition)

มาตรฐาน COP.3.1 (ใหม่)

บุคลากรได้รับการอบรมเพื่อรับรู้และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานะของผู้ป่วย

เจตนาของ COP.3.1

บุคลากรผู้ที่ไม่ได้ทำงานในการดูแลแบบวิกฤติอาจจะไม่มีความรู้และได้รับการฝึกอบรมเพื่อประเมินและติดตามผู้ป่วยในสถานะวิกฤติ อย่างเพียงพอ | อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยนอกพื้นที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤติทำให้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดผู้ป่วยในที่วิกฤติ | บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการเตือนล่วงหน้า (เช่น การแย่งของสัญญาณชีพ หรือการเปลี่ยนแปลงสถานะทางระบบประสาทอย่างเป็นนัยสำคัญ) ภายในเวลาที่สั้นก่อนที่จะลดการรักษาทางคลินิกที่สำคัญ ส่งผลให้เป็นเหตุการณ์ที่ใหญ่ | การศึกษาาระบบเกณฑ์ทางสรีรวิทยาที่สามารถช่วยบุคลากรในการตรวจสอบเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ทรุดโทรมลง | ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผายปอดหรือหัวใจหยุดเต้นแสดงให้เห็นถึงการทรุดโทรมก่อนที่ได้รับการดูแล | เมื่อบุคลากรสามารถระบุผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นและขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากผู้ที่ได้รับการอบรมเป็นพิเศษ ทำให้ผลทางคลินิกดีขึ้น

บุคลากรที่คลินิกได้รับการศึกษาและอบรมเพื่อให้มีความรู้และทักษะการรับรู้และเข้าไปจัดการเมื่อการประเมินผู้ป่วยระบุสัญญาณทางสรีรวิทยาที่อยู่นอกเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นถึงการทรุดโทรมของผู้ป่วย | การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในสภาพของผู้ป่วยในช่วงต้นมีความสำคัญต่อการป้องกันการทรุดโทรมที่อาจเกิดขึ้น | องค์กรจัดทำวิธีที่เป็นระบบให้สามารถรับรู้และเข้าไปจัดการในช่วงต้นของผู้ป่วยที่มีสถานะที่ทรุดโทรมที่อาจจะลดการหายใจและเสียชีวิต (ดูที่ SQE.3)



องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.3.1

- 1. องค์กรจัดทำกระบวนการที่เป็นระบบสำหรับการรับรู้และตอบสนองของบุคลากรต่อผู้ป่วยที่มีสถานะแย่ง และนำไปปฏิบัติ
- 2. องค์กรจัดทำเกณฑ์ที่อธิบายถึงสัญญาณเตือนขั้นต้นของการเปลี่ยนแปลงหรือการทรุดโทรมลงในสถานะผู้ป่วย และเมื่อต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม เป็นลายลักษณ์อักษรและนำไปปฏิบัติ
- 3. บุคลากรหาความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีความกังวลเกี่ยวกับสถานะผู้ป่วย ตามที่ระบุในเกณฑ์สัญญาณเตือนขั้นต้นขององค์กร
- 4. องค์กรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงการหาความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีความกังวลเกี่ยวกับสถานะผู้ป่วย

### ♥ COP.3.2 – COP.3.3 | บริการกู้ชีพ Resuscitation Services

บริการกู้ชีพ (Resuscitation Services)

มาตรฐาน COP.3.2 (ใหม่)

บริการกู้ชีพมีพร้อมใช้ทั้งองค์กร

เจตนาของ COP.3.2

บริการกู้ชีพสามารถกำหนดเป็นการจัดการทางคลินิกสำหรับการดูแลฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ที่วิกฤติคุกคามต่อชีวิต เช่น หัวใจวายหรือการหยุดหายใจ | เมื่อหัวใจวายหรือหยุดหายใจเกิดขึ้น การเริ่มต้นกดหน้าอกทันทีหรือการผายปอดอาจหมายถึงความแตกต่างระหว่างมีชีวิตหรือความตาย หรืออย่างน้อยที่สุดอาจจะหลีกเลี่ยงความเสียหายที่เกิดขึ้นในสมองอย่างรุนแรง

การช่วยชีวิตที่ประสบความสำเร็จในการผายปอดขึ้นอยู่กับความช่วยเหลือที่วิกฤติ เช่น การช็อตไฟฟ้าตั้งแต่แรกเริ่มและการนำการช่วยชีวิตที่ทันสมัยไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง | บริการเหล่านี้ต้องพร้อมใช้กับผู้ป่วยทุกคน 24 ชั่วโมงต่อวันสำหรับทุกวัน | ความจำเป็นของการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติเป็นความร่วมมือใช้อย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นมาตรฐาน ยาสำหรับการช่วยชีวิต และฝึกรวมพนักงานในการช่วยชีวิต | การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็วเมื่อรับรู้ได้ว่าหัวใจวายหรือหยุดเต้น และกระบวนการต้องมีอยู่เพื่อที่จะช่วยชีวิตในเวลาน้อยกว่า 5 นาที | สิ่งนี้รวมถึงการทบทวนของการกู้ชีพในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงและการฝึกรวมจำลองหัวใจหยุดเต้นด้วยเช่นกัน | การบริการกู้ชีพพร้อมใช้ในองค์กร รวมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการฝึกรวมบุคลากร ต้องขึ้นกับหลักฐานทางคลินิกและประชากรที่ให้บริการ (เช่น องค์กรมีผู้ป่วยที่เป็นเด็ก จะต้องมีความพร้อมสำหรับกู้ชีพเด็ก (ดูที่ ASC.3, ME 4; SQE.8.1; GLD.9, ME 2; และ FMS.8)

หมายเหตุ: ทุกพื้นที่ขององค์กรรวมถึงพื้นที่ใดๆ ซึ่งให้การรักษาและบริการ รวมถึงพื้นที่ในการวินิจฉัยในตึกที่แยกต่างหากในมหาวิทยาลัยในโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.3.2

- 1. การบริการกู้ชีพมีพร้อมใช้และให้บริการกับผู้ป่วย 24 ชั่วโมงต่อวัน ทุกวัน ทุกพื้นที่ทั้งองค์กร
- 2. เทคโนโลยีทางการแพทย์สำหรับการกู้ชีพและยาสำหรับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและขั้นสูงที่ได้มาตรฐานและพร้อมใช้ขึ้นอยู่กับความต้องการของประชากรที่ให้บริการ

○ 3. ในทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล การช่วยเหลือชีวิตขั้นพื้นฐานจะต้องปฏิบัติโดยทันทีที่รับรู้ว่ามีหัวใจวายหรือหยุดหายใจ และการช่วยชีวิตขั้นสูงปฏิบัติในเวลาน้อยกว่า 5 นาที

มาตรฐาน COP.3.3

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นแนวทางการสัมผัส การใช้ การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดและนำไปปฏิบัติ (P)

เจตนาของ COP.3.3

มีการบริหารเลือดตามมาตรฐานของการปฏิบัติและสอดคล้องกันเพื่อให้มั่นใจความปลอดภัยของผู้รับบริการ | ดังนั้นนโยบายและระเบียบปฏิบัติอธิบายขั้นตอนสำหรับ

- a) การจัดหาเลือดจากธนาคารเลือดหรือพื้นที่จัดเก็บเลือด
- b) การระบุผู้ป่วย
- c) การบริหารเลือด
- d) การติดตามผู้ป่วย และ
- e) การระบุและการตอบสนองต่อสัญญาณของการเกิดปฏิกิริยาขณะให้เลือด

บุคลากรที่มีการศึกษา มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการดูแลบริหารเลือดและส่วนประกอบของเลือดมั่นใจว่ากระบวนการ ขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการถ่ายเลือด มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติ (คู่มือ QPS.8, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.3.3

- 1. มีบุคลากรที่มีการศึกษา ความรู้และความเชี่ยวชาญ ดูแลบริหารเลือดและส่วนประกอบของเลือด (คู่มือ AOP.5.11, ME 1)
- 2. มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสมเป็นแนวทางการสัมผัส การใช้ การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดและนำไปปฏิบัติ (คู่มือ AOP.5.11, ME 2)
- 3. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุขั้นตอนข้อ a) ถึง e) ในหัวข้อเจตนา

## ♥ COP.4 – COP.5 | อาหารและโภชนบำบัด Food and Nutrition Therapy

อาหารและโภชนบำบัด (Food and Nutrition Therapy)

มาตรฐาน COP.4

มีอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการดูแลทางคลินิก และมีความหลากหลายให้เลือกได้ตลอดเวลา

เจตนาของ COP.4

อาหารและโภชนาการที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อสุขภาพและการฟื้นตัวของผู้ป่วย | มีการจัดอาหารที่เหมาะสมกับอายุ วัฒนธรรม ความชอบของผู้ป่วย และแผนการดูแล ให้แก่ผู้ป่วยซึ่งอาจจะรวมถึงความต้องการควบคุมอาหารเป็นพิเศษ เช่น อาหารที่มีคลอเรสเตอรอลต่ำ อาหารผู้ป่วยเบาหวานและของเหลว ขึ้นกับการวินิจฉัยผู้ป่วย | ผู้ป่วยมีส่วน

ร่วมในการวางแผนและเลือกอาหาร ครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีส่วนร่วมในการจัดหาอาหารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ศาสนาและการประเพณีปฏิบัติอื่นๆ | แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้สั่งอาหารหรือ สารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ตามผลการประเมินภาวะความต้องการของผู้ป่วยและแผนการดูแล | หาก ครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้อื่นเป็นผู้จัดหาอาหารแก่ผู้ป่วย บุคคลเหล่านั้นได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เป็นข้อห้าม ตาม ภาวะความต้องการและแผนการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับยาที่อาจเกิดปฏิกิริยากับอาหาร | ผู้ป่วยได้รับโอกาส ให้เลือกอาหารที่หลากหลาย สอดคล้องกับสถานะทางโภชนาการของผู้ป่วย (ดูที่ AOP.1.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.4

- 1. มีอาหารที่หลากหลายให้ผู้ป่วยเลือกซึ่งสอดคล้องกับสถานะของผู้ป่วยและการดูแล พร้อมให้บริการเป็นประจำ
- 2. ผู้ป่วยทุกรายมีคำสั่งอาหารในเวชระเบียนของตน ก่อนที่จะให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย
- 3. คำสั่งอาหารขึ้นกับสถานะทางโภชนาการและภาวะความต้องการของผู้ป่วย
- 4. มีการส่งมอบอาหารตรงเวลา และคำสั่งอาหารเฉพาะได้รับการตอบสนอง
- 5. ครอบครัวที่จัดหาอาหารให้ผู้ป่วย ได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เป็นข้อจำกัดของผู้ป่วย

มาตรฐาน COP.5

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับโภชนบำบัด

เจตนาของ COP.5

ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเพื่อป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงด้านโภชนาการในการประเมินเมื่อแรกรับ | ผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกส่งต่อไปยังโภชนาการเพื่อประเมินเพิ่มเติม | เมื่อมีความเห็นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางด้านโภชนาการ จะมีการปฏิบัติตามแผน โภชนบำบัด | มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและบันทึกไว้ในเวชระเบียน | แพทย์ พยาบาล บริการอาหาร รวมถึงครอบครัวผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้ ร่วมกันวางแผนและให้การดูแลด้านโภชนบำบัด (ดูที่ AOP.1.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.5

- 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงด้านโภชนาการ ได้รับโภชนบำบัด
- 2. ใช้กระบวนการที่ร่วมมือกันในการวางแผน ให้การดูแล และติดตามด้านโภชนบำบัด
- 3. มีการเฝ้าติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยต่อโภชนบำบัดและบันทึกไว้ในเวชระเบียน (ดูที่ AOP.2, ME 1)

## ♥ COP.6 | การบำบัดความเจ็บปวด Pain Management

การบำบัดความเจ็บปวด (Pain Management)

มาตรฐาน COP.6

ผู้ป่วยได้รับการบำบัดความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

เจตนาของ COP.6

ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยที่พบได้ทั่วไปและอาจจะเกี่ยวข้องกับสถานะหรือความเจ็บป่วยสำหรับผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษา | ความเจ็บปวดอาจจะเป็นผลมาจากการรักษาบางขั้นตอนหรือจากการทดสอบ | ส่วนหนึ่งของการวางแผนดูแล ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการบำบัดอาการ ขั้นตอนหรือการทดสอบ และ

ทางเลือกการบำบัดความเจ็บปวดที่มี | ความเจ็บปวดที่ไม่ทุเลามีผลเชิงลบต่อร่างกายและจิตใจ | สิทธิผู้ป่วยที่จะได้รับการประเมินและจัดการกับความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมได้รับการเคารพและปฏิบัติ (ดูที่ PFR.2.3 และ AOP.1.5)

องค์กรมีกระบวนการในการประเมินและบำบัดความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมตามขอบเขตของบริการที่องค์กรจัดครอบคลุมกระบวนการต่อไปนี้

- a) การบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ในระหว่างการประเมินเมื่อแรกรับและการประเมินซ้ำ
- b) การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับความเจ็บปวดจากการบำบัดอาการ ขั้นตอนการรักษาหรือการทดสอบ
- c) การบำบัดความเจ็บปวด โดยไม่คำนึงถึงที่มาของอาการปวด ตามแนวทางหรือระเบียบวิธี (protocol) และร่วมกับเป้าหมายสำหรับการบำบัดความเจ็บปวดของผู้ป่วย
- d) การสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับความเจ็บปวดและการบำบัดอาการ ตามสภาพแวดล้อมของบุคคล วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา และ
- e) การให้ความรู้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพเกี่ยวกับการประเมินและบำบัดความเจ็บปวด

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.6

- 1. องค์กรมีกระบวนการเพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด ตามขอบเขตบริการที่องค์กรจัด
- 2. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวดจากการบำบัดอาการ ขั้นตอนการรักษาหรือการทดสอบ
- 3. ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดได้รับการดูแลตามแนวทางและเป้าหมายของผู้ป่วยในการบำบัดความเจ็บปวด
- 4. องค์กรมีกระบวนการสื่อสารและให้ความรู้เรื่องความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตามขอบเขตบริการที่องค์กรจัด
- 5. องค์กรมีกระบวนการให้ความรู้เรื่องความเจ็บปวดแก่บุคลากร ตามขอบเขตบริการที่องค์กรจัด

## ♥ COP.7 – COP.7.1 | การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต End-of-Life Care

การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (End-of-Life Care)

ผู้ป่วยซึ่งเข้าใกล้ระยะสุดท้ายของชีวิตรวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ ต้องการการดูแลที่มุ่งเน้นไปที่ความต้องการที่จำเพาะ | ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอาจจะประสบกับอาการเนื่องมาจากการดำเนินโรคหรือการรักษา หรืออาจต้องการความช่วยเหลือในการจัดการกับประเด็นด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายและการเสียชีวิต | ครอบครัวและผู้ดูแลอาจต้องการช่วงพักจากการดูแลสมาชิกครอบครัวที่กำลังเจ็บป่วยระยะสุดท้าย หรือความช่วยเหลือในการจัดการกับความเศร้าและความสูญเสีย

เป้าหมายขององค์กรในการให้การดูแลสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นจะต้องพิจารณาลักษณะการดูแลหรือบริการที่จัดให้ (เช่น การจัดเป็น hospice หรือหน่วยดูแลประคับประคอง) ประเภทของบริการที่จัดให้ และกลุ่มผู้ป่วยที่ให้บริการ | องค์กรจัดให้มีกระบวนการเพื่อจัดการดูแลระยะสุดท้าย | กระบวนการเหล่านี้

- สร้างความมั่นใจว่ามีการประเมินอาการต่างๆ และจัดการอย่างเหมาะสม
- สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีศักดิ์ศรีและด้วยความเคารพ
- ประเมินผู้ป่วยบ่อยเท่าที่จำเป็นเพื่อตรวจหาอาการต่างๆ
- วางแผนด้านการป้องกันและรักษาเพื่อจัดการกับอาการต่างๆ และ

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรเกี่ยวกับการบำบัดอาการต่างๆ

## มาตรฐาน COP.7

องค์กรให้ความสำคัญกับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

### เจตนาของ COP.7

ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตมีภาวะความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะที่จะได้รับการดูแลด้วยความเคารพและความเห็นอกเห็นใจ | เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ บุคลากรทุกคนต้องตระหนักในภาวะความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต | ควรใช้ความใส่ใจต่อความสะดวกสบายและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยซึ่งนำการดูแลทุกด้านระหว่างช่วงสุดท้ายของชีวิต | การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่องค์กรจัดให้ประกอบด้วย

- a) การบำบัดอาการต่างๆ อย่างเหมาะสมตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว
- b) การปรึกษาในประเด็น เช่น การผ่าพิสูจน์ศพ การบริจาคอวัยวะ ด้วยความระมัดระวัง
- c) การเคารพต่อค่านิยม ศาสนา และวัฒนธรรมที่เป็นหลักยึดของผู้ป่วย
- d) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทุกด้าน และ
- e) การตอบสนองต่อข้อกังวลด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ บุคลากรทุกคนต้องตระหนักในภาวะความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิต | องค์กรประเมินคุณภาพของการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่จัดให้โดยประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและบุคลากรต่อการดูแลดังกล่าว (ดูที่ PFR.2.3)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.7

- 1. บุคลากรตระหนักในภาวะความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- 2. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตที่องค์กรจัดให้ พิจารณาภาวะความต้องการของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต อย่างน้อยตามเจตนาข้อ a) ถึง e)
- 3. มีการประเมินคุณภาพการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตโดยครอบครัวและบุคลากร

## มาตรฐาน COP.7.1

การดูแลผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต ให้ความสุขสบายและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

### เจตนาของ COP.7.1

องค์กรสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดหรือกำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมโดย

- ให้การดูแลเพื่อจัดการความเจ็บปวด และอาการหลักหรืออาการที่ตามมา
- ป้องกันอาการและภาวะแทรกซ้อนเท่าที่จะสามารถทำได้
- มีการดำเนินการเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากเสียชีวิตและความเศร้าโศก
- มีการดำเนินการเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว และ
- ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.7.1

- 1. มีการดูแลเพื่อจัดการความเจ็บปวด และอาการหลักหรืออาการที่ตามมา
- 2. มีการป้องกันอาการและภาวะแทรกซ้อนเท่าที่จะสามารถทำได้
- 3. มีการดำเนินการเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตสังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากการเสียชีวิตและความเศร้าโศก
- 4. มีการดำเนินการเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว
- 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล (ดูที่ PFR.2)

♥ **COP.8 – COP.8.7** | องค์การบริการให้อวัยวะและ/หรือการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ Hospitals Providing Organ and/or Tissue Transplant Services

องค์การบริการให้อวัยวะและ/หรือการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ

(Hospitals Providing Organ and/or Tissue Transplant Services)

(ใหม่)

หมายเหตุ: มาตรฐานต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ และ/หรือเมื่อมีการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อ | สำหรับโรงพยาบาลที่มีอวัยวะและการบริการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ ให้ปฏิบัติตามมาตรฐาน COP.8 ถึง COP.9.3 | ติดต่อสำนักงานรับรองคุณภาพ JCI เพื่อสอบถามข้อมูล (แก้คำผิด)

การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นขั้นตอนการช่วยชีวิตและอวัยวะและการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อบางครั้งเป็นเพียงตัวเลือกในการรักษาหลายโรค | การปลูกถ่ายอวัยวะในปัจจุบันแสดงถึงอัตราความสำเร็จที่มากขึ้นสำหรับการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ | อย่างไรก็ตาม การปลูกถ่ายอวัยวะไม่ได้ปราศจากความเสี่ยง | การส่งผ่านการติดเชื้อจากผู้บริจาคไปยังผู้รับเป็นข้อกังวลที่ได้บันทึกไว้ในเอกสารความปลอดภัย | โรคที่ได้รับการบันทึกไว้ส่งผ่านจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อภายหลังการปลูกถ่าย ยกตัวอย่างเช่น HIV ไวรัสตับอักเสบบี และ C และ โรคสมองฝ่อ (Creutzfeldt-Jakob disease (CJD)) | ผู้รับอาจจะติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราเมื่อมีการปนเปื้อนระหว่างการขนส่ง จัดเก็บ หรือการหยิบสัมผัส

ความมุ่งมั่นของผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อสามารถมีผลกระทบที่สำคัญของความสำเร็จในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อ | มาตรฐานเหล่านี้ระบุความรับผิดชอบในระดับองค์กรสำหรับการบริจาคและจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อ | สิ่งนี้รวมถึงบุคคลใดที่ได้รับการพิจารณาทางการแพทย์ที่เหมาะสมในการบริจาค โดยองค์กรจัดหาอวัยวะ | ถ้าองค์กรมีทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวของอวัยวะและเนื้อเยื่อหลังจากหัวใจตาย ผู้บริจาคที่หัวใจหยุดเต้น รวมอยู่ในความพยายามจัดหาอวัยวะ

มาตรฐาน COP.8

ผู้นำองค์กรมีทรัพยากรเพื่อสนับสนุนโปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ

เจตนาของ COP.8

โปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อต้องการบุคลากรที่มีการศึกษาและอบรมมาโดยเฉพาะและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อที่จะให้การดูแลที่มีความปลอดภัยและคุณภาพสูง | การศึกษาและอบรมพนักงานต้องการความรับผิดชอบเฉพาะและความต้องการการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ | ทรัพยากรอื่นที่จำเป็นรวมถึง อุปกรณ์ ห้องพักรักษาผู้ป่วยที่มีการระบาย

อากาศที่จำเป็นสำหรับขั้นตอนของการปลูกถ่ายอวัยวะ (เช่น ระบบระบายอากาศแรงดันบวก) ยาสำหรับประเภท ขั้นตอนของการปลูกถ่ายอวัยวะ การทดสอบในห้องปฏิบัติการเพื่อให้มั่นใจว่าอวัยวะ/เนื้อเยื่อไม่ปนเปื้อน และ ทรัพยากรอื่นๆ ที่ระบุโดยผู้นำโปรแกรมบริการ | นอกจากนี้ ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารสารสนเทศที่มีความ จำเป็นเพื่อช่วยในการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ผลการรักษา และข้อมูลอื่นๆ ที่สนับสนุนคุณภาพของการปลูก ถ่ายอวัยวะ (ดูที่ GLD.1.1, ME 3; GLD.7; และ GLD.9, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8

- 1. บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมพร้อมที่จะให้การดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพสูงสำหรับโปรแกรมการปลูกถ่าย อวัยวะ/เนื้อเยื่อ
- 2. ผู้นำองค์กรจัดสรรทรัพยากรสำหรับโปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ
- 3. ระบบการบริหารสารสนเทศนำมาใช้เพื่อสนับสนุนโปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อที่มีคุณภาพ

มาตรฐาน COP.8.1

ผู้นำโปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะที่มีคุณสมบัติรับผิดชอบต่อโปรแกรม

เจตนาของ COP.8.1

ความรับผิดชอบขององค์กรที่ให้บริการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อคือการให้การดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพสูง ต่อผู้ บริจาคและผู้รับการปลูกถ่าย | ความรับผิดชอบหลักเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถรองรับกิจกรรมของโปรแกรมการ ปลูกถ่ายทั้งหมด | องค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลหรือมากกว่าในการ กำกับดูแลโปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ | หน้าที่ของบุคลากรคนหนึ่งหรือมากกว่า ในการกำกับดูแลกระบวนการใน ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย หรือในคำบรรยายลักษณะงาน (job description) ไม่ว่าจะเต็มเวลาหรือนอกเวลา | บุคลากรหนึ่งคนหรือมากกว่า ที่มีคุณสมบัติในการบริหารจัดการปลูกถ่ายอวัยวะ ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม มี ประสบการณ์ มีใบอนุญาต และ/หรือได้รับการรับรอง | คุณสมบัติที่จำเป็นขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ดำเนินการ (ดู GLD.9, ME 1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8.1

- 1. บุคลากรคนหนึ่งหรือมากกว่ากำกับดูแลโปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ
- 2. บุคลากรคนหนึ่งหรือมากกว่าที่มีคุณสมบัติสำหรับขอบเขตและความซับซ้อนของโปรแกรม
- 3. บุคลากรคนหนึ่งหรือมากกว่าตอบสนองความรับผิดชอบของการกำกับดูแลตามที่ระบุในโปรแกรมการปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.2

โปรแกรมการปลูกถ่ายรวมถึงทีมงานจากหลายสาขาอาชีพที่ประกอบด้วยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในโปรแกรมการปลูกถ่าย อวัยวะที่เฉพาะเจาะจง

เจตนาของ COP.8.2

ความสำเร็จของโปรแกรมปลูกถ่ายและผลในเชิงบวกของผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายและผู้บริจาคมีชีวิตอยู่ ขึ้นอยู่กับทีมงาน ของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการปลูกถ่ายอวัยวะเฉพาะ | การพยาบาล การใช้ จิตวิทยา เภสัชวิทยา และความต้องการทางโภชนาการของผู้รับอวัยวะและผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่จะเป็นความต้องการ เฉพาะ | ชนิดของการปลูกถ่ายเกี่ยวข้องกับทีมงานจากหลายสาขาอาชีพ ประกอบด้วยบุคลากรจาก

แพทย์

พยาบาล

นักโภชนาการ

เภสัช

บริการทางสังคม และ

บริการทางจิตใจ

ทีมนี้ควรมีคุณสมบัติ ได้รับการฝึกอบรม และมีประสบการณ์ในการให้การดูแลและบริการผู้รับการปลูกถ่ายและผู้บริจาคที่มีชีวิตอยู่ (ดูที่ GLD.9, ME 3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8.2

- 1. โปรแกรมการปลูกถ่ายกำหนดองค์ประกอบของทีมปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ/อวัยวะเป็นการเฉพาะไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- 2. โปรแกรมการปลูกถ่ายกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในทีมเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3. ทีมปลูกถ่ายขึ้นอยู่กับบริการที่ให้ ทีมงานรวมถึงบุคคลที่มีประสบการณ์ทางการแพทย์ พยาบาล โภชนาการ เภสัช วิทยา การบริการทางสังคม และการบริการทางจิตใจ และการประสานงานปลูกถ่าย
- 4. โปรแกรมการปลูกถ่ายประเมินสมาชิกในทีมสำหรับคุณสมบัติ การฝึกอบรม และประสบการณ์ในเวลาของแต่ละคน จะถูกพิจารณาให้ร่วมทีมการปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.3

มีกลไกการประสานงานที่กำหนดไว้สำหรับกิจกรรมการปลูกถ่ายที่เกี่ยวข้องกับ แพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านบริการสุขภาพ

เจตนาของ COP.8.3

บริการการปลูกถ่ายมีความเสี่ยงที่ไม่ซ้ำกันและสำคัญต่อผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ และในกรณีของผู้บริจาคที่มีชีวิต จะมีความเสี่ยงต่อผู้บริจาคเช่นกัน | องค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้มั่นใจการดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพสูงทุกขั้นตอนของการบริจาค/กระบวนการรับคือ การระบุบุคคลที่มีความรับผิดชอบโดยรวมสำหรับการประสานงานและการดูแลผู้บริจาคและผู้รับการปลูกถ่ายอย่างต่อเนื่อง | บุคลากรนี้อาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่นๆ (ดูที่ ACC.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8.3

- 1. บุคคลที่รับผิดชอบในการประสานงานการดูแลผู้บริจาคที่มีชีวิตและผู้รับการปลูกถ่าย ได้ถูกระบุไว้และพร้อมตลอดทุกขั้นตอนการดูแลการปลูกถ่าย
- 2. ผู้ประสานงานอำนวยความสะดวกในการปลูกถ่ายทางคลินิกให้การดูแลต่อเนื่องกับผู้ป่วยที่ทำการปลูกถ่าย (ผู้สมัครและผู้รับ) ตลอดก่อนการปลูกถ่าย ขณะปลูกถ่าย และการจำหน่ายหลังปลูกถ่าย
- 3. การประสานงานปลูกถ่ายทางคลินิกมีการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ระหว่างการประเมินการบริจาค และการจำหน่ายหลังการบริจาค
- 4. การประสานงานของกิจกรรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อมีการสื่อสารให้กับบุคลากรทุกคนที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในโปรแกรมปลูกถ่าย



## มาตรฐาน COP.8.4

โปรแกรมการปลูกถ่ายใช้ผู้สมัครที่มีเกณฑ์การปลูกถ่าย ความเหมาะสมของอวัยวะเฉพาะ ความเหมาะสมทางจิตวิทยา และสังคม

### เจตนาของ COP.8.4

มีหลายส่วนเพื่อประกอบการพิจารณาเมื่อมีการตัดสินใจจัดสรรอวัยวะไปให้ผู้รับ | การพิจารณาอาจจะได้รับ ความต้องการอันใกล้ของผู้ป่วยที่ต้องการปลูกถ่าย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยอาจได้รับจากการปลูกถ่าย การรักษาอื่นๆ ที่เป็นทางเลือกที่มีอยู่ การปรับปรุงที่คาดหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และจำนวนทรัพยากรที่ต้องการเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จ

เนื่องจากอวัยวะและเนื้อเยื่อของมนุษย์ที่มีพร้อมใช้ในการปลูกถ่ายถูกจำกัด จึงมีการจัดทำเกณฑ์ในการเลือกผู้รับ | เกณฑ์สำหรับการเลือกผู้รับการปลูกถ่ายช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมมากที่สุดและจำกัดอคติที่อาจเกิดขึ้น | ดังนั้น เกณฑ์สำหรับการประเมินอวัยวะและเนื้อเยื่อถูกกำหนดในลักษณะโปร่งใส ขึ้นกับการประเมินวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

นอกจากนี้ มีเกณฑ์ของอวัยวะเฉพาะที่จะต้องนำมาพิจารณาในการตัดสินใจจัดสรรอวัยวะ | ตัวอย่างเช่น ความอยู่รอดของอวัยวะนอกร่างกายจะแตกต่างกันไปในแต่ละอวัยวะ | ดังนั้น การพิจารณาจะต้องมีช่วงเวลาที่ใช้งานไปถึงผู้รับ (ดูที่ AOP.1.1)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8.4

- 1. โปรแกรมการปลูกถ่ายระบุเกณฑ์การคัดเลือกผู้สมัครบริจาคอวัยวะเฉพาะไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- 2. ผลของการประเมินทางการแพทย์รวมอยู่ในการกำหนดความเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่าย
- 3. โปรแกรมการปลูกถ่ายระบุการยืนยันว่าอวัยวะเข้ากันได้ในการปลูกถ่าย ในขณะเขียนผู้สมัคร

## มาตรฐาน COP.8.5

โปรแกรมการปลูกถ่ายได้รับการยินยอมโดยเฉพาะกับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้สมัครปลูกถ่าย (P)

### เจตนาของ COP.8.5

เพื่อให้ได้รับความยินยอม ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนดูแลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ โดยได้รับการบอกกล่าว | ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อหรือสุขภาพของผู้สมัครรวมถึงผู้รับ แต่ไม่จำกัด

- a) ประวัติผู้บริจาค
- b) สภาพของอวัยวะที่ใช้
- c) อายุของอวัยวะ และ
- d) ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อ ถ้าไม่สามารถตรวจพบจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อ

นอกจากนี้อาจจะมีปัจจัยทางจิตวิทยา จริยธรรม การเงิน และปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นเอกลักษณ์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายมากกว่าคนไข้คนอื่นๆ เช่น ความต้องการใช้ยาที่มีภูมิคุ้มกันและอัตราการอยู่รอด | ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการ

พิจารณาเป็นพิเศษเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอความยินยอม | โปรแกรมการปลูกถ่ายเป็นไปตามนโยบายขององค์กรสำหรับความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว รวมทั้งกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่นและภูมิภาค (ดูที่ PFR.5.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8.5

- 1. โปรแกรมการปลูกถ่ายเป็นไปตามนโยบายขององค์กรเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้สมัครปลูกถ่าย
- 2. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอความยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายแจ้งให้ผู้สมัครปลูกถ่ายในอนาคตถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทางจิตสังคม
- 3. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอความยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายแจ้งให้ผู้สมัครปลูกถ่ายในอนาคตถึงปัจจัยความเสี่ยงของการบริจาคตอวัยวะที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อหรือสุขภาพของผู้สมัครรวมถึงผู้รับ แต่ไม่จำกัด ในข้อ a) ถึง d) ในหัวข้อเจตนา
- 4. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอความยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายแจ้งให้ผู้สมัครปลูกถ่ายในอนาคตถึงการสังเกตของศูนย์การปลูกถ่ายและอัตราการรอดที่คาดหวังในหนึ่งปี
- 5. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอความยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายแจ้งให้ผู้สมัครปลูกถ่ายในอนาคตเกี่ยวกับยาที่เป็นภูมิคุ้มกันและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น
- 6. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอความยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายแจ้งให้ผู้สมัครปลูกถ่ายในอนาคตถึงทางเลือกในการรักษาอื่น

มาตรฐาน COP.8.6

โปรแกรมการปลูกถ่ายมีเอกสารบันทึกวิธีการ (หรือขั้นตอน) สำหรับการฟื้นตัวของการทำงานของอวัยวะและการรับอวัยวะเพื่อให้มั่นใจความเข้ากันได้ ความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพของเซลล์มนุษย์ เนื้อเยื่อ และการปลูกถ่ายอวัยวะ

เจตนาของ COP.8.6

เพื่อลดความเสี่ยงของการปฏิเสธอวัยวะ ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายต้องมั่นใจความเข้ากันได้ของผู้บริจาคตอวัยวะและผู้รับ | การทดสอบที่ใช้บ่อยที่สุดสำหรับการเข้ากันได้รวมถึง ชนิดของเลือด และการเข้ากันได้ของเลือดและชนิดเนื้อเยื่อ | ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายมั่นใจว่าการทดสอบสำหรับการเข้ากันได้ เกิดขึ้นก่อนการฟื้นตัวของการทำงานของอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะเกิดขึ้น

การส่งผ่านของโรคติดเชื้อและมะเร็งเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นสำหรับผู้รับจากผู้บริจาคเนื้อเยื่อและอวัยวะ | ดังนั้นต้องมั่นใจระดับความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และคุณภาพของเซลล์มนุษย์ เนื้อเยื่อและอวัยวะในการปลูกถ่าย | การประเมินอวัยวะและเนื้อเยื่อที่ได้รับบริจาคอาจระบุผู้บริจาคที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการติดเชื้อจากเชื้อโรคที่เป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้น | การคัดกรองผู้บริจาคจากประวัติทางคลินิกและการทดสอบผู้บริจาคสำหรับโรคที่ติดต่อได้ จะช่วยลดเหตุการณ์การส่งผ่านเชื้อโรค | การคัดกรองผู้บริจาคควรรวมการประเมินประวัติทางการแพทย์ ปัจจัยพฤติกรรม ความเสี่ยง และการตรวจร่างกาย | การทดสอบผู้บริจาคควรรวมการทดสอบ HIV ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี และการทดสอบอื่นๆ ที่ได้รับการแนะนำ

สำหรับการติดตามการปลูกถ่ายของอวัยวะมนุษย์ ต้องมั่นใจอายุการใช้งานที่คาดหวังไว้ของผู้บริจาคและผู้รับ | รหัสที่เป็นข้อตกลงในระดับสากลระบุว่ามีความจำเป็นที่ต้องติดตามอย่างเต็มที่ในการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อและเซลล์ (คู่มือ GLD.11.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8.6

- 1. ทีมปลูกถ่ายติดตามวิธีการการฟื้นตัวของการทำงานของอวัยวะ ซึ่งรวมถึงการทบทวนข้อมูลของผู้บริจาค กรู๊ปเลือดของผู้รับ และข้อมูลที่สำคัญอื่นเพื่อให้มั่นใจความเข้ากันได้ก่อนที่การฟื้นตัวของอวัยวะเกิดขึ้น
- 2. ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายรับผิดชอบในการยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรถึงความเหมาะสมทางการแพทย์ของผู้บริจาคอวัยวะสำหรับปลูกถ่ายไปยังผู้รับ
- 3. เมื่ออวัยวะมาถึงศูนย์การปลูกถ่าย ศัลยแพทย์ผู้ปลูกถ่ายและอย่างน้อยผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่มีใบอนุญาตที่ศูนย์การปลูกถ่ายตรวจสอบกรู๊ปเลือดของผู้บริจาคและข้อมูลที่สำคัญอื่นเข้ากันได้กับผู้รับก่อนที่จะมีการปลูกถ่าย
- 4. ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายมีหน้าที่ในการยืนยันการประเมินผู้บริจาคและการทดสอบผู้บริจาคสำหรับโรคติดเชื้อและโรคมะเร็งเสร็จสิ้นก่อนที่อวัยวะฟื้นตัวและการปลูกถ่ายอวัยวะเกิดขึ้น
- 5. เมื่ออวัยวะมาถึงศูนย์การปลูกถ่าย ศัลยแพทย์ผู้ปลูกถ่ายและอย่างน้อยผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่มีใบอนุญาตที่ศูนย์การปลูกถ่ายตรวจสอบการประเมินผลและการทดสอบอวัยวะบริจาค ว่าไม่แสดงหลักฐานของการเกิดโรคและสภาวะของอวัยวะเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.7

มีแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละคนเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่าย

เจตนาของ COP.8.7

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่จะทำการปลูกถ่าย | นอกจากนี้ ประวัติสุขภาพของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อกรฟื้นตัว | มีการจัดทำแผนการดูแลเป็นรายบุคคลเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยปลูกถ่าย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.8.7

- 1. โปรแกรมการปลูกถ่ายมีการบันทึกอวัยวะเฉพาะเป็นแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับก่อนการปลูกถ่าย ระหว่างการปลูกถ่าย และการจำหน่ายหลังจากปลูกถ่าย
- 2. ผู้ป่วยปลูกถ่ายแต่ละคนอยู่ภายใต้การดูแลของทีมดูแลผู้ป่วยจากหลายสาขาวิชาชีพประสานงานโดยแพทย์ผู้ปลูกถ่ายหลักตลอดในขั้นตอนก่อนการปลูกถ่าย ระหว่างการปลูกถ่าย และการจำหน่ายหลังจากปลูกถ่าย
- 3. มีการประเมินความเหมาะสมของผู้สมัครปลูกถ่ายสำหรับความเหมาะสมของการรักษาทางการแพทย์และศัลยกรรมที่อาจจะมียัตราการอยู่รอดในระยะสั้นและระยะยาวเมื่อเปรียบเทียบกับกรปลูกถ่าย
- 4. ผู้สมัครปลูกถ่ายได้รับการประเมินผลทางจิตวิทยา
- 5. โปรแกรมการปลูกถ่ายมีการปรับปรุงข้อมูลด้านคลินิกในเวชระเบียนผู้ป่วยปลูกถ่ายอย่างต่อเนื่อง

## ♥ COP.9 – COP.9.3 | โปรแกรมปลูกถ่ายอวัยวะบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ Transplant Programs Using Living Donor Organs

โปรแกรมปลูกถ่ายอวัยวะบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่  
(Transplant Programs Using Living Donor Organs)

(ใหม่)

### มาตรฐาน COP.9

โปรแกรมการปลูกถ่ายที่ทำการปลูกถ่ายอวัยวะบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่คุ้มครองสิทธิของผู้บริจาคที่คาดหวังหรือเกิดขึ้นจริง

#### เจตนาของ COP.9

ความต้องการอวัยวะที่เพิ่มขึ้นและการมีอย่างจำกัดของการบริจาคที่เสียชีวิตแล้วส่งผลให้เพิ่มความพยายามในการส่งเสริมการบริจาคอวัยวะที่มีชีวิต | มาตรฐานการบริจาคที่มีชีวิตมีเพื่อคัดเลือกผู้สมัครที่เหมาะสมสำหรับการบริจาค การได้รับความยินยอมโดยการบอกกล่าว และการดูแลหลังการบริจาค ไม่ได้มีอยู่ในระดับสากล | ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตเผชิญกับการตัดสินใจที่ยากและอาจมีความเสี่ยงที่เป็นไปได้สำหรับภาวะแทรกซ้อนตลอดชีวิตและไม่ควรรู้สึกข่มขู่หรือกดดันจากการบริจาคอวัยวะ | เพื่อช่วยในการตัดสินใจและมั่นใจว่าสิทธิของผู้บริจาคที่มีชีวิตได้รับการปกป้อง ต้องมีการกำหนดการให้ความรู้เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ การบริจาคอวัยวะที่ยังมีชีวิตอยู่ การปลูกถ่าย จริยธรรมทางการแพทย์ และมีการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (ดูที่ PFR.1 และ PFR.6)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.9

- 1. ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตอยู่มีสิทธิในการตัดสินใจสำหรับการบริจาคในลักษณะปราศจากการข่มขู่และกดดัน
- 2. มีการให้ความรู้เฉพาะบุคคลเกี่ยวกับ การบริจาคอวัยวะที่ยังมีชีวิตอยู่ การปลูกถ่าย จริยธรรมทางการแพทย์ และมีการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว เป็นผู้สนับสนุนการบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่
- 3. บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้สนับสนุนการบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่ได้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการปลูกถ่าย
- 4. บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้สนับสนุนการบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ให้ข้อมูล สนับสนุน และเคารพผู้บริจาคที่มีชีวิตอยู่ในวัฒนธรรมที่เหมาะสมระหว่างการตัดสินใจ

### มาตรฐาน COP.9.1

โปรแกรมการปลูกถ่ายอวัยวะบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ดำเนินการโดยได้รับการยินยอมเป็นการเฉพาะกับอวัยวะที่บริจาคจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ที่คาดหวังไว้

#### เจตนาของ COP.9.1

ผู้บริจาคที่คาดหวังไว้ต้องการความเข้าใจตลอดทุกด้านของกระบวนการบริจาค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เข้าใจถึงความเสี่ยงและผลประโยชน์จากการบริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ | ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ส่วนใหญ่จะให้อวัยวะกับสมาชิกในครอบครัวหรือคนรู้จัก อย่างไรก็ตาม ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่บางคนไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้รับบริจาค | สิ่งสำคัญของการได้รับความยินยอมโดยการบอกกล่าว เพื่อให้มั่นใจว่าผู้บริจาคที่คาดหวังเต็มใจบริจาคและไม่ได้รับการข่มขู่หรือมีค่าตอบแทนจากการสัญญา และเข้าใจว่าผู้นั้นอาจจะปฏิเสธการบริจาคได้ตลอดเวลา (ดูที่ PFR.5.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.9.1

- 1. การได้รับการยินยอมโดยการบอกกล่าวสำหรับผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ได้รับการฝึกอบรมจากบุคลากร และเป็นภาษาที่ผู้บริจาคที่คาดหวังสามารถเข้าใจได้
- 2. นอกจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายให้ข้อมูลผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทางด้านจิตใจของการบริจาค
- 3. นอกจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายให้ข้อมูลผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะที่ยังมีชีวิตอยู่
- 4. นอกจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยินยอม โปรแกรมการปลูกถ่ายให้ข้อมูลผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
- 5. โปรแกรมการปลูกถ่ายให้ข้อมูลแก่ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ถึงทางเลือกในการรักษาสำหรับผู้สมัครที่ปลูกถ่าย
- 6. โปรแกรมการปลูกถ่ายให้ข้อมูลแก่ผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ ถึงสิทธิของผู้บริจาคที่จะเลือกออกจากกระบวนการบริจาคในเวลาใดๆ ก็ตามในระหว่างขั้นตอนการบริจาค

มาตรฐาน COP.9.2

โปรแกรมการปลูกถ่ายที่ดำเนินการปลูกถ่ายอวัยวะที่ยังมีชีวิตอยู่ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกทางคลินิกและจิตวิทยาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่

เจตนาของ COP.9.2

ผู้บริจาคอวัยวะต้องได้รับการประเมินสำหรับความเหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ | การประเมินทางการแพทย์กำหนดความสามารถทางกายภาพที่จะบริจาคและระบุความเสี่ยงต่อสุขภาพในทันทีและความเสี่ยงในอนาคต | การประเมินผลทางจิตวิทยาต้องดำเนินการโดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ที่มีประสบการณ์ในการปลูกถ่ายเพื่อกำหนดความสามารถในการตัดสินใจ คัดกรองความเจ็บป่วยทางจิตใจที่มีอยู่ และประเมินการบังคับใดๆ ที่อาจเกิดขึ้น | ผู้บริจาคจะต้องประเมินความสามารถที่จะเข้าใจขั้นตอนการบริจาคและผลที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (ดูที่ AOP.1.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.9.2

- 1. เอกสารโปรแกรมการปลูกถ่ายกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะเฉพาะที่ยังมีชีวิตอยู่
- 2. เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ของโปรแกรมการปลูกถ่าย สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และหลักการของจริยธรรมทางการแพทย์
- 3. ผลของการประเมินทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายของผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่ รวมอยู่ในการกำหนดความเหมาะสมของการบริจาค
- 4. ผลของการทดสอบทางการแพทย์ระบุโรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็ง รวมอยู่ในการกำหนดความเหมาะสมของการบริจาค
- 5. ผลของการประเมินทางด้านจิตวิทยา รวมอยู่ในการกำหนดความเหมาะสมของการบริจาค
- 6. โปรแกรมการปลูกถ่ายบันทึกการยืนยันความเข้ากันได้ของอวัยวะ ในเวชระเบียนของผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่

มาตรฐาน COP.9.3

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคลเป็นแนวทางในการดูแลผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่

### เจตนาของ COP.9.3

นอกจากความจำเป็นในการดูแลสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างขั้นตอนการผ่าตัด ผู้บริจาคตที่ยังมีชีวิตอยู่มีการรักษา และการดูแลทางด้านสุขภาพที่เป็นเอกลักษณ์ ต้องมีการพิจารณาจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล และนำไปปฏิบัติ สำหรับผู้บริจาคตที่มีชีวิตทุกคน (ดูที่ COP.2.1)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ COP.9.3

- 1. โปรแกรมการปลูกถ่ายที่ดำเนินการปลูกถ่ายอวัยวะที่ยังมีชีวิต ได้รับคำแนะนำจากแนวทางในการดูแลผู้บริจาคตที่มีชีวิตใน การประเมินผล การบริจาคต และการจำหน่ายหลังบริจาคต (ดูที่ GLD.11.2)
- 2. โปรแกรมการปลูกถ่ายที่ดำเนินการปลูกถ่ายอวัยวะที่ยังมีชีวิต ให้การดูแลผู้ป่วยโดยหลายสาขาวิชาชีพ ประสานงานโดยแพทย์ของผู้บริจาคตแต่ละคนตลอดขั้นตอนการประเมินผล การบริจาคต และการจำหน่ายหลังบริจาคต (ดูที่ ACC.3)
- 3. ผู้สมัครเป็นผู้บริจาคตที่ยังมีชีวิตอยู่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่องหลังบริจาคต

### ⇒ การดูแลด้านวิสัญญีและศัลยกรรม Anesthesia and Surgical Care (ASC)

#### ♥ ASC.1 – ASC.2 | การจัดระบบและการจัดการ Organization and Management

การจัดระบบและการจัดการ (Organization and Management)

#### มาตรฐาน ASC.1

มีบริการวิสัญญี (การทำให้สงบและระงับความรู้สึก) พร้อมตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และมาตรฐานวิชาชีพของท้องถิ่นและประเทศ

### เจตนาของ ASC.1

การทำให้สงบและการระงับความรู้สึก (sedation and anesthesia) มักจะถูกมองว่าเป็นภาวะต่อเนื่อง (continuum) จากการทำให้สงบระดับตื้น (minimal sedation) ไปถึงการระงับความรู้สึกเต็มที่ (full anesthesia) | เนื่องจากการตอบสนองของผู้ป่วยอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะต่อเนื่องนั้น ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการตอบสนองอัตโนมัติเพื่อการป้องกัน (protective reflexes) สำหรับการหายใจของผู้ป่วย จึงควรจัดระบบการใช้การระงับความรู้สึกและการระงับประสาทในลักษณะบูรณาการ | การทำให้สงบและการระงับความรู้สึก (sedation and anesthesia) ต้องการการประเมินผู้ป่วยที่ครบถ้วนสมบูรณ์ การเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ การฟื้นฟูสภาพ  
องค์กรมีระบบในการจัดบริการวิสัญญี เพื่อสนองกลุ่มผู้ป่วยที่ให้บริการ บริการทางคลินิกที่จัดให้มี และความต้องการของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ | บริการวิสัญญีเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของท้องถิ่นและประเทศ | มีบริการวิสัญญี พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินนอกเวลาการทำการปกติ

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.1

- 1. บริการวิสัญญี เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของท้องถิ่นและประเทศ
- 2. มีบริการวิสัญญี พร้อมตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย
- 3. มีบริการวิสัญญี พร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินนอกเวลาการทำการปกติ
- 4. การเลือกแหล่งบริการวิสัญญีจากภายนอกเป็นไปตามคำแนะนำของหัวหน้า ประวัติผลงานซึ่งเป็นที่ยอมรับ การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 5. มีสัญญาเกี่ยวกับแหล่งบริการวิสัญญีจากภายนอก

## มาตรฐาน ASC.2

มีผู้มีความสมบัติเหมาะสม (หนึ่งคนหรือมากกว่า) รับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการวิสัญญี

### เจตนาของ ASC.2

บริการวิสัญญี อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของผู้ที่มีความสมบัติเหมาะสมจากการฝึกอบรม ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่มีบันทึกไว้ และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยอาจมีหนึ่งคนหรือมากกว่า | บุคคลดังกล่าวมีความรับผิดชอบในด้านวิชาชีพสำหรับบริการวิสัญญีต่อไปนี้

- การจัดทำ นำไปปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- การบริหารและกำกับดูแล
- การคงไว้ซึ่งโปรแกรมควบคุมคุณภาพที่จำเป็น
- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการวิสัญญีจากภายนอก และ
- การติดตามและทบทวนประเมินผลบริการวิสัญญีทั้งหมด

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.2

- 1. บริการวิสัญญี เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร
- 2. บริการวิสัญญี อยู่ภายใต้การบริหารของผู้ที่มีความสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่า (ดูที่ GLD.9)
- 3. มีการกำหนดและนำไปปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบสำหรับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการวิสัญญีจากภายนอก
- 4. มีการกำหนดและนำไปปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบสำหรับการติดตามและทบทวนประเมินผลบริการวิสัญญีทั้งหมด

## ♥ ASC.3 – ASC.3.3 | การทำให้สงบ Sedation

การทำให้สงบ (Sedation Care)

มาตรฐาน ASC.3 (ทำให้ชัดเจน)

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติชี้แนะแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำให้สงบ

### เจตนาของ ASC.3

การทำให้สงบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้สงบในระดับกลางและระดับลึก ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วย แม้จะไม่ได้คำนึงถึงปริมาณการใช้ยา | จึงจำเป็นต้องใช้คำจำกัดความ นโยบาย และระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนในที่ต่างๆ ขององค์กร ภายนอกห้องผ่าตัด และทั่วทั้งองค์กร | คุณสมบัติของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในระเบียบวิธีปฏิบัติ เทคโนโลยีเกี่ยวกับการจัดการหาวสตุ และการตรวจติดตามจะต้องทำในแนวทางเดียวกันเมื่อมีการทำให้สงบ | ดังนั้นองค์กรต้องจัดทำระเบียบวิธีปฏิบัติโดยเฉพาะเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการทำให้สงบทำได้อย่างไรและที่ไหน

นโยบายและระเบียบปฏิบัติในการทำให้สงบ ระบุสิ่งต่อไปนี้

- พื้นที่ในองค์กรที่มีการทำให้สงบ
- คุณสมบัติหรือทักษะพิเศษของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำให้สงบ
- การระบุความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ หรือข้อพิจารณาพิเศษอื่นๆ
- การใช้เทคโนโลยีทางยาเฉพาะทาง และ
- การได้รับความยินยอม (informed consent) สำหรับทั้งวิธีปฏิบัติและการทำให้สงบ (ดูที่ PFR.5.2)

เทคโนโลยีทางยาและวัสดุสำหรับภาวะฉุกเฉินเหมาะสมกับอายุและประวัติของผู้ป่วย และมีการแสดงชัดเจนถึงกระบวนการที่ได้ทำไป

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.3

- 1. มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติใช้เป็นมาตรฐานทั้งองค์กร
- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย a) ถึง e) ในหัวข้อเจตนาเป็นอย่างน้อย
- 3. มีการแสดงชัดเจนสำหรับเทคโนโลยีทางยาและวัสดุสำหรับภาวะฉุกเฉิน และการปรับเปลี่ยนวิธีทำให้สงบ และอายุและสภาวะทางยาของผู้ป่วย
- 4. มีการอบรมการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ทำให้สงบ (ดูที่ COP.3.2)

มาตรฐาน ASC.3.1

มีผู้มีความสมบัติเหมาะสมสำหรับผู้ปฏิบัติวิชาชีพที่ทำให้สงบและผู้ทำหน้าที่ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะทำให้สงบ

เจตนาของ ASC.3.1

คุณสมบัติของแพทย์ หรือบุคคลอื่นที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการทำให้สงบระดับกลางและระดับลึกเป็นสิ่งสำคัญ | ความเข้าใจวิธีการสำหรับทำให้สงบซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและชนิดของวิธีปฏิบัติจะช่วยลดความเจ็บปวดและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน | ภาวะแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับวิธีการทำให้สงบ ซึ่งรวมถึง การควบคุมหัวใจและการหายใจ | ดังนั้น การรับรองในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งจำเป็น | นอกจากนี้ความรู้ในเรื่องยาสำหรับทำให้สงบและทำให้ฟื้นตัวจะช่วยลดความเสี่ยงของผลที่เป็นอันตราย บุคคลนั้นต้องมีความชำนาญในสิ่งต่อไปนี้

- a) เทคนิคของวิธีการทำให้สงบต่างๆ
- b) การช่วยในการทำให้สงบและการใช้สารแก้ฤทธิ์
- c) การเฝ้าติดตามที่เหมาะสม และ
- d) การตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อน

นักปฏิบัติวิชาชีพซึ่งอยู่ในกระบวนการทำให้สงบ จะต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกับผู้ทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง | การแยกหน้าที่ให้ผู้มีความสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่ ติดตามเฝ้าระวังตัวแปรด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และช่วยในการดูแลทั่วไปหรือการช่วยการฟื้นคืน | บุคคลนั้นต้องมีความชำนาญในสิ่งต่อไปนี้

- e) การเฝ้าติดตามที่เหมาะสม
- f) การตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อน
- g) การใช้สารแก้ฤทธิ์ และ
- h) เกณฑ์ในการฟื้นคืน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.3.1

- 1. นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยข้อ a) ถึง d) ในหัวข้อเจตนาเป็นอย่างน้อย ให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ถูกทำให้สงบ
- 2. บุคลากรที่ทำหน้าที่ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต้องปฏิบัติตามอย่างน้อยในข้อ e) ถึง h) ในหัวข้อเจตนา
- 3. มีการบันทึกกระบวนการทำให้สงบโดยบุคลากรทั้งหมดในกระบวนการลงในเวชระเบียน



## มาตรฐาน ASC.3.2

มีการบันทึกและตรวจติดตามกระบวนการทำให้สงบเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ (P)

### เจตนาของ ASC.3.2

การทำให้สงบเป็นภาวะต่อเนื่อง (continuum) จากการทำให้สงบระดับเบา (mild sedation) ไปถึงการทำให้สงบระดับลึก (deep sedation) และผู้ป่วยจะรู้สึกในระดับที่หนึ่งไปอีกระดับ | หลายๆ ปัจจัยมีผลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยจนกระทั่งสงบ | ปัจจัยรวมถึงยาที่ให้ วิธีการให้ยา และปริมาณยาที่ใช้ อายุของผู้ป่วย (เด็ก ผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุ) และประวัติการให้ยาของผู้ป่วย | ตัวอย่างเช่น ประวัติการเสื่อมของร่างกายส่วนที่สำคัญ การให้ยาในปัจจุบันอาจจะมีผลต่อการให้ยาทำให้สงบ การแพ้ยา ประวัติการตอบสนองที่อาจจะเป็นอันตรายต่อการระงับความรู้สึกหรือทำให้สงบ และการใช้ยาหรือแอลกอฮอล์ที่เกินขนาด (substance abuse) อาจจะมีผลในการตอบสนองต่อกระบวนการทำให้สงบได้เช่นกัน | ถ้าสภาวะทางร่างกายของผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง จะต้องพิจารณาถึงความจำเป็นที่จะรักษาผู้ป่วย และเลือกกระบวนการทำให้สงบอย่างเหมาะสม

การประเมินผู้ป่วยก่อนการทำให้สงบช่วยระบุปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยต่อกระบวนการทำให้สงบ และช่วยระบุการค้นพบระหว่างการติดตามผู้ป่วยในระหว่างและหลังการทำให้สงบ | ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการประเมินผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

- ระบุปัญหาจากการหายใจที่อาจจะมีผลต่อการเลือกวิธีทำให้สงบ
- ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อใช้กระบวนการทำให้สงบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- วางแผนชนิดของการทำให้สงบและระดับที่จำเป็นต่อผู้ป่วยขึ้นอยู่กับกระบวนการที่ใช้อยู่
- ดูแลการทำให้สงบอย่างปลอดภัย
- การแปลผลข้อมูลจากการเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างการทำให้สงบและการพักฟื้น

นโยบายขององค์กรกำหนดขอบเขตและรายละเอียดของการประเมินนี้

ขณะผู้ป่วยอยู่ในการทำให้สงบ มีการตรวจติดตามระดับของการมีสติ การใช้เครื่องช่วยหายใจและสถานะออกซิเจน และความดันโลหิต ซึ่งขึ้นอยู่กับ ชนิดและปริมาณการให้ยา ระยะเวลาของกระบวนการ และชนิดและสภาวะของผู้ป่วย | สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงได้แก่ความสามารถที่ผู้ป่วยจะคงไว้ซึ่งการตอบสนองอัตโนมัติเพื่อการป้องกัน (protective reflexes) การมีทางเดินหายใจที่เปิดโล่งตลอดเวลา การตอบสนองต่อการกระตุ้นทางกายภาพหรือการสั่งด้วยวาจา | ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่ติดตามเฝ้าระวังตัวแปรด้านสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และช่วยในการดูแลทั่วไปหรือการช่วยทำให้ฟื้น

เมื่อกระบวนการทำให้สงบสิ้นสุดลง ผู้ป่วยอาจจะมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความล่าช้าในการดูดซึมยาทำให้สงบ ระบบทางเดินหายใจ และ/หรือการขาดการกระตุ้นจากกระบวนการ | ผู้ป่วยต้องการการติดตามอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งใกล้ระดับที่มีสติและความดันโลหิตปกติ | หลักเกณฑ์มีวัตถุประสงค์ช่วยในการระบุผู้ป่วยที่จะฟื้นและ/หรือพร้อมสำหรับการจำหน่าย (ดูที่ QPS.8, ME 6)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.3.2

- 1. มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการทำให้สงบอย่างสอดคล้องกับนโยบายขององค์กร โดยรวมข้อ a) ถึง e) ในหัวข้อเจตนาเพื่อประเมินความเสี่ยงและความเหมาะสมในการทำให้ผู้ป่วยสงบ และบันทึกไว้ (ดูที่ AOP.1, MEs 1 และ 2)
- 2. ผู้คุณสมบัติเหมาะสมติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ทำให้สงบ พร้อมทั้งบันทึกผลการเฝ้าติดตาม
- 3. มีการนำเกณฑ์ที่กำหนดไว้มาใช้สำหรับการพักฟื้นและจำหน่ายจากการทำให้สงบ และบันทึกไว้

### มาตรฐาน ASC.3.3

มีการอธิบายเรื่องความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกของการทำให้สงบ ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้

### เจตนาของ ASC.3.3

ในการวางแผนกระบวนการทำให้สงบ มีการให้ความรู้กับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนได้รับความรู้ถึงความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือก | การอภิปรายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเพื่อให้ได้รับการยินยอม (consent) ตามข้อกำหนดใน PFR.5.2 | บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้ความรู้

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.3.3

- 1. ผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนได้รับความรู้ถึงความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือก เกี่ยวกับกระบวนการทำให้สงบ
- 2. ผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนได้รับความรู้เกี่ยวกับหลังการระงับความรู้สึกเจ็บปวด
- 3. บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้ความรู้

## ♥ ASC.4 – ASC.6.1 | การระงับความรู้สึก Anesthesia Care

### การระงับความรู้สึก (Anesthesia Care)

### มาตรฐาน ASC.4

ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก และก่อนการนำสลบ

### เจตนาของ ASC.4

เนื่องจากการระงับความรู้สึกก่อให้เกิดความเสี่ยงระดับสูง จึงต้องมีการวางแผนอย่างระมัดระวัง | การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผนดังกล่าวและการบริหารยาแก้ปวดหลังผ่าตัด | การประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึกให้สารสนเทศที่จำเป็นสำหรับ

### ระบุปัญหาทางเดินหายใจ

### การเลือกวิธีการระงับความรู้สึกและการวางแผนระงับความรู้สึก

การให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสมอย่างปลอดภัยขึ้นอยู่กับประเมินผู้ป่วย การระบุความเสี่ยง และชนิดของวิธีการระงับความรู้สึก

การแปลผลข้อมูลจากการเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างการระงับความรู้สึกและการฟื้นตัว และ

แสดงข้อมูลของสภาวะไร้ความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างศัลยกรรม

วิสัญญีแพทย์หรือผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมอื่น เป็นผู้ประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก | กระบวนการประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึกอาจทำก่อนการรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือก่อนทำหัตถการผ่าตัดสักระยะหนึ่ง หรือทันทีก่อนทำหัตถการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยคลอด | การประเมินก่อนการนำสลบเป็นการประเมินที่แยกจากการประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึก | เนื่องจากเน้นที่ความเสถียรทางสรีรวิทยาและความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการระงับความรู้สึก และเกิดขึ้นทันทีก่อนการนำสลบ ถ้าจะต้องให้การระงับความรู้สึกอย่างฉุกเฉิน การประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึกและการประเมินก่อนการนำสลบ สามารถทำต่อเนื่องกันได้หรือพร้อมกันได้ แต่ได้รับการบันทึกแยกจากกัน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.4

- 1. มีการประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (ดูที่ AOP.1, MEs 1 และ 2)
- 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินก่อนการนำสลบ เพื่อประเมินผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งทันทีก่อนการนำสลบ
- 3. การประเมินทั้งสอง กระทำโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

มาตรฐาน ASC.5

มีการวางแผนการให้การระงับความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละรายและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร

เจตนาของ ASC.5

มีการวางแผนการระงับความรู้สึกอย่างระมัดระวังและบันทึกไว้ในแบบบันทึกทางวิสัญญี | การวางแผนมีการพิจารณาข้อมูลจากการประเมินอื่นๆ ด้วย แผนระบุงการระงับความรู้สึกที่จะใช้ วิธีการระงับความรู้สึก ยาและสารน้ำอื่นๆ | วิธีการเฝ้าติดตาม และการดูแลหลังการระงับความรู้สึกที่คาดว่าจะเกิดขึ้น มีการบันทึกผู้ที่ทำการระงับความรู้สึก ปริมาณยาที่ใช้ (ถ้ามี) และเทคนิคไว้ในทะเบียนการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (ดูที่ COP.2.1; QPS.8, ME 6; และ MOI.10.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.5

- 1. มีการวางแผนการระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 2. มีการบันทึกผู้ที่ทำการระงับความรู้สึก ปริมาณยาที่ใช้ (ถ้ามี) และเทคนิคในการระงับความรู้สึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3. มีการบันทึกชื่อวิสัญญีแพทย์และ/หรือพยาบาลวิสัญญีหรือผู้ช่วยไว้ในทะเบียนการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย

มาตรฐาน ASC.5.1

มีการอธิบายเรื่องความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกในการระงับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

เจตนาของ ASC.5.1

กระบวนการวางแผนระงับความรู้สึกหมายรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในประเด็นเรื่องความเสี่ยง ประโยชน์ ทางเลือกเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและการบริหารยาระงับปวดหลังผ่าตัดที่วางแผนไว้ | การสนทนานี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการที่จะขอความยินยอมสำหรับการระงับความรู้สึก ตามที่กำหนดใน PFR.5.2 วิสัญญีแพทย์หรือผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้ความรู้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.5.1

- 1. มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในเรื่องความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกของการระงับความรู้สึก
- 2. มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในเรื่องการบริหารยาระงับปวดหลังผ่าตัด
- 3. วิสัญญีแพทย์หรือบุคคลอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้ความรู้

## มาตรฐาน ASC.6

มีการเฝ้าติดตามสถานะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างต่อเนื่องระหว่างให้การระงับความรู้สึก และบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

### เจตนาของ ASC.6

การเฝ้าติดตามสถานะทางสรีรวิทยา ทำให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยระหว่างการให้การระงับความรู้สึก (ทั้งร่างกาย, ทางไขสันหลัง และเฉพาะส่วน) และในช่วงพักฟื้น | ผลของการติดตามเป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อ การตัดสินใจระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดเช่นกัน เช่น การกลับไปทำศัลยกรรม การโอนไปยังหน่วยการดูแลอีกหน่วย หรือการจำหน่ายผู้ป่วย | ข้อมูลในการเฝ้าติดตามเป็นแนวทางในการให้ยาและพยาบาลผู้ป่วยและระบุถึงความจำเป็นในการวินิจฉัยและบริการอื่นๆ มีการบันทึกผลการติดตามผู้ป่วยไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

วิธีการเฝ้าติดตามขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึก วิธีการระงับความรู้สึก และความซับซ้อนของการผ่าตัดหรือหัตถการอื่นที่กระทำระหว่างระงับความรู้สึก | อย่างไรก็ตาม การเฝ้าติดตามโดยรวมระหว่างระงับความรู้สึกสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและนโยบายองค์กร และมีการบันทึกผลลัพธ์ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยในผู้ป่วยทุกราย (ดูที่ ASC.4)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.6

- 1. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุความถี่ขั้นต่ำและประเภทของการเฝ้าติดตามระหว่างระงับความรู้สึก และเป็นแนวทางเดียวกันสำหรับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกัน ได้รับการระงับความรู้สึกแบบเดียวกัน ไม่ว่าจะให้การระงับความรู้สึก ณ ที่ใด
- 2. มีการเฝ้าติดตามสถานะทางสรีรวิทยาตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ขณะให้การระงับความรู้สึก
- 3. ผลลัพธ์ของการเฝ้าติดตาม ได้รับการบันทึกไว้ในแบบบันทึกการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย

### มาตรฐาน ASC.6.1 (ทำให้ชัดเจน)

มีการเฝ้าติดตามและบันทึกสถานะของผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกแต่ละราย ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากหน่วยพักฟื้นโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือโดยใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้ **Ⓟ**

### เจตนาของ ASC.6.1

การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างที่ให้การระงับความรู้สึกเป็นพื้นฐานสำหรับการเฝ้าติดตามในช่วงพักฟื้นหลังการระงับความรู้สึก | การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลสถานะของผู้ป่วยในระยะพักฟื้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสู่ setting อื่นซึ่งมีระดับความเข้มข้นของการให้บริการน้อยกว่า | การบันทึกข้อมูลการเฝ้าติดตามเป็นเอกสารสนับสนุนการยุติการเฝ้าติดตามในช่วงพักฟื้นและตัดสินใจการจำหน่ายผู้ป่วย | มีการเฝ้าติดตามและบันทึกข้อมูลเมื่อผู้ป่วยได้ถูกโอนจากห้องผ่าตัดไปยังหน่วยรับผู้ป่วยเช่นเดียวกับการมีการบันทึกในห้องพักฟื้น

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากบริเวณพักฟื้นหลังการระงับความรู้สึก สามารถทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้

- a) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย (หรือยุติการเฝ้าติดตามในช่วงพักฟื้น) โดยวิสัญญีแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมครบถ้วน หรือบุคคลอื่นที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยบริการวิสัญญี

b) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย (หรือยุติการเฝ้าติดตามในช่วงพักฟื้น) โดยพยาบาล หรือบุคคลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง ตามเกณฑ์หลังการระงับความรู้สึกที่กำหนดโดยผู้นำของโรงพยาบาล และบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยมีหลักฐานว่าเป็นไปตามเกณฑ์

c) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายไปยังหน่วยดูแลซึ่งมีความสามารถในการให้การดูแลหลังการระงับความรู้สึกหรือหลังการทำให้สงบสำหรับผู้ป่วยที่เลือกสรรไว้ เช่น หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมประสาท

มีการบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงและเวลาที่จำหน่ายออกจากบริเวณพักฟื้น (หรือเวลาที่เริ่มพักฟื้นและเวลายุติการเฝ้าติดตามในช่วงพักฟื้น) ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย (ดูที่ AOP.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของมาตรฐาน ASC.6.1

- 1. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าติดตามในระหว่างการพักฟื้นหลังการระงับความรู้สึก
- 2. มีการบันทึกข้อมูลการเฝ้าติดตามในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3. ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากหน่วยดูแลหลังการระงับความรู้สึก (หรือยุติการเฝ้าติดตามในช่วงพักฟื้น) ตามทางเลือกที่ระบุไว้ในข้อ a) ถึง c) ของหัวข้อเจตนา
- 4. มีการบันทึกเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงและเวลาที่จำหน่ายออกจากบริเวณพักฟื้นในเวชระเบียนผู้ป่วย

### ♥ ASC.7 – ASC.7.4 | การดูแลทางศัลยกรรม Surgical Care

การดูแลทางศัลยกรรม (Surgical Care)

มาตรฐาน ASC.7

มีการวางแผนและบันทึกแผนการดูแลทางศัลยกรรมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตามผลการประเมินผู้ป่วย

เจตนาของ ASC.7

เนื่องจากการผ่าตัดก่อให้เกิดความเสี่ยงในระดับสูง จึงต้องวางแผนใช้การผ่าตัดอย่างระมัดระวัง | การประเมินผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำหรับการเลือกหัตถการผ่าตัดที่เหมาะสม และเพื่อระบุสิ่งที่ตรวจพบจากการเฝ้าติดตามผู้ป่วยอาจจะเป็นเรื่องสำคัญ | การประเมินให้ข้อมูลที่จำเป็น สำหรับ

เลือกหัตถการที่เหมาะสมและเวลาที่ดียิ่งที่สุด

การทำหัตถการอย่างปลอดภัย และ

การแปลสิ่งที่ตรวจพบจากการเฝ้าติดตามผู้ป่วย

การเลือกหัตถการผ่าตัดขึ้นอยู่กับประวัติของผู้ป่วย สภาวะทางร่างกาย และข้อมูลการวินิจฉัยโรค รวมทั้ง ความเสี่ยงและประโยชน์ของหัตถการต่อผู้ป่วย | การเลือกหัตถการอาศัยการพิจารณาสารสนเทศที่ได้จาก การประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ผลการตรวจวิเคราะห์เพื่อการวินิจฉัยโรค และข้อมูลอื่นที่มี | กระบวนการประเมินผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดโดยฉุกเฉิน อาจกระทำในช่วงเวลาที่สั้นลง (ดู AOP.1.2.1, ME 3)

มีการระบุแผนการดูแลด้านศัลยกรรมและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย | ชื่อของหัตถการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่ถือเป็นการวินิจฉัยโรค

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ASC.7

- 1. มีการบันทึกสารสนเทศจากการประเมินที่ใช้ในการจัดทำและสนับสนุนหัตถการรุกร่างกาย (invasive procedure) ที่วางแผนไว้ ในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบก่อนที่จะทำหัตถการ (ดูที่ AOP.5.4, ME 3; และ AOP.6.4, ME 3)
- 2. การดูแลทางศัลยกรรมของผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการวางแผนตามสารสนเทศจากการประเมิน
- 3. มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดและหัตถการที่วางแผนไว้ ในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบก่อนที่จะทำหัตถการ

มาตรฐาน ASC.7.1

มีการอธิบายเรื่องความเสี่ยง ประโยชน์ และทางเลือกของการดูแลทางศัลยกรรม ให้กับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้

เจตนาของ ASC.7.1

ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ที่ตัดสินใจแทน ได้รับสารสนเทศที่เพียงพอเพื่อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้ความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ตามข้อกำหนดใน PFR.5.2 | ข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย

ความเสี่ยงของหัตถการที่วางแผนไว้

ประโยชน์ของหัตถการที่วางแผนไว้

ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ และ

ทางเลือกของการรักษาด้วยการผ่าตัดและไม่ต้องผ่าตัดที่เป็นไปได้สำหรับผู้ป่วย

นอกจากนี้ เมื่อจำเป็นต้องใช้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด จะต้องมีการอธิบายในเรื่องความเสี่ยงและทางเลือก | ศัลยแพทย์ที่จะผ่าตัดผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้สารสนเทศนี้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ASC.7.1

- 1. ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่ตัดสินใจแทนได้รับความรู้ถึงความเสี่ยง ประโยชน์ ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น และทางเลือก เกี่ยวกับหัตถการการผ่าตัดที่วางแผนไว้
- 2. การให้ความรู้ รวมถึงความจำเป็น ความเสี่ยงและประโยชน์ และทางเลือกในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
- 3. ศัลยแพทย์ที่จะผ่าตัดผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นที่มีคุณสมบัติ เป็นผู้ให้ความรู้และบันทึกความรู้ไว้

มาตรฐาน ASC.7.2

มีรายงานทางศัลยกรรมเกี่ยวกับหัตถการการผ่าตัด ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อช่วยในการดูแลต่อเนื่อง

เจตนาของ ASC.7.2

การดูแลผู้ป่วยหลังทำศัลยกรรมขึ้นกับเหตุการณ์และสิ่งที่พบจากหัตถการทางศัลยกรรม | ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ หัตถการและผลการรักษาที่จำเป็นของสภาวะของผู้ป่วยจะต้องถูกบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย | ข้อมูลนี้จะถูกนำเสนอในรูปแบบของแบบแผน ทั้งแบบกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์ หรือ เป็นรายงานการผ่าตัด เช่น การบันทึกรายงานความคืบหน้าของการผ่าตัด | รายงานทางศัลยกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรได้รับการจัดทำเสร็จก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากบริเวณ

พักฟื้นหลังการระงับความรู้สึก เพื่อช่วยในการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังทำศัลยกรรม | รายงานทางศัลยกรรมจะต้องมีข้อมูลดังนี้เป็นอย่างน้อย

- a) การวินิจฉัยหลังการผ่าตัด
- b) ชื่อศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัดและผู้ช่วย
- c) ชื่อเหตุการณ์และคำอธิบายของสิ่งที่ค้นพบ
- d) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทำเหตุการณ์
- e) สิ่งที่ส่งไปตรวจทางศัลยกรรม
- f) ปริมาณการสูญเสียเลือดและปริมาณการถ่ายเลือด
- g) ตัวเลขทะเบียนของเครื่องมือทั้งหมดที่ใส่เข้าไปในผู้ป่วย
- h) วัน เวลา และลายมือชื่อของแพทย์ผู้รับผิดชอบ

ข้อมูลบางอย่างอาจจะไว้ในบันทึกอื่นๆ | ยกตัวอย่างเช่น ปริมาณการสูญเสียเลือดและปริมาณการถ่ายเลือดอาจจะถูกบันทึกในทะเบียนระงับความเจ็บปวด หรือข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใส่เข้าไปอาจจะแสดงในสต็อกเกอร์ที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าของผู้ผลิตเครื่องมือ

เวลาหลังศัลยกรรมโดยทันทีทันใดเรียกว่าเป็น “เวลาที่ทำศัลยกรรมเสร็จ ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกเคลื่อนย้ายเพื่อไปดูแลในขั้นต่อไป” | คำนิยามนี้ทำให้มั่นใจว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องมีไว้สำหรับผู้ดูแลคนต่อไป ถ้าศัลยแพทย์ยังคงดูแลผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปที่หน่วยงานต่อไปหรือพื้นที่ที่ได้รับการดูแล รายงานทางศัลยกรรม แบบแผน หรือ บันทึกความคืบหน้าสามารถเขียนในหน่วยงานนั้นหรือพื้นที่ที่ดูแลนั้น (ดูที่ ACC.3; COP.2.3; และ QPS.8, ME 5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ASC.7.2

- 1. รายงานทางศัลยกรรม แบบแผน หรือบันทึกความคืบหน้าในการผ่าตัด ประกอบด้วยเนื้อหาข้อ a) ถึง h) ในหัวข้อเจตนา เป็นอย่างน้อย
- 2. โรงพยาบาลได้ระบุสารสนเทศที่อาจจะถูกบันทึกในหน่วยงานเฉพาะของรายการเป็นประจำ
- 3. รายงานทางศัลยกรรม แบบแผน หรือ บันทึกความคืบหน้ามีขึ้นทันทีหลังจากการผ่าตัด ก่อนที่คนไข้จะถูกโอนย้ายไปเพื่อการดูแลขั้นต่อไป

มาตรฐาน ASC.7.3

มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลังศัลยกรรมและได้รับการบันทึก

เจตนาของ ASC.7.3

ผู้ป่วยแต่ละคนต้องการยาหลังศัลยกรรมหรือการพยาบาลที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับเหตุการณ์การผ่าตัดและประวัติยาของผู้ป่วย | นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการดูแลจากการบริการอื่นๆ เช่น กายภาพบำบัด หรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู | ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึง ระดับการดูแลผู้ป่วย การกำหนดการดูแล การเฝ้าติดตามหรือการรักษาติดตาม และความต้องการในการใช้ยาหรือการรักษาและบริการอื่นๆ

การวางแผนดูแลหลังศัลยกรรมสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่ก่อนการทำศัลยกรรม ขึ้นอยู่กับการประเมินความต้องการและสถานะและประเภทของศัลยกรรมที่ทำการรักษา | แผนการดูแลผู้ป่วยหลังศัลยกรรมรวมถึงความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยทันทีหลังศัลยกรรม | การวางแผนการดูแลผู้ป่วยถูกบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงและมีการรับรองโดยหน่วยงานบริการที่รับผิดชอบเพื่อให้มั่นใจว่าการบริการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในช่วงพักฟื้นหรือฟื้นฟูผู้ป่วย

ความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยหลังศัลยกรรมอาจจะเปลี่ยนเนื่องจากการปรับปรุงการรักษา หรือการประเมินใหม่เป็น ประจำจากสารสนเทศใหม่ที่ได้รับ หรือ อาจจะมีหลักฐานถึงการเปลี่ยนแปลงในสถานะของผู้ป่วยในทันทีทันใด | การวางแผนดูแลผู้ป่วยหลังศัลยกรรมมีการปรับเปลี่ยนขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้และมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน ซึ่งจะเป็แผนเริ่มต้น หรือ เป็นแผนที่เปลี่ยนไป หรือเป็นแผนใหม่ในการดูแลผู้ป่วย (ดูที่ COP.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ASC.7.3

- 1. แผนการดูแลหลังศัลยกรรมมีการจัดทำโดย แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่น ซึ่งจะต้องมีพื้นที่กับความต้องการ การดูแลหลังศัลยกรรม
- 2. แผนการดูแลหลังศัลยกรรมอย่างต่อเนื่องได้รับการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงโดยศัลยแพทย์ ผู้รับผิดชอบหรือ ได้รับการยืนยันโดยศัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบโดยการลงนามร่วมในแผนที่บันทึกไว้โดยผู้ที่ศัลยแพทย์ มอบหมาย
- 3. แผนการดูแลหลังศัลยกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึง การให้ยา การพยาบาล และ อื่นๆ เท่าที่จำเป็นต่อผู้ป่วย
- 4. เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แผนการดูแลหลังศัลยกรรมได้ถูกปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนขึ้นอยู่กับการประเมิน ใหม่ โดยนักปฏิบัติการด้านสุขภาพ

มาตรฐาน ASC.7.4

มีการวางแผนไว้สำหรับการดูแลทางศัลยกรรมที่มีการนำเครื่องมือเข้าไปในผู้ป่วย และมีการพิจารณาเป็นพิเศษถึง ขั้นตอนที่เป็นมาตรฐานและหัตถการที่จะต้องปรับเปลี่ยน

เจตนาของ ASC.7.4

หัตถการการผ่าตัดหลายๆ อย่าง เกี่ยวข้องกับการใส่วิยะเทียม เช่น สะโพก หรือ เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องควบคุมระดับปริมาณน้ำตาล หรือเครื่องมือที่ใช้ในการวัด | หัตถการผ่าตัดชนิดนี้ต้องการการ ดูแลศัลยกรรมเป็นประจำและจะต้องปรับเปลี่ยนเพื่อพิจารณาปัจจัยพิเศษ เช่น

- a) การเลือกเครื่องมือขึ้นอยู่กัวิทยาศาสตร์และการวิจัยที่มี
- b) การเปลี่ยนแปลงของตรวจสอบรายการทางศัลยกรรม เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือที่ใส่เข้าไปอยู่ในห้องผ่าตัดและ พิจารณาเป็นพิเศษในการทำเครื่องหมายเพื่อศัลยกรรม
- c) พนักงานที่ไม่ใช่พนักงานด้านเทคนิคมีคุณสมบัติและได้รับการอบรมที่จำเป็นระหว่างการใส่เครื่องมือ
- d) ความเข้าใจของและกระบวนการรายงานสำหรับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือที่จะเป็นอันตราย
- e) การพิจารณาการควบคุมการติดเชื้อ
- f) คำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ และ
- g) การติดตามเครื่องมือถ้ามีเหตุการณ์เรียกผู้ป่วยเพื่อกลับมาดูแล

การพิจารณาเป็นพิเศษนี้อาจจะจัดทำเป็นลักษณะของแนวทาง ระเบียบการ นโยบายการผ่าตัด หรือ เอกสารอื่น เพื่อ เป็นแนวทางให้ทีมงานศัลยแพทย์ และก่อให้เกิด ขั้นตอนและผลการรักษาที่มีความสม่ำเสมอ (ดูที่ FMS.8.1 และ SQE.10)



องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ ASC.7.4

- 1. การให้บริการศัลยกรรมของโรงพยาบาลได้กำหนดชนิดของเครื่องมือที่มีการใส่เข้าไปในผู้ป่วย ซึ่งจะต้องระบุในขอบเขตของการบริการ
- 2. นโยบายและวิธีการปฏิบัติได้รวมถึงข้อ a) ถึง g) ในหัวข้อเจตนา
- 3. เครื่องมือที่ใส่เข้าไปในผู้ป่วย มีอยู่ในหน่วยงานที่ดูแลโดยเฉพาะ

⇒ การจัดการด้านยาและการใช้ยา Medication Management and Use (MMU)

♥ **MMU.1** | การจัดระบบและการจัดการ Organization and Management  
การจัดระบบและการจัดการ (Organization and Management)

**มาตรฐาน MMU.1** (ทำให้ชัดเจน)

การใช้ยาในองค์กรเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง มีการจัดระบบตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลและคำแนะนำของเภสัชกรที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

**เจตนาของ MMU.1**

ยาเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย จะต้องมีการจัดระบบที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ | การจัดการด้านยาไม่ใช่ความรับผิดชอบของบริการเภสัชกรรมเท่านั้น แต่เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพด้วย | วิธีการแบ่งปันความรับผิดชอบขึ้นกับโครงสร้างและการจัดกำลังคนขององค์กร | ในองค์กรที่ไม่มีห้องยา ยาอาจได้รับการจัดการโดยแต่ละหน่วยดูแลทางคลินิกตามนโยบายขององค์กร | ในองค์กรที่มีห้องยากลางขนาดใหญ่ ห้องยาอาจจัดระบบและควบคุมยาทั่วทั้งองค์กร | การจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกส่วนขององค์กร ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และหน่วยดูแลเฉพาะ | อย่างไรก็ตาม องค์กรจัดการด้านยาโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม กำกับดูแลกิจกรรมในห้องยาบริการเภสัชกรรม | บุคคลนั้นได้รับการฝึกอบรม หรือถ้าจำเป็น จะต้องมีการประกอบวิชาชีพหรือใบรับรอง | มีการนำกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเข้ามาในโครงสร้างองค์กรและการดำเนินงานระบบจัดการด้านยาที่ใช้ในองค์กร (ดูที่ GLD.9)

องค์กรทบทวนระบบอย่างน้อยปีละครั้งเพื่อสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการด้านยาและการใช้ยา | การทบทวนประจำปีนำเสนอสารสนเทศและประสบการณ์ทั้งหมดเกี่ยวกับการจัดการด้านยามาพิจารณา | สารสนเทศและประสบการณ์ดังกล่าวประกอบด้วยตัวอย่างต่อไปนี้:

- ระบบจัดการด้านยาทำงานได้ดีเพียงใดในด้าน
  - การเลือกและจัดหายา
  - การจัดเก็บ
  - การส่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง
  - การเตรียมยาและจ่ายยา, และ
  - การบริหารและเฝ้าติดตาม
- การเฝ้าติดตามเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบัญชียา เช่น การเพิ่มยา
- การเฝ้าติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์เกือบพลาด
- การศึกษาที่จำเป็น
- การพิจารณาวิธีการปฏิบัติใหม่ๆ ตามหลักฐานวิชาการ

การทบทวนดังกล่าวทำให้องค์กรเข้าใจความต้องการและประเด็นที่สำคัญสำหรับการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของการใช้ยา

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.1

- 1. มีแผน หรือนโยบาย หรือเอกสารอื่น ระบุวิธีการจัดระบบและการจัดการยาทั่วทั้งองค์กร
- 2. Setting บริการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการด้านยาทั้งหมด ได้รับการระบุมอบอยู่ในโครงสร้างองค์กร
- 3. เกสัชกรที่มีใบอนุญาตวิชาชีพหรือผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีคุณสมบัติกำกับดูแลกิจกรรมในหัตถ์ยาหรือบริการเภสัชกรรม
- 4. มีการทบทวนระบบการจัดการด้านยาอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา บันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- 5. หัตถ์ยาและบริการเภสัชกรรมและการใช้ยา เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 6. มีแหล่งเภสัชสารสนเทศที่เหมาะสม พร้อมใช้สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

## ♥ MMU.2 – MMU.2.1 | การคัดเลือกและการจัดหา Selection and Procurement

### การคัดเลือกและการจัดหา (Selection and Procurement)

#### มาตรฐาน MMU.2

มียาที่ได้รับการเลือกอย่างเหมาะสมสำหรับการสั่งใช้ เก็บไว้ในคลังยาหรือพร้อมให้บริการ และองค์กรสามารถจัดหาที่ไม่มีในคลังยาหรือไม่มีใช้ปกติในองค์กร หรือในเวลาที่ยังขาด **Ⓟ**

#### เจตนาของ MMU.2

ทุกองค์กรจะต้องตัดสินใจว่าจะมียาอะไรพร้อมสำหรับการสั่งใช้โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ. การตัดสินใจนี้ขึ้นกับเป้าหมายขององค์กร ภาวะความต้องการของผู้ป่วย และประเภทของบริการที่มีอยู่ | องค์กรจัดทำบัญชีรายชื่อบัญชียาทั้งหมด (มักจะเรียกว่าตำรับยา – formulary) ที่จะเก็บสำรองในคลังหรือพร้อมที่จะจัดหาจากแหล่งภายนอก | ในบางกรณี กฎหมายและระเบียบข้อบังคับจะกำหนดรายการยาในบัญชีหรือแหล่งของยาเหล่านั้น | การเลือกยาเป็นกระบวนการที่อาศัยความร่วมมือซึ่งพิจารณาภาวะความต้องการและความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมกับประเด็นทางเศรษฐศาสตร์ | บางกรณีอาจจะมีการขาดคลังเนื่องจากการจัดส่งที่ช้า การขาดแคลนทั้งประเทศ หรือเหตุผลอื่นที่มีได้ คาดคิดในการควบคุมคลังยาแบบปกติ | มีกระบวนการที่แจ้งให้ผู้สั่งใช้ยาทราบถึงความขาดแคลนและยาที่สามารถใช้ทดแทนได้

ในบางครั้ง มีความจำเป็นต้องใช้ยาที่ไม่มีในคลังหรือไม่มีที่แหล่งอื่น | องค์กรมีกระบวนการอนุมัติและจัดหาดังกล่าว. นอกจากนี้ มีบางครั้งที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในเวลาฉุกเฉิน หรือเมื่อหัตถ์ยาปิด หรือเมื่อมีการลือคู้เก็บยา | แต่ละองค์กรต้องวางแผนรองรับสำหรับกรณีเหล่านี้ และให้ความรู้แก่บุคลากรถึงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดความต้องการที่จำเป็นดังกล่าว (ดูที่ MMU.3.2, ME 1)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.2

- 1. มีบัญชีรายการยาที่มีอยู่ในคลังขององค์กร หรือพร้อมที่จะจัดหาจากแหล่งภายนอก
- 2. มีกระบวนการจัดทำบัญชียาด้วยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง (ยกเว้นเมื่อถูกกำหนดจากระเบียบข้อบังคับ หรือผู้มีอำนาจจากนอกองค์กร)
- 3. มีกระบวนการที่จะเบิกยาเมื่อหัตถ์ยาปิด หรือมีการลือคู้เก็บยา

#### มาตรฐาน MMU.2.1

มีวิธีกำกับดูแลบัญชียาขององค์กรและการใช้ยา

## เจตนาของ MMU.2.1

องค์กรมีวิธีการจำรวไว้และเฝ้าติดตามบัญชียา และควบคุมการใช้ยาในองค์กร เช่น การแต่งตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ | ผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำกับดูแลบัญชียาประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสั่งใช้ จัดจ่าย บริหาร และเฝ้าติดตามการใช้ยา | การตัดสินใจนำยาเข้าหรือออกจากบัญชีรายการยาเป็นไปตามเกณฑ์ซึ่งประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ในการใช้ ประสิทธิภาพ ความเสี่ยงและราคา | มีกระบวนการหรือกลไกในการเฝ้าติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยในการใช้ยาใหม่ที่เพิ่มเข้ามา | ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการตัดสินใจในการเพิ่มยาประเภทใหม่ หรือกลุ่มใหม่ในบัญชียา จะมีกระบวนการเฝ้าติดตามความเหมาะสมเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ วิธีการสั่งใช้ (ขนาดหรือวิธีให้) และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือสถานการณ์เกี่ยวกับยาใหม่ระหว่างช่วงการแนะนำ

บัญชียาได้รับการทบทวนอย่างน้อยปีละครั้งขึ้นกับสารสนเทศความปลอดภัยและประสิทธิผล/การก่อผล (efficacy) ที่ปรากฏขึ้นใหม่ สารสนเทศการใช้ยาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ | ในการจัดการด้านยาในภาพรวม ต้องสร้างความมั่นใจว่ายาได้รับการป้องกันจากการสูญหายหรือการโจรกรรมจากห้องยา หรือสถานที่อื่นที่ใช้ในการเก็บหรือจ่ายยา | มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง บนพื้นฐานของสารสนเทศความปลอดภัยที่ปรากฏขึ้นและการก่อผลและสารสนเทศที่แสดงการใช้ยาและเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.2.1

- 1. มีวิธีการกำกับดูแลการใช้ยาในองค์กร
- 2. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องในกระบวนการสั่งใช้ จัดจ่าย บริหาร และเฝ้าติดตามผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการประเมินและคงไว้ซึ่งบัญชียา
- 3. การตัดสินใจนำยาเข้าหรือออกจากบัญชียาเป็นไปตามเกณฑ์
- 4. มีกระบวนการหรือกลไกในการเฝ้าติดตามวิธีการใช้ยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เมื่อมีการเพิ่มยาใหม่ในบัญชียา
- 5. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง บนพื้นฐานของสารสนเทศความปลอดภัยและ การก่อผล

## ♥ MMU.3 – MMU.3.3 | การเก็บรักษา ยา Storage

### มาตรฐาน MMU.3

ยาได้รับการจัดเก็บอย่างเหมาะสมและปลอดภัย (P)

### เจตนาของ MMU.3

ยาได้รับการเก็บไว้ที่คลังยาของห้องยาหรือบริการเภสัชกรรม หรือที่ห้องยาประจำหน่วยดูแลผู้ป่วย หรือที่ที่ทำงานของพยาบาลในหน่วยงานคลินิก | มาตรฐาน MMU.1 ระบุกลไกกำกับดูแลสำหรับทุกจุดที่มีการเก็บยา | ในทุกจุดที่มีการเก็บยา มีหลักฐานการปฏิบัติต่อไปนี้:

- a) มีการเก็บยาในสภาวะที่เหมาะสมเพื่อความคงตัวของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งยาที่เก็บไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วยแต่ละคน
- b) ยาควบคุม (controlled substance) ได้รับการจัดทำบัญชีอย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบบังคับที่เกี่ยวข้อง
- c) ยาและสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมยา ได้รับการติดตามการระบุส่วนประกอบ วันหมดอายุ และคำเตือน (ดูที่ FMS.5)
- d) ไม่มีการเก็บบิโเล็คโทรไลต์ความเข้มข้นสูงไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย ยกเว้นจะมีความจำเป็นทางการแพทย์ หากต้องเก็บไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการป้องกันไม่ให้เกิดการใช้ยาโดยไม่ตั้งใจ (ให้คะแนนใน IPSPG.3.1)

- e) สถานที่เก็บยาทุกแห่ง รวมทั้งยาที่เก็บไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ได้รับการตรวจสอบเป็นระยะตามนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีการเก็บยาอย่างเหมาะสม
- f) ยาได้รับการป้องกันจากการสูญหายหรือการโจรกรรมทั่วทั้งองค์กร (ดูที่ FMS.4.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.3

แต่ละองค์ประกอบของเจตนา ข้อ a) ถึง f) ได้รับการให้คะแนนเป็นรายข้อ เนื่องจากเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสูงหรือมีความเสี่ยงสูง

- 1. มีการเก็บยาในสถานะที่เหมาะสมเพื่อความคงตัวของผลิตภัณฑ์ รวมทั้งยาที่เก็บไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วยแต่ละคน
- 2. ยาควบคุม (controlled substance) ได้รับการจัดทำบัญชีอย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 3. ยาและสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมยา ได้รับการติดตามกระบวนการส่วนประกอบ วันหมดอายุ และค่าเดือน
- 4. สถานที่เก็บยาทุกแห่ง รวมทั้งยาที่เก็บไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วยแต่ละคน ได้รับการตรวจสอบเป็นระยะตามนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีการเก็บยาอย่างเหมาะสม
- 5. ยาได้รับการป้องกันจากการสูญหายหรือการโจรกรรมทั่วทั้งองค์กร

มาตรฐาน MMU.3.1

นโยบายขององค์กรสนับสนุนการเก็บยาและผลิตภัณฑ์สารอาหารอย่างเหมาะสม **(P)**

เจตนาของ MMU.3.1

มียาบางประเภทซึ่งต้องมียาที่กำหนดแนวทางการเก็บและควบคุมการใช้ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูง (เช่น สารที่บ่งชี้) สถานการณ์ที่ไม่ปกติ (เช่น ยาที่ผู้ป่วยนำมา) มีโอกาสที่จะนำไปใช้ในทางที่ผิดหรือไม่เหมาะสม (เช่น ยาตัวอย่างและยาฉุกเฉิน) และลักษณะธรรมชาติพิเศษ (เช่น ผลิตภัณฑ์สารอาหาร) ต้องการแนวทางการเก็บและควบคุมการใช้เป็นพิเศษ | นโยบายดังกล่าวระบุกระบวนการรับยา การบ่งชี้ยา การเก็บและการกระจายยาถ้าจำเป็น (ดูที่ FMS.4.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.3.1

- 1. นโยบายขององค์กรกำหนดวิธีการจัดเก็บผลิตภัณฑ์สารอาหาร
- 2. นโยบายขององค์กรกำหนดวิธีการจัดเก็บสารที่บ่งชี้ สารที่ใช้ในการตรวจพิสูจน์ และยาที่มีลักษณะคล้ายกัน
- 3. นโยบายขององค์กรกำหนดวิธีการจัดเก็บและควบคุมการใช้ยาตัวอย่าง
- 4. นโยบายขององค์กรกำหนดวิธีการจัดเก็บและระบุยาที่ผู้ป่วยนำมา

มาตรฐาน MMU.3.2

มียาฉุกเฉินพร้อมใช้ มีการควบคุม และมีความปลอดภัยเมื่อจัดเก็บไว้นอกห้องยา **(P)**

เจตนาของ MMU.3.2

เมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การได้มาซึ่งยาฉุกเฉินอย่างรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญที่สุด | แต่ละองค์กรวางแผนกำหนดตำแหน่งจัดเก็บยาฉุกเฉินและยาที่จะมีในจุดดังกล่าว | ตัวอย่างเช่น มีการจัดเก็บยาที่ใช้แก้ฤทธิ์การระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด | ตู้ยา รถยา กระเป๋า หรือกล่องใส่ยาฉุกเฉิน สามารถใช้เพื่อเป้าหมายนี้ได้ | เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงยาฉุกเฉินได้เมื่อจำเป็น องค์กรจัดให้มีระเบียบปฏิบัติหรือกระบวนการเพื่อป้องกันการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ การ

โครงการ หรือการสูญหายของยา | กระบวนการดังกล่าวสร้างความมั่นใจว่ามีการทดแทนยาเมื่อมีการใช้ เสียหาย หรือหมดอายุ | เห็นได้ว่า องค์กรเข้าใจสมดุลระหว่างการเข้าถึงได้ทันทีกับการรักษาความปลอดภัยสำหรับแหล่งที่จัดเก็บยาฉุกเฉิน (ดูที่ FMS.4.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.3.2

- 1. มียาฉุกเฉินพร้อมใช้ในหน่วยงานที่จำเป็นต้องใช้ หรือมีอยู่ในองค์กรพร้อมให้เข้าถึงได้ เพื่อตอบสนองความต้องการใช้ในภาวะฉุกเฉิน (ดูที่ MMU.2)
- 2. นโยบายขององค์กรกำหนดวิธีการจัดเก็บยาฉุกเฉิน บำรุงรักษา และป้องกันจากการสูญหายหรือการโจรกรรม
- 3. ยาฉุกเฉินจะต้องได้รับการเฝ้าติดตามและทดแทนในระยะเวลาที่เหมาะสมตามนโยบายขององค์กร เมื่อมีการใช้หมดอายุ หรือเสียหาย

มาตรฐาน MMU.3.3

องค์กรมีระบบการเรียกเก็บค่านยา (P)

เจตนาของ MMU.3.3

องค์กรมีกระบวนการในการบ่งชี้ การเก็บกลับ และการคืนหรือทำลายอย่างเหมาะสมและปลอดภัย สำหรับยาที่ผู้ผลิตหรือผู้จัดจำหน่ายเรียกกลับ | มีนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติในการใช้หรือการทำลายยาที่หมดอายุ หรือยาที่ล้าสมัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.3.3

- 1. มีระบบเรียกเก็บค่านยาพร้อมปฏิบัติ
- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุแนวทางการใช้ยาหมดอายุหรือยาที่ล้าสมัย
- 3. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุแนวทางการทำลายยาหมดอายุหรือยาที่ล้าสมัย

### ♥ MMU.4 – MMU.4.3 | การสั่งยาและถ่ายถอดคำสั่ง Ordering and Transcribing

การสั่งยาและถ่ายถอดคำสั่ง (Ordering and Transcribing)

มาตรฐาน MMU.4

การเขียนคำสั่งใช้ยา การสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่งการใช้ยาเป็นไปตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติ (P)

เจตนาของ MMU.4

การเขียนคำสั่งใช้ยา การสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่งยาที่ปลอดภัยเป็นไปตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กร | แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ด้านบริหารร่วมมือกันจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติและเฝ้าติดตาม | บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเขียนคำสั่งใช้ยา การสั่งใช้ยา และการถ่ายถอดคำสั่งที่ถูกต้อง | นโยบายขององค์กรระบุการปฏิบัติเพื่อลดใบสั่งยาที่อ่านไม่ได้ซึ่งเป็นอันตรายต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือทำให้การรักษาล่าช้า | มีการบันทึกบัญชีรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยกำลังได้รับในเวชระเบียนผู้ป่วย และพร้อมให้เภสัชกรพยาบาล และแพทย์สามารถใช้ได้ | องค์กรจัดให้มีกระบวนการเปรียบเทียบบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนรับไว้ในโรงพยาบาลกับคำสั่งใช้ยาเมื่อแรกรับ (ดูที่ IPSPG.2 และ COP.2.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.4

- 1. นโยบายและระเบียบปฏิบัติให้แนวทางเขียนคำสั่งใช้ยา การสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่งที่ปลอดภัยในองค์กร

- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุการดำเนินการเกี่ยวกับคำสั่งใช้จ่ายและการสั่งใช้จ่ายที่ไม่ชัดเจน รวมถึงมาตรการในการป้องกันไม่ให้เกิดอย่างต่อเนื่อง
- 3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องในการเขียนคำสั่งใช้จ่าย การสั่งใช้จ่าย และการถ่ายทอดคำสั่ง
- 4. เวชระเบียนผู้ป่วยมีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน มีข้อมูลนี้พร้อมให้เภสัชกรและผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพได้ใช้
- 5. มีการเปรียบเทียบคำสั่งยาเมื่อแรกรับกับบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ตามกระบวนการที่องค์กรกำหนด

มาตรฐาน MMU.4.1

องค์กรกำหนดองค์ประกอบของการสั่งใช้จ่ายหรือการเขียนคำสั่งใช้จ่ายที่สมบูรณ์ ⑥

เจตนาของ MMU.4.1

องค์กรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของการสั่งใช้จ่ายและการเขียนคำสั่งใช้จ่ายที่สมบูรณ์ เพื่อลดความแปรปรวนและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย | องค์ประกอบของใบสั่งยาที่ระบุในนโยบายควรประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย:

- a) ข้อมูลที่จำเป็นในการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- b) องค์ประกอบของคำสั่งใช้จ่ายหรือการเขียนคำสั่งใช้จ่าย
- c) เมื่อไรที่การใช้ชื่อสามัญหรือชื่อการค้าเป็นที่ยอมรับหรือเป็นที่ต้องการ
- d) เมื่อไรหรือจำเป็นหรือไม่ที่จะต้องระบุข้อบ่งชี้ในการใช้ยาสำหรับคำสั่ง PRN (pro re nata, หรือ “เมื่อจำเป็น”) หรือคำสั่งใช้จ่ายอื่นๆ
- e) ชนิดของคำสั่งใช้จ่ายซึ่งต้องอิงตามน้ำหนักตัว เช่น กลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ และประชากรอื่นที่คล้ายคลึงกัน

มีกระบวนการในสถานที่ที่มีการจัดการ

- การดำเนินการเมื่อคำสั่งใช้จ่ายไม่สมบูรณ์ อ่านไม่ออก หรือไม่ชัดเจน
- ชนิดของคำสั่งใช้จ่ายที่อนุญาตให้ใช้เพิ่มเติม เช่น คำสั่งในกรณีฉุกเฉิน คำสั่งยืน (standing order) คำสั่งหยุดอัตโนมัติ และคำสั่งอื่นๆ รวมถึงองค์ประกอบที่จำเป็นในการใช้คำสั่งดังกล่าว และ
- การใช้คำสั่งใช้จ่ายด้วยวาจาหรือทางโทรศัพท์ และกระบวนการที่จะสอบทานคำสั่งดังกล่าว (ให้คะแนนใน IPSPG 2, ME 1)

จะเห็นว่ามาตรฐานนี้กำหนดความคาดหวังสำหรับการสั่งใช้จ่ายทั่วทั้งองค์กร | นโยบายที่นำไปปฏิบัติจะปรากฏให้เห็นจากคำสั่งใช้จ่ายที่สมบูรณ์ในเวชระเบียนผู้ป่วย ห้องยาหรือหน่วยจ่ายยาที่รับข้อมูลที่จำเป็นในการจ่ายยา และการบริหารยาบนพื้นฐานของการสั่งยาที่สมบูรณ์ (ดูที่ COP.2.2 และ MOI.10)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.4.1

องค์ประกอบ a) ถึง e) ในหัวข้อเจตนาจะให้คะแนนรวมไปพร้อมกัน เนื่องจากองค์ประกอบเหล่านี้แสดงถึงนโยบายขององค์กรต่อคำสั่งใช้จ่ายที่สมบูรณ์ในแง่มุมต่างๆ

- 1. คำสั่งใช้จ่ายหรือการเขียนคำสั่งใช้จ่ายที่ยอมรับได้ถูกกำหนดไว้ในนโยบาย ซึ่งอย่างน้อยมีองค์ประกอบ a) ถึง i) ของหัวข้อเจตนา
- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุแนวทางการดำเนินการเมื่อคำสั่งใช้จ่ายไม่สมบูรณ์ อ่านไม่ออก หรือไม่ชัดเจน

- 3. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุแนวทางการดำเนินการชนิดของคำสั่งใช้ยาที่อนุญาตให้ใช้เพิ่มเติม เช่น คำสั่งในกรณีฉุกเฉิน คำสั่งยืน (standing order) คำสั่งหยุดอัตโนมัติ และคำสั่งอื่นๆ รวมถึงองค์ประกอบที่จำเป็นในการใช้คำสั่งดังกล่าว
- 4. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุแนวทางการติดตามคำสั่งใช้ยาหรือการเขียนคำสั่งใช้ยามีความสมบูรณ์

#### มาตรฐาน MMU.4.2

องค์กรระบุผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งได้รับอนุญาตให้เขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยาได้

#### เจตนาของ MMU.4.2

การคัดเลือกยาเพื่อใช้รักษาผู้ป่วยต้องใช้ความรู้และประสบการณ์เฉพาะ | แต่ละองค์กรมีความรับผิดชอบในการระบุบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ที่จำเป็น และได้รับอนุญาตให้เขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยาได้โดย ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (licensure) ประกาศนียบัตร (certification) กฎหมาย หรือระเบียบข้อบังคับ | องค์กรอาจจะจำกัดการเขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยาสำหรับสารควบคุม สารเคมีบำบัด หรือสารกัมมันตภาพรังสีและยาที่อยู่ระหว่างการทดลองใช้ | ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยาจะต้องเป็นที่รับรู้ของบริการเภสัชกรรมหรือเจ้าหน้าที่จ่ายยา | ในกรณีฉุกเฉิน องค์กรอาจจะระบุเพิ่มเติมรายชื่อบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้เขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยา (ดูที่ COP.2.2, SQE.10, และ MOI.11)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.4.2

- 1. เฉพาะบุคคลที่ได้รับอนุญาตจากองค์กร และโดยใบอนุญาต กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยาได้
- 2. มีกระบวนการจำกัดการเขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยาของบุคลากรเมื่อมีความเหมาะสม
- 3. รายชื่อบุคคลที่ได้รับอนุญาตให้เขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้ยา เป็นที่รับรู้ของบริการเภสัชกรรมหรือบุคคลที่ทำหน้าที่จ่ายยา

#### มาตรฐาน MMU.4.3

มีการบันทึกยาที่ได้รับการสั่งและบริหารให้แก่ผู้ป่วย ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

#### เจตนาของ MMU.4.3

การบันทึกการได้รับยาของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วยรายการยาที่มีการเขียนคำสั่งใช้ยาหรือสั่งใช้แก่ผู้ป่วย ขนาด และเวลาที่มีการให้แก่ผู้ป่วย | การบันทึกนี้รวมถึงยาที่ให้ตามอาการเมื่อจำเป็นด้วย | ถ้ามีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการบริหารยาแยกต่างหาก แบบบันทึกดังกล่าวจะได้รับการนำไปรวมในเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายหรือโอนย้ายผู้ป่วย (ดูที่ COP.2.2)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.4.3

- 1. มีการบันทึกยาที่ได้รับการเขียนคำสั่งใช้หรือสั่งใช้สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- 2. มีการบันทึกยาที่ให้แก่ผู้ป่วยสำหรับการบริหารยาแต่ละครั้ง (dose)
- 3. มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับยาไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยหรือนำมารวมกับเวชระเบียนเมื่อจำหน่ายหรือโอนย้าย

## ♥ MMU.5 – MMU.5.2 | การเตรียมยาและจัดจ่ายยา Preparing and Dispensing

### การเตรียมยาและจัดจ่ายยา (Preparing and Dispensing)

#### มาตรฐาน MMU.5

ยาต่างๆ ได้รับการเตรียมและจัดจ่ายในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและสะอาด

#### เจตนาของ MMU.5

ห้องยาหรือบริการเภสัชกรรมเตรียมยาและจัดจ่ายยาในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย เป็นไปตามกฎหมายระเบียบข้อบังคับ และมาตรฐานวิชาชีพ | องค์การระบุมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับการเตรียมยาและจัดจ่ายยาที่ปลอดภัยและสะอาด | ตัวอย่างเช่น มาตรฐานในทางปฏิบัติของการเตรียมยาด้วยความสะอาดและมีการสวมใส่หน้ากากหรือใช้ตู้ปลอดเชื้อไหลเวียนอากาศ (laminar airflow hoods) ในการเตรียมยา | ยาที่ได้รับการเก็บและจัดจ่ายนอกห้องยา เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วย เป็นไปตามมาตรการเดียวกันในด้านความปลอดภัยและความสะอาด | บุคลากรที่จัดเตรียมผลิตภัณฑ์ปราศจากเชื้อ (เช่น สารน้ำ และ epidurals) ได้รับการฝึกอบรมหลักการของเทคนิคการปลอดเชื้อ | มีตู้ปลอดเชื้อไหลเวียนอากาศ (laminar airflow hoods) พร้อมใช้และมีการใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ทางวิชาชีพ (เช่น ยาที่เป็นพิษต่อเซลล์)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.5

- 1. ยาได้รับการจัดเตรียมและจัดจ่ายในสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัย โดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสม. (ดูที่ PCI.7, ME1)
- 2. การจัดเตรียมและจัดจ่ายยาเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และมาตรฐานวิชาชีพ
- 3. บุคลากรที่จัดเตรียมผลิตภัณฑ์ปลอดเชื้อได้รับการฝึกอบรมเทคนิคการปราศจากเชื้อ

#### มาตรฐาน MMU.5.1

มีการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา **P**

#### เจตนาของ MMU.5.1

การจัดการยาที่ดีจะต้องมีการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาแต่ละครั้ง ดังนี้:

- ความเหมาะสมของยาสำหรับผู้ป่วยและความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วยดำเนินการในเวลา ยาที่มีการกำหนดหรือสั่ง
- การตรวจสอบในช่วงเวลาของการบริหารยาที่ตรงตามคำสั่งหรือกำหนด (ดูที่ MMU.6.1)

การทบทวนครั้งแรกจะดำเนินการโดยเภสัชกรผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เจ้าหน้าที่เทคนิค หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่ผ่านการอบรม | ทบทวนความเหมาะสมในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาแต่ละครั้ง รวมถึงข้อ a) ถึง g) ด้านล่าง | การทบทวนครั้งใหม่เหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงขนาดยาหรือปัจจัยเกี่ยวกับความเหมาะสมอื่นๆ เช่น เมื่อสั่งยาด้วยยาใหม่หรือความซ้ำซ้อนของการบำบัด (therapeutic duplication) อาจมีปัญหา | องค์การกำหนดข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ



การทบทวนอย่างเหมาะสมจะต้องดำเนินการเมื่อใดก็ตามแม้สถานการณ์จะไม่เป็นปกติ | ตัวอย่างเช่น ถ้าห้องยากลางหรือหน่วยจ่ายยาไม่ได้เปิดและการจ่ายยาจ่ายจากยาที่จัดเก็บในหน่วยพยาบาล การทบทวนความเหมาะสมยังคงต้องได้รับการดำเนินการโดยบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม | อย่างไรก็ตามการตรวจสอบอาจจะต้องดำเนินการร่วมกับการตรวจสอบก่อนการบริหารยา (ตรวจสอบ) เมื่อบุคคลเดียวกันดูแลยา

กระบวนการทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาก่อนจ่าย หมายรวมการประเมินโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับการอบรมในประเด็นต่อไปนี้

- a) ความเหมาะสมของยา, ขนาด, ความถี่ และช่องทางที่ให้ยา
- b) ความซ้ำซ้อนของการบำบัด (therapeutic duplication)
- c) การแพ้ยาหรือมีภูมิไวเกิน ที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น
- d) ปฏิกริยาระหว่างยาที่สั่งกับยาตัวอื่นหรืออาหาร ที่เกิดขึ้นจริงหรือมีโอกาสเกิดขึ้น
- e) ความแตกต่าง (variation) จากเกณฑ์การใช้ยาขององค์กร
- f) น้ำหนักตัวและข้อมูลด้านสรีรวิทยาอื่นๆ ของผู้ป่วย และ
- g) ข้อห้ามอื่นๆ

ผู้ทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาที่มีความสามารถที่จะทบทวนโดยผ่านการศึกษาและฝึกอบรมตามที่ระบุไว้ในสิทธิการปฏิบัติงาน (privileging) หรือได้แสดงความสามารถนั้นในกระบวนการทบทวน | บุคคลนี้อาจจะเป็นเภสัชกรในช่วงเวลาการทำงานปกติของห้องยาและอาจจะเป็นพยาบาลในหน่วยทางคลินิกในช่วงตอนเย็น | มีการบันทึกการฝึกอบรมของพยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ เพื่อดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสม และจะได้รับการสนับสนุนโดยวัสดุอ้างอิงโปรแกรมคอมพิวเตอร์และทรัพยากรอื่น ๆ ดังนั้นเมื่อแพทย์โทรมาเพื่อสั่งซื้อยาใหม่ในช่วงเวลากลางคืนสำหรับผู้ป่วยพยาบาลผ่านการฝึกอบรมจะเขียนลงและอ่านคำสั่งใช้ยา แล้วดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสม | นโยบายโรงพยาบาลอาจต้องมีการตรวจสอบครั้งที่สองโดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในวันถัดไปหรือตรวจสอบโดยแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมที่ไม่ได้เขียนใบสั่งยาและได้รับการฝึกอบรมเพื่อดำเนินการตรวจสอบ เช่น แพทย์ประจำบ้านในองค์กรที่เป็นโรงเรียนแพทย์หรือโรงเรียนแพทย์ชุมชน

การทบทวนความเหมาะสมอาจจะไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสมสำหรับภาวะฉุกเฉินหรือเมื่อแพทย์ผู้สั่งยายังอยู่ในขณะนั้นเพื่อทำหน้าที่สั่งยา บริหารยา และเฝ้าติดตามผู้ป่วย (เช่น ในห้องผ่าตัดหรือห้องฉุกเฉิน) หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางรังสีหรือภาพวินิจฉัยซึ่งการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งของหัตถการนั้น

มีบันทึก (profile) ยาทั้งหมดที่ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อทบทวนได้สะดวกขึ้น ยกเว้นยาฉุกเฉินและยาที่ให้ผู้ป่วยในลักษณะเป็นส่วนหนึ่งของหัตถการ | บันทึกนี้อาจจะเก็บไว้ในห้องยาและ/หรือเป็นระบบออนไลน์เพื่อการตรวจสอบเมื่อห้องยาถูกปิด | ข้อมูลเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นในการตรวจสอบตามความเหมาะสม

มีการปรับปรุงซอฟต์แวร์ตามกำหนดเวลาที่เหมาะสมสำหรับกรณีที่ใช้ซอฟต์แวร์โปรแกรมในการตรวจสอบปฏิบัติการของยาและการแพ้ยา

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.5.1

○ 1. องค์กรกำหนดข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับกระบวนการทบทวนที่มีประสิทธิภาพ และไม่ว่าห้องยาจะเปิดหรือปิด มีแหล่งข้อมูลที่ใช้ได้ทุกครั้ง

- 2. นอกเหนือจากที่ระบุข้อยกเว้นไว้ในหัวข้อเจตนา ใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาแต่ละครั้งได้รับการทบทวนความเหมาะสมก่อนจัดจ่ายและบริหาร และครอบคลุมข้อ a) ถึง g) ในหัวข้อเจตนา | ดังนั้น ใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาแต่ละครั้งได้รับการทบทวนความเหมาะสมก่อนจัดจ่าย
- 3. มีกระบวนการในการติดต่อผู้เขียนใบสั่งยาหรือผู้สั่งใช้ยาเมื่อมีข้อสงสัยต่อการสั่งใช้ยา
- 4. ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทบทวนใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยาได้รับการพิจารณาแล้วว่ามีความสามารถในการทบทวน
- 5. การทบทวนถูกทำให้ง่ายขึ้นด้วยบันทึก (profile) สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา และไม่ว่าห้องยาจะเปิดหรือปิด มีบันทึกที่พร้อมใช้ได้ทุกครั้ง
- 6. ซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการตรวจสอบปฏิกิริยาของยาและการแพ้ยาได้รับการปรับปรุงให้ทันสมัยเป็นระยะตามที่คุณผลิตโปรแกรมให้คำแนะนำ

#### มาตรฐาน MMU.5.2

มีระบบในการจ่ายยาที่ถูกขนาด แก่ผู้ป่วยที่ถูกคน ในเวลาที่ต้องการ

#### เจตนาของ MMU.5.2

องค์กรจ่ายยาในรูปแบบที่พร้อมใช้แก่ผู้ป่วย (ready-to-administer) มากที่สุดที่เป็นไปได้เพื่อลดโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนระหว่างการจัดจ่ายและการบริหารยา | เมื่อมีการนำยาออกจากรูปแบบการบรรจุดั้งเดิมหรือเตรียมและจัดจ่ายในภาชนะที่แตกต่างออกไปโดยไม่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยทันที จะต้องเขียนฉลากยาซึ่งประกอบด้วยชื่อยา ขนาด/ความเข้มข้น วันที่จัดเตรียม และวันที่หมดอายุ | ห้องยากลางและจุดจัดจ่ายยาอื่นๆ ทั้งทั้งองค์กรใช้ระบบเดียวกัน | ระบบดังกล่าวสนับสนุนการจ่ายยาที่ต้องการทันเวลาที่ต้องการใช้

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.5.2

- 1. มีระบบในการจัดจ่ายและกระจายยาที่เป็นแบบเดียวกันในองค์กร
- 2. ยาได้รับการติดฉลากยาอย่างเหมาะสมหลังการจัดเตรียม ประกอบด้วยชื่อยา ขนาดยา/ความเข้มข้น วันที่จัดเตรียม วันที่หมดอายุ และชื่อผู้ป่วย
- 3. ยาได้รับการจัดจ่ายในรูปแบบที่พร้อมใช้แก่ผู้ป่วย
- 4. ระบบดังกล่าวสนับสนุนการจ่ายยาที่ต้องการทันเวลาที่ต้องการใช้

### ♥ MMU.6 – MMU.6.2 | การบริหารยา Administration

การบริหารยา (Administration)

#### มาตรฐาน MMU.6

องค์กรระบุบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่มีสิทธิบริหารยา

#### เจตนาของ MMU.6

การบริหารยาเพื่อรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ความรู้และประสบการณ์เฉพาะ | แต่ละองค์กรมีความรับผิดชอบในการระบุบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ที่จำเป็น และได้รับอนุญาตให้บริหารยาได้โดย ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (licensure) ประกาศนียบัตร (certification) กฎหมาย หรือระเบียบข้อบังคับ | องค์กรอาจจะจำกัดการบริหารยาโดย

บุคลากร สำหรับสารควบคุม หรือสารกัมมันตภาพรังสีและยาที่อยู่ระหว่างการทดลองใช้ | ในกรณีฉุกเฉิน องค์กรอาจระบุเพิ่มเติมรายชื่อบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้บริหารยา (ดูที่ SQE.3 และ SQE.10)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.6

- 1. องค์กรระบุบุคลากรที่มีสิทธิบริหารยา โดยคำบรรยายลักษณะงาน (job description) หรือกระบวนการให้สิทธิการปฏิบัติงาน
- 2. เฉพาะผู้ที่ได้รับอนุญาตจากองค์กร และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือได้รับอนุญาตตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเท่านั้นที่เป็นผู้บริหารยา
- 3. มีกระบวนการจำกัดการบริหารยาของบุคลากร เมื่อมีความเหมาะสม

มาตรฐาน MMU.6.1

การบริหารยารวมถึงกระบวนการเพื่อสอบทานความถูกต้องกับใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา

เจตนาของ MMU.6.1

การบริหารยาที่ปลอดภัยครอบคลุมการสอบทานสิ่งต่อไปนี้

- a) ยา กับที่ระบุในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- b) เวลาและความถี่ในการบริหารยา กับที่ระบุในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- c) จำนวนขนาดยา กับที่ระบุในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- d) วิธีการบริหารยา กับที่ระบุในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา และ
- e) การบ่งชี้ผู้ป่วย (ให้คะแนนที่ IPSPG 1, ME 3)

องค์กรกำหนดกระบวนการทวนสอบที่จะใช้ในการบริหารยา | เมื่อมีการจัดเตรียมยาและจัดจ่ายที่หน่วยดูแลผู้ป่วย กระบวนการทวนสอบความเหมาะสมที่ระบุไว้ใน MMU.5.1 ก็ต้องได้รับการปฏิบัติโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมด้วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.6.1

- 1. มีการทวนสอบยากับใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- 2. มีการทวนสอบขนาดยากับใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- 3. มีการทวนสอบวิธีการบริหารยากับใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- 4. มีการบริหารยาตรงเวลา
- 5. มีการบริหารยาตามคำสั่งใช้ยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

มาตรฐาน MMU.6.2

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อกำกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยนำมาใช้ด้วยตนเอง หรือยาตัวอย่าง **Ⓟ**

## เจตนาของ MMU.6.2

การกำกับดูแลการใช้ยาในองค์กรต้องอาศัยความเข้าใจแหล่งที่มาและการใช้ยาที่ไม่ได้สั่งใช้ในองค์กร เช่น ยาที่ผู้ป่วยนำมาใช้ด้วยตนเอง หรือยาตัวอย่าง | แพทย์เจ้าของไข้รับทราบยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำเข้ามา และบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย | แพทย์เจ้าของไข้รับทราบการใช้ยาด้วยตนเองของผู้ป่วย ทั้งยาที่ผู้ป่วยนำมาเองหรือยาที่สั่งใช้ในองค์กร และบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย | องค์กรควบคุมการมีและการจัดการและการใช้ยาตัวอย่างและบันทึกไว้

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.6.2

- 1. นโยบายและระเบียบปฏิบัติได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อกำกับดูแลการใช้ยาโดยผู้ป่วยเอง
- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อกำกับดูแลการบันทึก การใช้และการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำเข้ามาในองค์กร
- 3. นโยบายและระเบียบปฏิบัติได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อกำกับดูแลการมีและใช้ยาตัวอย่าง

## ♥ MMU.7 – MMU.7.1 | การเฝ้าติดตามการใช้ยา Monitoring

การเฝ้าติดตามการใช้ยา (Monitoring)

มาตรฐาน MMU.7

มีการเฝ้าติดตามผลของยาต่อผู้ป่วย (P)

เจตนาของ MMU.7

ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่นๆ ทำงานร่วมกันเพื่อเฝ้าติดตามผู้ป่วยในเรื่องการใช้ยา | วัตถุประสงค์ของการเฝ้าติดตามคือประเมินผลของยาต่ออาการหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงจำนวนเม็ดเลือด การทำหน้าที่ของไต การทำหน้าที่ของตับ และการติดตามอื่นๆ สำหรับยาบางตัว และเพื่อประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย | จากการเฝ้าติดตาม จะสามารถปรับขนาดหรือประเภทของยาได้เมื่อจำเป็น | เป็นเรื่องเหมาะสมที่จะเฝ้าติดตามการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เมื่อมีการบริหารยาใหม่แก่ผู้ป่วยเป็นครั้งแรก | การเฝ้าติดตามดังกล่าวมีเป้าหมายที่จะระบุการตอบสนองทางเภสัชวิทยาที่คาดหวัง รวมถึงการแพ้ยา ปฏิกริยาระหว่างยาที่ไม่คาดคิด การเปลี่ยนแปลงการทรงตัวของผู้ป่วยซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ฯลฯ

การเฝ้าติดตามผลของการใช้ยาหมายความรวมถึงการสังเกตและการบันทึกผลที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น | องค์กรมีนโยบายที่จะบ่งชี้ผลที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งต้องมีการบันทึกและที่ต้องมีการรายงาน | องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เมื่อเกิดเหตุและกำหนดเวลาที่จะต้องรายงาน

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.7

- 1. มีการเฝ้าติดตามผลของยาต่อผู้ป่วย (ดูที่ AOP.2)
- 2. มีการเฝ้าติดตามผลของยาที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยและบันทึกไว้
- 3. องค์กรมีนโยบายระบุผลที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งต้องบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย และที่ต้องรายงานต่อองค์กร (ดูที่ QPS.8)
- 4. มีการบันทึกผลที่ไม่พึงประสงค์ไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยตามที่กำหนดในนโยบาย
- 5. มีการรายงานผลที่ไม่พึงประสงค์ตามกำหนดเวลา

## มาตรฐาน MMU.7.1

มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา รวมทั้งเหตุเกือบพลาด ตามกระบวนการและช่วงเวลาที่ยังคงกำหนด (P)

### เจตนาของ MMU.7.1

องค์กรมีกระบวนการที่จะบ่งชี้และรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) และเหตุเกือบพลาด (near miss) | กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย การกำหนดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุเกือบพลาด การใช้แบบฟอร์มมาตรฐานในการรายงาน และการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการและความสำคัญของการรายงาน | คำจำกัดความและกระบวนการดังกล่าวจัดทำโดยกระบวนการที่นำผู้เกี่ยวข้องในขั้นตอนต่างๆ ของการจัดการเกี่ยวกับยามาร่วมมือกัน | กระบวนการรายงานเป็นส่วนหนึ่งในแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร | รายงานจะถูกส่งไปยังบุคคลหนึ่งหรือมากกว่าที่มีความรับผิดชอบในการดำเนินการ | แผนงานมุ่งเน้นการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาด้วยการทำความเข้าใจชนิดของความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นทั้งในองค์กรเองและในองค์กรอื่นๆ และสาเหตุที่เกิดเหตุเกือบพลาดขึ้น | มีการใช้การปรับปรุงกระบวนการเกี่ยวกับยาและการฝึกอบรมเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในอนาคต | ห้องยามีส่วนร่วมในการฝึกอบรมบุคลากรดังกล่าว (ดูที่ QPS.8 และ QPS.9)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MMU.7.1

- 1. มีการกำหนดคำจำกัดความ ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุเกือบพลาด
- 2. มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุเกือบพลาดในเวลาที่กำหนดโดยใช้กระบวนการที่กำหนดไว้
- 3. มีการกำหนดผู้ที่มีภาระรับผิดชอบในการดำเนินการเมื่อได้รับรายงาน
- 4. องค์กรใช้ข้อมูลรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุเกือบพลาด เพื่อพัฒนากระบวนการใช้ยา

⇒ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว Patient and Family Education (PFE)

## มาตรฐาน PFE.1

องค์กรจัดให้มีการให้ความรู้ที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล

### เจตนาของ PFE.1

องค์กรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะสำหรับเข้าร่วมในกระบวนการดูแล (patient care process) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล | แต่ละองค์กรจัดให้การให้ความรู้เข้าไปอยู่ในกระบวนการดูแล บนพื้นฐานเป้าหมายขององค์กร ลักษณะบริการที่ให้ และลักษณะกลุ่มผู้ป่วย | มีการวางแผนการให้ความรู้เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายได้รับความรู้ที่จำเป็นต้องได้รับ | องค์กรเลือกวิธีการจัดระบบทรัพยากรเพื่อการให้ความรู้ในลักษณะที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล | องค์กรอาจเลือกที่จะแต่งตั้งผู้ประสานงานหรือคณะกรรมการรับผิดชอบการให้ความรู้ ตั้งหน่วยสุขศึกษา หรือจัดรูปแบบการทำงานง่ายๆ ที่ให้บุคลากรทุกคนร่วมให้ความรู้ในลักษณะที่ประสานกัน

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFE.1

- 1. องค์กรวางแผนการให้ความรู้สอดคล้องกับเป้าหมาย ลักษณะบริการที่ให้ และลักษณะกลุ่มผู้ป่วยขององค์กร
- 2. มีโครงสร้างหรือกลไกที่เหมาะสมในการให้ความรู้ทั่วทั้งองค์กร
- 3. มีการจัดระบบโครงสร้างและทรัพยากรเพื่อการให้ความรู้ในลักษณะที่มีประสิทธิผล

## มาตรฐาน PFE.2

มีการประเมินความรู้ที่ผู้ป่วยแต่ละรายจำเป็นต้องได้รับ และบันทึกไว้ในเวชระเบียน

### เจตนาของ PFE.2

การให้ความรู้จะมุ่งเน้นความรู้และทักษะเฉพาะที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการสำหรับตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และดูแลต่อเองที่บ้าน | การให้ความรู้นี้แตกต่างจากการให้ข้อมูลทั่วไปซึ่งจะได้รับข้อมูลอย่างเดียวแต่ไม่มีลักษณะของการศึกษาเรียนรู้

มีกระบวนการประเมินที่บ่งชี้ประเภทของการผ่าตัด การทำหัตถการที่มีการใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์เข้าสู่ร่างกาย (invasive procedure) อื่นๆ และการรักษา ที่ได้วางแผนไว้ ความต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่ควบคุมกัน และความต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อรับทราบสิ่งที่ผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัวควรได้เรียนรู้ | การประเมินนี้ช่วยผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในการวางแผนและให้ความรู้ที่จำเป็น

บุคลากรขององค์กรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยในการตัดสินใจในกระบวนการดูแล | ความรู้ที่เพิ่มขึ้นตอนการขอความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent) (เช่น สำหรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก) ได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย | นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น การทำแผล การให้อาหารผู้ป่วย การบริหารยา และการรักษา) พวกเขาจำเป็นต้องได้รับความรู้ในเรื่องดังกล่าว

สิ่งที่ต้องเรียนรู้ที่ได้รับการบ่งชี้ ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย | การบันทึกนี้ช่วยให้ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทุกคนมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ดังกล่าว | แต่ละองค์กรกำหนดตำแหน่งและรูปแบบสำหรับบันทึกการประเมินความรู้ที่ต้องการการวางแผน และการให้ความรู้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFE.2

- 1. มีการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเรียนรู้
- 2. มีการบันทึกผลการประเมินสิ่งที่ต้องเรียนรู้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย
- 3. มีการบันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบเดียวกันโดยบุคลากรทุกคน

## มาตรฐาน PFE.2.1

มีการประเมินความสามารถในการเรียนรู้และความเต็มใจที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว

### เจตนาของ PFE.2.1

จุดแข็งและส่วนขาดด้านความรู้และทักษะได้รับการบ่งชี้และใช้เพื่อวางแผนให้ความรู้ | มีตัวแปรเกี่ยวกับผู้ป่วยจำนวนมากที่จะใช้พิจารณาว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเต็มใจและความสามารถที่จะเรียนรู้หรือไม่ (ดูที่ PFR.1.1) | ดังนั้นในการวางแผนการเรียนรู้ องค์กรจะต้องประเมินองค์ประกอบต่อไปนี้

- การรู้หนังสือ ระดับการศึกษา และภาษาที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้
- อุปสรรคทางด้านอารมณ์ และแรงจูงใจ และ
- ข้อจำกัดด้านร่างกายและด้านการรับรู้

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFE.2.1

- 1. มีการประเมินการรู้หนังสือ ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และภาษาที่ผู้ป่วยใช้

- 2. มีการประเมินผู้ป่วยในด้านอุปสรรคทางด้านอารมณ์ และแรงจูงใจ
- 3. มีการประเมินผู้ป่วยในด้านข้อจำกัดด้านร่างกายและด้านการรับรู้
- 4. มีการใช้ผลการประเมินในการวางแผนให้ความรู้

### มาตรฐาน PFE.3

วิธีการให้ความรู้คำนึงถึงค่านิยมและความพึงใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

### เจตนาของ PFE.3

การเรียนรู้เกิดได้เมื่อใส่ใจต่อวิธีการที่ใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว | ความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวช่วยให้องค์กรเลือกผู้ให้ความรู้และวิธีการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับค่านิยมและความพึงใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเพื่อกำหนดบทบาทของครอบครัวและวิธีการสอน | ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล โดยการสนทนาและถามบุคลากรเพื่อให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและมีส่วนร่วมตามที่คาดหวัง | บุคลากรตระหนักในบทบาทที่สำคัญของผู้ป่วยในการให้การดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพสูง | การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรผู้ป่วย และครอบครัว เปิดโอกาสให้รับเสียงสะท้อนเพื่อความมั่นใจว่าข้อมูลที่ให้นั้นเป็นที่เข้าใจ เหมาะสม เป็นประโยชน์ และนำไปใช้ได้ | องค์กรกำหนดว่าเมื่อไรและอย่างไรที่จะใช้เอกสารย้ำเสริมเพิ่มจากการให้ความรู้ด้วยวาจา เพื่อให้เข้าใจได้ดีขึ้น และเพื่อเป็นเอกสารความรู้อ้างอิงในอนาคต

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFE.3

- 1. มีกระบวนการที่จะสอบถามว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับและเข้าใจความรู้ที่จัดให้
- 2. ผู้ให้ความรู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวตั้งคำถามและสนทนาในฐานะคู่สนทนาที่กระตือรือร้น
- 3. มีการใช้เอกสารย้ำเสริมการให้ความรู้ด้วยวาจาตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับความพึงใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว

### มาตรฐาน PFE.4

ผู้ประกอบการวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันเพื่อให้ความรู้

### เจตนาของ PFE.4

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเข้าใจการมีส่วนร่วมช่วยเหลือในการให้ความรู้ต่อผู้ป่วยของผู้ประกอบการวิชาชีพอื่น จะสามารถร่วมมือกันอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น | ความร่วมมือจะช่วยสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับมีความครอบคลุม สอดคล้อง และได้ผลมากเท่าที่จะเป็นไปได้ | ความร่วมมืออยู่บนพื้นฐานของภาวะความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นจึงอาจไม่จำเป็นเสมอไป | ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ การมีเวลาให้ความรู้ที่พอเพียง และความสามารถในการสื่อสารที่มีประสิทธิผล เป็นข้อพิจารณาที่สำคัญในการให้ความรู้ที่มีประสิทธิผล

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PFE.4

- 1. มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความร่วมมือกัน เมื่อมีข้อบ่งชี้
- 2. ผู้ให้ความรู้มีความรู้ในเนื้อหาที่จะให้
- 3. ผู้ให้ความรู้มีเวลาเพียงพอที่จะให้ความรู้
- 4. ผู้ให้ความรู้มีทักษะการสื่อสารที่จะให้ความรู้

### ตอนที่ 3 Section III: มาตรฐานการบริหารจัดการสถานพยาบาล Health Care Organization Management Standards

⇒ การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย Quality Improvement and Patient Safety (QPS)

♥ QPS.1 | การจัดการกิจกรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย Management of Quality and Patient Safety Activities

QPS การจัดการกิจกรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

การจัดการกิจกรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Management of Quality and Patient Safety Activities)

โปรแกรมโดยรวมด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กรได้รับอนุมัติโดยการกำกับดูแล (ดูที่ GLD.2) โดยผู้นาองค์กรกำหนดโครงสร้างและจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นในการใช้โปรแกรม (ดูที่ GLD.4) | ผู้นาระบุความสำคัญโดยรวมสำหรับการวัดผลและการพัฒนาในแผนก/หน่วยบริการ (ดูที่ GLD.11 และ GLD.11.1)

มาตรฐานในบท QPS ระบุโครงสร้าง ความเป็นผู้นำ และกิจกรรมที่สนับสนุนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการพัฒนาคุณภาพในการจัดลำดับความสำคัญ – ในระดับโรงพยาบาล แผนก และการบริการโดยเฉพาะ | สิ่งนี้รวมถึงการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และอุบัติการณ์รุนแรงในระดับองค์กร | มาตรฐานยังอธิบายถึงการบทบาทประสานงานที่เป็นศูนย์กลางของการริเริ่มพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร และจัดทำแนวทางและทิศทางการฝึกอบรมพนักงานและการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย | มาตรฐานไม่ได้ระบุโครงสร้างองค์กร เช่น แผนก เพราะขึ้นอยู่กับแต่ละองค์กรตัดสินใจ

มาตรฐาน QPS.1 (ใหม่)

บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยไปปฏิบัติ และจัดการกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินงานโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในองค์กร ⑥

เจตนาของ QPS.1

การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในองค์กรต้องการโปรแกรมที่ดีในการนำไปปฏิบัติ | เมื่อผู้กำกับดูแลโปรแกรมอนุมัติและผู้นาจัดหาทรัพยากรเพื่อนำโปรแกรมไปปฏิบัติ ต้องใช้แนวทางและการจัดการประจำวันเพื่อดำเนินการโปรแกรมและทำให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งที่ทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ (ดูที่ GLD.4)

บุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่านำโปรแกรมไปในการดำเนินการ | การเข้าร่วมเก็บข้อมูล วิเคราะห์วางแผน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ต้องอาศัยความรู้และทักษะ | บุคลากรที่กำกับดูแลโปรแกรมคุณภาพเลือกพนักงานที่มีความสามารถที่จำเป็น | ในบางครั้งบางส่วนของบุคลากรที่เป็นหลักในคุณภาพอาจอยู่ในระดับแผนก/หน่วยบริการในองค์กร | บุคลากรเหล่านี้ต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือเรื่องข้อมูล | บุคลากรในโปรแกรมต้องเข้าใจความสำคัญในระดับองค์กรและความสำคัญระดับแผนก/หน่วยบริการ และนำไปประสานงานโปรแกรมโดยรวม | บุคลากรโปรแกรมคุณภาพประสานงานและจัดระเบียบมาตรการทั่วทั้งองค์กรและสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นตัววัดที่เกี่ยวข้องกับลำดับความสำคัญขององค์กร



การฝึกอบรมและการสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็น | บุคลากรในโปรแกรมคุณภาพช่วยสนับสนุนการรวบรวมข้อมูลทั่วทั้งองค์กร โดยให้ความช่วยเหลือการรวบรวมข้อมูล เช่น กำหนดแบบฟอร์มในการเก็บข้อมูล ระบุว่าข้อมูลที่เก็บ และวิธีการตรวจสอบข้อมูล | บุคลากรทั่วทั้งองค์กรอาจต้องได้รับความช่วยเหลือในการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล นำการพัฒนาไปปฏิบัติ และประเมินการพัฒนาให้เป็นไปอย่างยั่งยืน | ดังนั้น บุคลากรในโปรแกรมคุณภาพจึงมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการฝึกอบรมและการสื่อสารเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วทั้งองค์กร (ดูที่ GLD.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.1

- 1. บุคลากรที่มีประสบการณ์ในวิธีการและกระบวนการของการพัฒนาถูกเลือกให้เป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติซึ่งโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2. บุคลากรที่กำกับดูแลโปรแกรมคุณภาพเลือกและสนับสนุนบุคลากรคุณภาพสำหรับโปรแกรมและสนับสนุนให้บุคลากรรับผิดชอบต่อโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยทั่วทั้งองค์กร
- 3. มีโปรแกรมสนับสนุนและประสานงานไปยังผู้นำของแผนก/หน่วยบริการสำหรับมาตรการที่คล้ายกันทั่วทั้งองค์กร และสำหรับการจัดลำดับความสำคัญสำหรับการพัฒนา (ดูที่ GLD.11)
- 4. มีโปรแกรมฝึกอบรมสำหรับบุคลากรซึ่งสอดคล้องกับบทบาทในโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (ดูที่ SQE.14.1, ME 1 และ SQE.16.1, ME 1)
- 5. มีโปรแกรมรับผิดชอบต่อการสื่อสารประเด็นคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำให้กับพนักงานทั้งหมด

### ♥ QPS.2 – QPS.3 | การเลือกตัววัดและการเก็บข้อมูล Measure Selection and Data Collection

QPS การเลือกตัววัดและการเก็บข้อมูล

การเลือกตัววัดและการเก็บข้อมูล (Measure Selection and Data Collection)

มาตรฐาน QPS.2 (ใหม่)

บุคลากรโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสนับสนุนขั้นตอนการเลือกตัววัดทั่วทั้งองค์กรและประสานงานและรวบรวมกิจกรรมที่เป็นตัววัดทั่วทั้งองค์กร

เจตนาของ QPS.2

การเลือกตัววัดเป็นความรับผิดชอบของผู้นำ | GLD.5 อธิบายถึงผู้นำองค์กรตัดสินใจพื้นที่ที่มีความสำคัญที่ใช้วัดสำหรับทั้งองค์กร และ GLD.11 และ GLD.11.1 อธิบายกระบวนการเลือกตัววัดสำหรับแต่ละแผนก/หน่วยบริการ | ทุกแผนกและหน่วยบริการ – หน่วยคลินิกและฝ่ายบริหาร – เลือกตัววัดที่เกี่ยวข้องกับลำดับความสำคัญ | ในองค์กรใหญ่ มีโอกาสสำหรับตัววัดที่คล้ายกันได้รับเลือกมากกว่าหนึ่งแผนก | เช่น การควบคุมการติดเชื้อในแผนกยา และโรคติดเชื้อในแผนก/หน่วยบริการอาจมีความสำคัญในแต่ละชุดที่เกี่ยวข้องกับการลดใช้ยาปฏิชีวนะในองค์กร | โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อธิบายในมาตรฐาน QPS มีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้แผนก/หน่วยบริการตกลงในมาตรการทั่วไปและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลตัววัดที่เลือก | โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยเป็นตำแหน่งที่รวบรวมกิจกรรมที่เป็นตัววัดทั้งหมดในองค์กร รวมถึงการวัดความปลอดภัยทางวัฒนธรรมและการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ | การรวมระบบตัววัดขององค์กรทำให้เกิดโอกาสในการแก้ปัญหาและพัฒนาาร่วมกัน (ดูที่ GLD.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.2

- 1. โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสนับสนุนการเลือกตัววัดทั่วทั้งองค์กรในระดับองค์กรและระดับแผนกหรือระดับหน่วยบริการ

- 2. โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยประสานงานและรวบรวมกิจกรรมที่เป็นตัววัดทั่วทั้งองค์กร
- 3. โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยรวบรวมระบบการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มาตรการความปลอดภัยทางวัฒนธรรม และอำนวยความสะดวกในการแก้ปัญหาและพัฒนาโดยรวมในด้านอื่นๆ
- 4. โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยติดตามความคืบหน้าของการวางแผนรวบรวมข้อมูลตัววัดในลำดับความสำคัญที่เลือก

### มาตรฐาน QPS.3

องค์กรสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การศึกษา การวิจัย และการบริหารจัดการ ด้วยโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีสารสนเทศทางวิทยาศาสตร์และสารสนเทศอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน

### เจตนาของ QPS.3

บ่อยครั้งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ นักวิจัย นักศึกษา และผู้บริหารต้องการสารสนเทศมาช่วยการทำงานในหน้าที่รับผิดชอบของตน | สารสนเทศดังกล่าวอาจประกอบด้วยบทความทางวิทยาศาสตร์และการบริหารจัดการ แนวปฏิบัติทางคลินิก ข้อค้นพบจากการวิจัย และระเบียบวิธีทางการศึกษา | อินเทอร์เน็ต เอกสารสิ่งพิมพ์ในห้องสมุด แหล่งข้อมูลให้ค้นหาแบบออนไลน์ และเอกสารส่วนบุคคล ล้วนแต่เป็นแหล่งสารสนเทศที่เป็นปัจจุบันและมีคุณค่า (ดูที่ GLD.7)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.3

- 1. สารสนเทศทางวิทยาศาสตร์และสารสนเทศอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
- 2. สารสนเทศทางวิทยาศาสตร์และสารสนเทศอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน สนับสนุนการศึกษาทางคลินิก
- 3. สารสนเทศทางวิทยาศาสตร์และสารสนเทศอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน สนับสนุนการวิจัย
- 4. สารสนเทศทางวิชาชีพและสารสนเทศอื่นๆ ที่เป็นปัจจุบัน สนับสนุนการบริหารจัดการ
- 5. สารสนเทศถูกจัดเตรียมให้ในเวลาที่ใช้คาดหวัง

## ♥ QPS.4 – QPS.9 | การยืนยันความถูกต้องและการวิเคราะห์ข้อมูลการวัดผล Analysis and Validation of Measurement Data

### QPS การยืนยันความถูกต้องและการวิเคราะห์ข้อมูลการวัดผล

#### การยืนยันความถูกต้องและการวิเคราะห์ข้อมูลการวัดผล (Analysis and Validation of Measurement Data)

### มาตรฐาน QPS.4

โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึง การรวมยอดและวิเคราะห์ข้อมูล สนับสนุนต่อการดูแลผู้ป่วย การจัดการองค์กร และโปรแกรมบริหารคุณภาพ และมีส่วนร่วมในฐานะข้อมูลจากภายนอก

### เจตนาของ QPS.4

องค์กรเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลยอดรวมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการองค์กร | ข้อมูลยอดรวมทำให้เห็นภาพลักษณะสำคัญขององค์กรตามช่วงเวลาที่ผ่านมา และเปิดโอกาสให้มีการเปรียบเทียบขีดสมรรถนะขององค์กรกับองค์กรอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการระดับองค์กรที่เลือกโดยผู้นำองค์กร | ดังนั้นข้อมูลรวมยอดจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของกิจกรรมพัฒนาขีดสมรรถนะขององค์กร | โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลรวมยอดจากการบริหารความเสี่ยง

การจัดการระบบสาธารณสุขป้อน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการทบทวนการใช้ทรัพยากร สามารถช่วยให้  
องค์กรเข้าใจขีดสมรรถนะปัจจุบันและระบุโอกาสพัฒนา | ฐานข้อมูลจากภายนอกมีประโยชน์ในการตรวจสอบการ  
ปฏิบัติทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามที่ระบุใน SQE.11

องค์กรที่เข้าร่วมกับฐานข้อมูลขีดสมรรถนะจากภายนอก สามารถเปรียบเทียบขีดสมรรถนะของตนเองกับองค์กรที่  
คล้ายคลึงกัน ในท้องถิ่น ในประเทศ และกับต่างประเทศ | การเปรียบเทียบขีดสมรรถนะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผล  
ในการหาโอกาสพัฒนาและบันทึกระดับขีดสมรรถนะขององค์กร | บ่อยครั้งที่เครือข่ายบริการสุขภาพและกลุ่มผู้ซื้อหรือ  
ผู้จ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพจะขอข้อมูลดังกล่าว | ฐานข้อมูลจากภายนอกมีหลากหลายตั้งแต่ฐานข้อมูลการประกัน  
สุขภาพ ไปจนถึงฐานข้อมูลที่ดำเนินการโดยสมาคมวิชาชีพ | องค์กรอาจต้องปฏิบัติตามที่กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ  
กำหนดในการส่งข้อมูลให้กับฐานข้อมูลภายนอก | ในทุกกรณีดังกล่าวจะต้องมีการรักษาความลับและความมั่นคงของ  
ข้อมูลและสารสนเทศ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.4

- 1. โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยมีกระบวนการรวมยอดข้อมูล
- 2. ข้อมูลและข้อมูลสารสนเทศรวมยอดสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการองค์กร การสอบทานการ  
ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ และสนับสนุนโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 3. ข้อมูลและข้อมูลสารสนเทศรวมยอดส่งข้อมูลให้แก่ฐานข้อมูลภายนอกตามกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ
- 4. องค์กรเปรียบเทียบขีดสมรรถนะโดยใช้ฐานข้อมูลอ้างอิงจากภายนอก (ดูที่ PCI.6 และ PCI.6.1)
- 5. มีการรักษาความมั่นคงปลอดภัยและความลับของข้อมูลเมื่อมีการส่งข้อมูลให้หรือใช้ฐานข้อมูลภายนอก

มาตรฐาน QPS.4.1

มีการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลขององค์กรอย่างเป็นระบบ โดยผู้มีประสบการณ์ ความรู้ และทักษะที่เหมาะสม

เจตนาของ QPS.4.1

ข้อมูลจะต้องถูกนำมาประมวล (aggregate) วิเคราะห์ และแปลงไปเป็นสารสนเทศที่ใช้ประโยชน์ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุป  
และตัดสินใจ | การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการสารสนเทศ มีทักษะในวิธีการ  
ประมวลข้อมูล และรู้วิธีการใช้เครื่องมือทางสถิติที่หลากหลาย | ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลต้องรายงานให้แก่ผู้มีหน้าที่  
รับผิดชอบกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่ถูกต้อง และผู้ที่สามารถลงมือปฏิบัติการต่อผลลัพธ์ดังกล่าว | บุคคลดังกล่าวอาจ  
เป็นบุคลากรสายงานคลินิก ด้านการบริหารจัดการ หรือทั้งสองกลุ่ม | การวิเคราะห์ข้อมูลทำให้มีสารสนเทศด้านการ  
บริหารคุณภาพสะท้อนกลับอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยในการตัดสินใจของบุคลากร และปรับปรุงกระบวนการด้านคลินิก  
และด้านบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

ความเข้าใจเทคนิคทางสถิติจะช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแปลความหมายของความแปรปรวน  
และการตัดสินใจว่าจำเป็นต้องปรับปรุงที่จุดใด | Run charts, control charts, histograms และ Pareto charts  
เป็นตัวอย่างของเครื่องมือทางสถิติที่ช่วยให้เข้าใจแนวโน้มและความแปรปรวนในบริการสุขภาพ

โปรแกรมคุณภาพกำหนดความถี่ในการประมวลและวิเคราะห์ข้อมูล | ความถี่ขึ้นกับกิจกรรมหรือประเด็นที่ถูกต้อง  
ความถี่ของการวัด และลำดับความสำคัญขององค์กร ตัวอย่างเช่น ข้อมูลควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการทางคลินิก

อาจจะถูกวิเคราะห์ทุกสัปดาห์ตามระเบียบข้อบังคับในท้องถิ่น และข้อมูลการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยอาจจะถูกวิเคราะห์ทุกเดือนถ้าการพลัดตกหกล้มนั้นเกิดไม่บ่อย | ดังนั้น การประมวลข้อมูลเป็นระยะเมื่อเวลาผ่านไปทำให้องค์กรสามารถตัดสินใจความเสี่ยงของกระบวนการที่ศึกษา หรือความสามารถที่จะทำนายได้ของผลลัพธ์ที่ศึกษาเทียบกับความคาดหวัง

เป้าหมายการวิเคราะห์ข้อมูลคือทำให้สามารถเปรียบเทียบองค์กรใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. เปรียบเทียบกับตนเองตามช่วงเวลาต่างๆ เช่น เดือนต่อเดือน หรือปีต่อปี
2. เปรียบเทียบกับองค์กรอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน เช่น เปรียบเทียบผ่านฐานข้อมูลอ้างอิง (reference databases)
3. เปรียบเทียบกับมาตรฐานซึ่งกำหนดโดยองค์กรรับรองคุณภาพและองค์กรวิชาชีพ หรือมาตรฐานที่กำหนดโดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และ
4. เปรียบเทียบกับการปฏิบัติที่พึงประสงค์ซึ่งเป็นที่รับรู้และระบุไว้ในวารสารวิชาการในลักษณะของการปฏิบัติหรือแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดหรือการปฏิบัติที่ดีกว่า (best or better practices)

การเปรียบเทียบเหล่านี้ช่วยให้องค์กรเข้าใจแหล่งและธรรมชาติของความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ และช่วยกำหนดจุดเน้นของความพยายามในการพัฒนา (ดูที่ GLD.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.4.1

- 1. ข้อมูลได้รับการประมวล วิเคราะห์ และแปลงไปเป็นสารสนเทศที่ใช้ประโยชน์ได้เพื่อกำหนดโอกาสในการพัฒนา
- 2. บุคลากรที่มีประสบการณ์ ความรู้ และทักษะ ทางด้านคลินิกหรือด้านบริหารจัดการที่เหมาะสม มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว
- 3. มีการใช้เครื่องมือและเทคนิคทางสถิติในกระบวนการวิเคราะห์เมื่อมีความเหมาะสม
- 4. ความถี่ของการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่ศึกษา
- 5. มีการรายงานผลของการวิเคราะห์แก่ผู้มีภาระรับผิดชอบในการลงมือปฏิบัติ (ดูที่ GLD.1.2, ME 2)
- 6. มีการเปรียบเทียบภายในองค์กรตามช่วงเวลาต่างๆ กับองค์กรที่คล้ายคลึงกันเมื่อมีโอกาส กับมาตรฐานต่างๆ ตามความเหมาะสม และกับแหล่งวิชาชีพทางวิทยาศาสตร์ตามวัตถุประสงค์

มาตรฐาน QPS.5 (ใหม่)

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปีเพื่อพัฒนาตามลำดับความสำคัญในระดับองค์กรภายใต้ต้นทุนและประสิทธิภาพ

เจตนาของ QPS.5

โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงการวิเคราะห์ผลกระทบของการพัฒนาตามลำดับความสำคัญที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้นาองค์กร (ดูที่ GLD 5, ME 4) | บุคลากรในโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยออกแบบเครื่องมือที่ใช้ประมวลผลการใช้ทรัพยากรสำหรับกระบวนการที่มีอยู่ และทำการประเมินทรัพยากรใหม่ถ้ากระบวนการพัฒนา | ทรัพยากรอาจเป็น คน (เช่น เวลาที่ให้กับแต่ละขั้นตอนในกระบวนการ หรืออาจเกี่ยวข้องกับ การใช้เทคโนโลยีหรือทรัพยากรอื่นๆ | การวิเคราะห์จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ว่าสิ่งใดส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประสิทธิภาพและต้นทุน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.5

- 1. ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและชนิดของทรัพยากรที่ใช้ถูกรวบรวมอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปีเพื่อพัฒนาตามลำดับความสำคัญในระดับองค์กรก่อนและหลังการพัฒนา
- 2. บุคลากรในโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยทำงานกับหน่วยอื่นๆ เช่น ทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยีสารสนเทศ และการเงิน เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล
- 3. ผลของการวิเคราะห์ที่ใช้ปรับแต่งกระบวนการและรายงานกลไกการประสานงานคุณภาพให้กับผู้นำองค์กร

มาตรฐาน QPS.6

องค์กรใช้กระบวนการภายในเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (validate) ของข้อมูล ⑥

เจตนาของ QPS.6

โปรแกรมพัฒนาคุณภาพมีความถูกต้องใช้ได้ในระดับเดียวกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา | หากข้อมูลมีความบกพร่อง ความพยายามในการพัฒนาจะไม่ได้ผล | การวัดผลที่เชื่อถือได้จึงเป็นแก่นของการพัฒนาทั้งปวง | เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเก็บข้อมูลที่ดี เป็นประโยชน์ จำเป็นต้องมีกระบวนการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลภายใน | การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเมื่อ

- a) มีการใช้ตัววัดใหม่ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัววัดทางคลินิกซึ่งตั้งใจใช้เพื่อช่วยองค์กรในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ)
- b) ข้อมูลจะถูกเผยแพร่บนเว็บไซต์ขององค์กรหรือด้วยวิธีอื่น
- c) มีการเปลี่ยนแปลงในตัววัดที่ใช้อยู่เดิม เช่น เปลี่ยนเครื่องมือเก็บข้อมูล เปลี่ยนกระบวนการสรุปสาระสำคัญของข้อมูล (data abstraction) หรือบุคคลผู้สรุปสาระสำคัญ
- d) มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลจากตัววัดที่ใช้ยูนิตที่อธิบายไม่ได้
- e) มีการเปลี่ยนแปลงแหล่งข้อมูล เช่น เมื่อส่วนหนึ่งของเวชระเบียนผู้ป่วยถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้แหล่งข้อมูลมีทั้งอิเล็กทรอนิกส์และกระดาษ หรือ
- f) มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาของการเก็บข้อมูล เช่น การเปลี่ยนแปลงอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย การเจ็บป่วยร่วม การเปลี่ยนระเบียบวิธีการวิจัย ใช้แนวปฏิบัติใหม่ หรือมีการนำเทคโนโลยีและวิธีการรักษาใหม่เข้ามาใช้

การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อทำความเข้าใจคุณภาพของข้อมูลคุณภาพและเพื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ผู้ตัดสินใจจะมีต่อข้อมูลดังกล่าว | การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลกลายเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการกำหนดลำดับความสำคัญสำหรับการวัด การเลือกว่าจะวัดอะไร การเลือกและทดสอบตัววัด การเก็บรวบรวมข้อมูล การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และการใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา

เมื่อองค์กรตีพิมพ์ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิก ความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือเรื่องอื่นๆ หรือในวิธีการอื่นที่เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ เช่น เว็บไซต์ขององค์กร องค์กรมีข้อผูกพันทางจริยธรรมที่จะให้ข้อมูลแก่สาธารณะที่ถูกต้องแม่นยำและเชื่อถือได้มากที่สุด | ผู้นำขององค์กรมีภาระรับผิดชอบในการทำให้มั่นใจว่าข้อมูลดังกล่าวถูกต้องแม่นยำและเชื่อถือได้ | ความน่าเชื่อถือสามารถเกิดจากกระบวนการภายในขององค์กรเพื่อประเมินความถูกต้องสมบูรณ์ (validity) ของข้อมูล หรือโดยการประเมินขององค์กรที่สามที่เป็นอิสระ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.6

- 1. องค์กรยืนยันความถูกต้องของข้อมูลเข้าในกระบวนการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำองค์กร
- 2. องค์กรมีกระบวนการยืนยันความถูกต้องของข้อมูลภายในซึ่งครอบคลุมข้อ a) ถึง f) ในหัวข้อเจตนา
- 3. มีการใช้วิธีการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล
- 4. ผู้นำขององค์กรรับเป็นภาระรับผิดชอบสำหรับความเชื่อถือได้ของข้อมูลคุณภาพและข้อมูลผลลัพธ์ที่นำเสนอต่อสาธารณะ (ดูที่ GLD.3.1, ME 3)

มาตรฐาน QPS.7

องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อกำหนดและจัดการกับอุบัติการณ์รุนแรง (sentinel event) ⑥

เจตนาของ QPS.7

อุบัติการณ์รุนแรง (sentinel event) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตหรือบาดเจ็บทางร่างกายหรือจิตใจอย่างรุนแรง | การบาดเจ็บทางร่างกายอย่างรุนแรงรวมถึงการสูญเสียแขนขาหรือการทำงานของอวัยวะ | เหตุการณ์ดังกล่าวเรียกว่า รุนแรง เพราะเป็นสัญญาณที่ต้องตรวจสอบและตอบสนองทันที | แต่ละองค์กรกำหนดค่านิยามปฏิบัติการของอุบัติการณ์รุนแรง ซึ่งรวมเหตุการณ์ต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย

a) การเสียชีวิตที่ไม่อาจคาดการณ์ได้

- การเสียชีวิตซึ่งไม่เกิดจากธรรมชาติของการเจ็บป่วยหรือสภาวะเดิม (underlying condition) ของผู้ป่วย (เช่น การเสียชีวิตจากการติดเชื้อหลังผ่าตัด หรือการเสียชีวิตจากลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงในปอด (pulmonary embolism) ในโรงพยาบาล)
- การเสียชีวิตของทารกที่คลอดเมื่อครบกำหนด และ
- การฆ่าตัวตาย

b) การสูญเสียการทำงานของอวัยวะที่สำคัญอย่างถาวร ซึ่งไม่เกิดจากธรรมชาติของการเจ็บป่วยหรือสภาวะเดิม (underlying condition) ของผู้ป่วย

c) การผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ผิดตัวผู้ป่วย

d) การแพร่กระจายของโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง หรือความเจ็บป่วยจากการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด หรือการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ปนเปื้อน

e) การลักพาตัวทารก หรือการส่งทารกกลับบ้านให้กับพ่อแม่ผิดคู่ และ

f) การถูกข่มขืน หรือการกระทำรุนแรงในสถานที่ทำงาน เช่น การประทุษร้าย (ทำให้เสียชีวิตหรือสูญเสียการทำงานอย่างถาวร) หรือการฆาตกรรม (จงใจฆ่า) ผู้ป่วย บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพ นักเรียนแพทย์ นักศึกษาฝึกงาน ผู้มาเยือน หรือผู้ขายของ ในขณะที่อยู่ในบริเวณองค์กร

ค่านิยามอุบัติการณ์รุนแรงขององค์กรประกอบด้วยรายการในข้อ a) ถึง f) ข้างต้นและอาจรวมถึงเหตุการณ์อื่นๆ ที่กำหนดโดยกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ หรือเหตุการณ์ที่องค์กรเห็นว่าเหมาะสมที่จะเพิ่มเข้าในบัญชีรายการอุบัติการณ์รุนแรง | เหตุการณ์ทุกเหตุการณ์ที่เข้าได้กับค่านิยามได้รับการประเมินด้วยการวิเคราะห์มูลเหตุ (root case analysis) ที่น่าเชื่อถือ | รายละเอียดที่ถูกต้องของเหตุการณ์จำเป็นต้องวิเคราะห์มูลเหตุอย่างน่าเชื่อถือ ดังนั้นจึงต้องทำการวิเคราะห์ทันทีหลังเหตุการณ์ถ้าเป็นไปได้ | การวิเคราะห์และแผนปฏิบัติการเสร็จภายใน 45 วันหลังจากเหตุการณ์

หรือเมื่อตระหนักถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น | เป้าหมายของการวิเคราะห์ห้มูลเหตุคือองค์กรมีความเข้าใจที่มาของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น | เมื่อการวิเคราะห์ห้มูลเหตุทำให้เห็นว่าการพัฒนาระบบหรือปฏิบัติการอื่นใดสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงดังกล่าวซ้ำได้ องค์กรจะออกแบบกระบวนการเสียใหม่และลงมือปฏิบัติการที่เหมาะสมอื่นๆ ร่วมด้วย

มีความสำคัญที่จะต้องให้ข้อสังเกตว่า คำว่า “อุบัติเหตุรุนแรง” ไม่ได้หมายถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) | อุบัติเหตุรุนแรงไม่ได้ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดทั้งหมด หรืออุบัติเหตุไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดเช่นกัน | การระบุเหตุการณ์ที่เป็นอุบัติเหตุรุนแรงไม่จำเป็นต้องมีการยอมรับผิดตามกฎหมายเสมอไป (ดู GLD.4.1, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.7

- 1. ผู้นำขององค์กรกำหนดค่านิยมของอุบัติเหตุรุนแรง (sentinel event) ซึ่งรวมถึงองค์ประกอบ a) ถึง f) ในหัวข้อเจตนา
- 2. องค์กรวิเคราะห์ห้มูลเหตุของอุบัติเหตุรุนแรงในระยะเวลาที่กำหนดโดยผู้นำองค์กร ซึ่งไม่เกิน 45 วันหลังจากเหตุการณ์หรือเมื่อตระหนักถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- 3. ผู้นำของโรงพยาบาลดำเนินการปฏิบัติตามผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ห้มูลเหตุ

มาตรฐาน QPS.8

มีการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อพบว่ามีแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์และข้อมูลมีความแปรปรวน **Ⓟ**

เจตนาของ QPS.8

เมื่อองค์กรพบหรือสงสัยว่ามีความแตกต่างจากสิ่งที่คาดไว้และเป็นสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ องค์กรจะเริ่มวิเคราะห์อย่างเข้มข้นเพื่อกำหนดว่าควรเน้นการพัฒนาไปในเรื่องใดจึงจะดีที่สุด (ดูที่ MMU.7.1) | โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การวิเคราะห์อย่างเข้มข้นจะเริ่มเมื่อระดับ แบบแผน หรือแนวโน้มไม่เป็นที่พึงประสงค์และมีความแตกต่างอย่างมากจาก

- สิ่งที่คาดหวังไว้
- ระดับ แบบแผน หรือแนวโน้มขององค์กรอื่น หรือ
- มาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ

มีการวิเคราะห์ข้อมูลในเหตุการณ์ต่อไปนี้:

- a) ปฏิกริยาจากการให้เลือดที่ได้รับการยืนยันทั้งหมด ถ้าประยุกต์ได้กับองค์กร
- b) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงทั้งหมด ถ้าประยุกต์ได้และถูกกำหนดโดยองค์กร
- c) ความคลาดเคลื่อนทางยาที่สำคัญ ถ้าประยุกต์ได้และถูกกำหนดโดยองค์กร
- d) ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการวินิจฉัยโรคก่อนและหลังผ่าตัด
- e) เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือแบบแผนของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการทำให้ส่งระดับกลางหรือระดับลึก และการระงับความรู้สึก
- f) เหตุการณ์อื่นๆ เช่น การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพ และการระบาดของโรคติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.8

- 1. มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้นเมื่อพบระดับ แบบแผน หรือแนวโน้มของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
- 2. มีการวิเคราะห์ปฏิกิริยาจากการให้เลือดที่ยืนยันแล้วทั้งหมด ถ้าประยุกต์ได้กับองค์กร (ดูที่ COP.3.3)
- 3. มีการวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่รุนแรงทั้งหมด ถ้าประยุกต์ได้และถูกกำหนดโดยองค์กร (ดูที่ MMU.7)
- 4. มีการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่สำคัญทั้งหมด ถ้าประยุกต์ได้และถูกกำหนดโดยองค์กร (ดูที่ MMU.7.1)
- 5. มีการวิเคราะห์ความแตกต่างสำคัญระหว่างการวินิจฉัยโรคก่อนและหลังผ่าตัด (ดูที่ ASC.7.2)
- 6. มีการวิเคราะห์เหตุการณ์หรือแบบแผนที่ไม่พึงประสงค์จากการทำให้สงบระดับปานกลางหรือระดับลึก และการรับรู้ความรู้สึก (ดูที่ ASC.3.2 และ ASC.5)
- 7. มีการวิเคราะห์เหตุการณ์อื่นๆ ที่องค์กรกำหนด

มาตรฐาน QPS.9

องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อป้องกันและวิเคราะห์เหตุการณ์เกือบพลาด

เจตนาของ QPS.9

ในความพยายามที่จะเรียนรู้เชิงรุกว่าที่จุดใดในระบบระบบอาจจะมีจุดอ่อนต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ องค์กรเก็บข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เรียกว่าเป็น “เหตุเกือบพลาด” (near miss) และประเมินเหตุการณ์เหล่านั้นเพื่อที่จะป้องกันการเกิดเหตุจริง | เริ่มต้นด้วยการที่องค์กรกำหนดนิยามของเหตุเกือบพลาดและประเภทของเหตุการณ์ที่จะต้องรายงาน | ต่อมาคือการจัดให้มีกลไกการรายงานและนำไปปฏิบัติ และสุดท้ายมีกระบวนการในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเรียนรู้ว่าจะเปลี่ยนแปลงกระบวนการในเชิงรุกเพื่อลดหรือขจัดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือเหตุเกือบพลาดได้ที่จุดใด (ดูที่ MMU.7.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.9

- 1. องค์กรกำหนดนิยามของเหตุเกือบพลาด
- 2. องค์กรกำหนดประเภทของเหตุการณ์ที่จะต้องรายงาน
- 3. องค์กรกำหนดกระบวนการรายงานเหตุเกือบพลาด
- 4. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและลงมือปฏิบัติการเพื่อลดเหตุเกือบพลาด

♥ QPS.10 – QPS.11 | การบรรลุและคงไว้ซึ่งการพัฒนา Gaining and Sustaining Improvement

QPS การบรรลุและคงไว้ซึ่งการพัฒนา

การบรรลุและคงไว้ซึ่งการพัฒนา (Gaining and Sustaining Improvement)

มาตรฐาน QPS.10

มีการบรรลุผลและคงไว้ซึ่งการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย



## เจตนาของ QPS.10

องค์กรใช้สารสนเทศจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุโอกาสพัฒนาหรือโอกาสลด (หรือป้องกัน) เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ | ข้อมูลจากการวัดในงานประจำ และข้อมูลจากการประเมินในลักษณะเจาะลึก มีส่วนต่อการรับรู้และเข้าใจว่าควรวางแผนการพัฒนาที่จุดใด และควรจัดความสำคัญให้การพัฒนาเรื่องอะไร | มีการวางแผนการพัฒนาสำหรับการเก็บข้อมูลสำคัญที่ผู้นำระบุ

มีการเก็บข้อมูลในระยะทดลองตามแผนที่วางไว้เพื่อแสดงให้เห็นว่ามีการปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามแผนเกิดขึ้นจริง | มีการเก็บข้อมูลเฝ้าติดตามและนำไปวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าการพัฒนานั้นยังคงอยู่ | การเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพได้รับการนำไปบรรจุไว้ในระเบียบปฏิบัติงานมาตรฐาน (standard operating procedure) และให้ความรู้ที่จำเป็นแก่บุคลากร | องค์กรบันทึกการพัฒนาที่บรรลุความสำเร็จและคงไว้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมบริหารและพัฒนาคุณภาพ (ดูที่ GLD.11, ME 4)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.10

- 1. องค์กรวางแผนและดำเนินการพัฒนาในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย
- 2. มีข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการพัฒนานั้นได้ผลและยั่งยืน (ดูที่ GLD.11, ME 3)
- 3. มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่จำเป็นเพื่อวางแผนการพัฒนา นำไปดำเนินการ และทำให้การพัฒนานั้นยั่งยืน
- 4. องค์กรบันทึกการพัฒนาที่บรรลุความสำเร็จ

## มาตรฐาน QPS.11

มีการใช้โปรแกรมบริหารความเสี่ยงที่ต่อเนื่องเพื่อบ่งชี้และลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่คาดคิด และความเสี่ยงต่อความปลอดภัยอื่นๆ ของผู้ป่วยและบุคลากร (P)

## เจตนาของ QPS.11

องค์กรจำเป็นต้องนำวิธีการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกมาใช้ | วิธีการหนึ่งคือโปรแกรมบริหารความเสี่ยงที่มีแบบแผนซึ่งมีองค์ประกอบที่จำเป็นประกอบด้วย

- a) การระบุความเสี่ยง
- b) การจัดลำดับความสำคัญความเสี่ยง
- c) การรายงานความเสี่ยง
- d) การจัดการความเสี่ยง
- e) การสอบสวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และ
- f) การจัดการกับการเรียกร้องที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่สำคัญของการบริหารความเสี่ยงคือการวิเคราะห์ความเสี่ยง เช่นกระบวนการที่ใช้ประเมินเหตุการณ์เกือบพลาดและกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงอื่นๆ ซึ่งหากมีความผิดพลาดจะทำให้เกิดอุบัติเหตุรุนแรง | เครื่องมืออันหนึ่งที่จะช่วยวิเคราะห์ในเชิงรุกถึงผลที่จะเกิดตามมาจากกระบวนการวิกฤติ มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อบกพร่องและผลกระทบ – FMEA (failure mode and effects analysis) | องค์กรสามารถบ่งชี้และใช้เครื่องมือที่คล้ายคลึงกันเพื่อระบุและลดความเสี่ยง เช่น การวิเคราะห์ความอ่อนแอต่อการเกิดอันตราย (hazard vulnerability analysis)

การใช้เครื่องมือนี้หรือเครื่องมือที่คล้ายคลึงกันอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำองค์กรต้องยอมรับและเรียนรู้แนวทางการใช้เครื่องมือดังกล่าว ให้ความเห็นชอบบัญชีรายการกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงเมื่อพิจารณาถึงความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากร และใช้เครื่องมือดังกล่าวกับกระบวนการเสี่ยงที่สำคัญ (priority risk process) | หลังจากการวิเคราะห์ผล ผู้นำองค์กรดำเนินการเพื่อให้มีการปรับการออกแบบ (redesign) กระบวนการหรือปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกันเพื่อลดความเสี่ยงในกระบวนการ | มีการดำเนินการตามกระบวนการลดความเสี่ยงในลักษณะนี้อย่างน้อยปีละครั้งและบันทึกไว้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ QPS.11

- 1. องค์กรมีกรอบความคิดการบริหารความเสี่ยงซึ่งมีข้อ a) ถึง f) ในหัวข้อเจตนา
- 2. องค์กรดำเนินการและบันทึกการใช้เครื่องมือลดความเสี่ยงในเชิงรุก อย่างน้อยหนึ่งกระบวนการเสี่ยงที่สำคัญในแต่ละปี
- 3. มีการปรับการออกแบบ (redesign) กระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงตามผลการวิเคราะห์ข้อมูล

⇒ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ Prevention and Control of Infections (PCI)

♥ PCI.1 – PCI.11

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ Prevention and Control of Infections (PCI)

มาตรฐาน PCI.1

มีผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมดอย่างน้อยหนึ่งคน บุคคลดังกล่าวมีคุณสมบัติเหมาะสมสำหรับปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ด้วยการศึกษ การฝึกอบรม ประสบการณ์ หรือประกาศนียบัตร

เจตนาของ PCI.1

เป้าหมายของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กรคือ การระบุและเพื่อลดความเสี่ยงของการได้มาและส่งผ่านการติดเชื้อระหว่างผู้ป่วย บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ บุคลากรที่ทำงานเป็นสัญญาจ้าง อาสาสมัคร นักเรียน และผู้มาเยือน

ความเสี่ยงของการติดเชื้อและกิจกรรมในโปรแกรมอาจจะแตกต่างกันในแต่ละองค์กร ขึ้นอยู่กับ กิจกรรมและการบริการของคลินิก ประชากรผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ จำนวนผู้ป่วย และจำนวนของบุคลากร | ดังนั้น โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีการกำกับดูแลที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร ความซับซ้อนของกิจกรรม ระดับของความเสี่ยง และขอบเขตของโปรแกรม | มีบุคคลหนึ่งคนหรือมากกว่า ทำงานเต็มเวลาหรือบางเวลา ทำหน้าที่กำกับดูแลโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามหน้าที่รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย หรือคำบรรยายลักษณะงาน (ดูที่ SQE.1.1) | คุณสมบัติของผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลขึ้นกับกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติและอาจพิจารณาจาก

- การศึกษา
- การฝึกอบรม
- ประสบการณ์ และ
- ประกาศนียบัตรหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ดูที่ GLD.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.1

- 1. มีบุคคลหนึ่งคนหรือมากกว่าทำหน้าที่กำกับดูแลโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- 2. ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลมีคุณสมบัติเหมาะสม สำหรับขนาดขององค์กร ระดับของความเสี่ยง ขอบเขตและความซับซ้อนของโปรแกรม
- 3. ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลปฏิบัติตามหน้าที่กำกับดูแลตามที่ได้รับมอบหมายหรือตามที่ระบุไว้ในคำอธิบายลักษณะงาน

มาตรฐาน PCI.2

มีการกำหนดกลไกประสานความร่วมมือสำหรับกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร โดยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เหมาะสมอื่นๆ มีส่วนร่วม

เจตนาของ PCI.2

กิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเกี่ยวข้องกับทุกส่วนขององค์กรและเกี่ยวข้องกับบุคลากรในแผนกและงานบริการต่างๆ จำนวนมาก เช่น แผนกทางคลินิก เคหะบริการ บริการอาหาร แม่บ้าน ห้องปฏิบัติการ เภสัชกรรม หน่วยทำให้ปราศจากเชื้อ | มีการกำหนดกลไกเพื่อประสานความร่วมมือสำหรับโปรแกรมโดยรวม | กลไกดังกล่าวอาจจะเป็นกลุ่มทำงานเล็กๆ คณะกรรมการประสานงาน คณะทำงานเฉพาะกิจ หรือกลไกอื่นๆ | หน้าที่รับผิดชอบของกลไกดังกล่าว เช่น การกำหนดเกณฑ์ตัดสินใจการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ กำหนดวิธีการเก็บข้อมูล (เผื่อระวัง) ออกแบบกลยุทธ์เพื่อจัดการกับความเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และกระบวนการรายงาน | การประสานความร่วมมือต้องมีการสื่อสารกับทุกส่วนขององค์กรเพื่อให้มั่นใจในความต่อเนื่องและบทบาทเชิงรุกของโปรแกรม

ไม่ว่าองค์กรจะเลือกกลไกประสานความร่วมมือสำหรับโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างไร จะมีตัวแทนของแพทย์และพยาบาลเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้ประกอบวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อ (infection control professionals) เสมอ | บุคลากรอื่นๆ อาจถูกเลือกเข้ามาโดยคำนึงถึงขนาดขององค์กร ความซับซ้อนของบริการ (เช่น นักระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านเก็บข้อมูล นักสถิติ หัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง นักจุลชีววิทยา เภสัชกร แม่บ้าน บริการสิ่งแวดล้อมหรืออาคารสถานที่ หัวหน้าห้องผ่าตัด)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.2

- 1. มีการกำหนดกลไกประสานความร่วมมือสำหรับโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- 2. การประสานความร่วมมือของกิจกรรมควบคุมการติดเชื้อมี แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นเข้าร่วมตามขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
- 3. การประสานความร่วมมือของกิจกรรมควบคุมการติดเชื้อมีผู้ประกอบวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อร่วม

มาตรฐาน PCI.3

โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย แนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ภูมิศาสตร์และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานสำหรับสุขภาพและความสะอาด

เจตนาของ PCI.3

สารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | จำเป็นต้องใช้สารสนเทศทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันเพื่อทำความเข้าใจและนำกิจกรรมเผื่อระวังและควบคุมไปปฏิบัติอย่างได้ผล สารสนเทศนี้อาจจะมาจากแหล่งในประเทศหรือแหล่งสากล เช่น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (US CDC) องค์การอนามัยโลก (WHO)

หน่วยงานคุ้มครองสุขภาพของประชาชนในระดับภูมิภาคและองค์กรอื่น ๆ ที่คล้ายกัน สามารถเป็นแหล่งสำคัญของการปฏิบัติการและแนวทาง | นอกจากนี้สิ่งพิมพ์และองค์กรวิชาชีพระบุมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพสิ่งแวดล้อมและความสะอาดในองค์กร | แนวทางปฏิบัติให้สารสนเทศเกี่ยวกับปฏิบัติการป้องกัน รวมทั้งการติดเชื่อที่สัมพันธ์กับบริการทางคลินิกและบริการสนับสนุน | กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบของโปรแกรมพื้นฐาน การตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื่อ และรายงานที่ต้องการ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.3

- 1. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่ออยู่บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัย แนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ และกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- 2. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่ออยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานเกี่ยวกับสุขภาพและการทำความสะอาดจากหน่วยงานระดับชาติหรือหน่วยงานท้องถิ่น
- 3. มีการรายงานผลของโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อไปยังหน่วยงานสาธารณสุขตามที่ต้องการ
- 4. องค์กรมีการดำเนินการที่เหมาะสมสำหรับรายงานผลจากหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐาน PCI.4

ผู้นำองค์กรจัดให้มีทรัพยากรเพียงพอเพื่อสนับสนุนโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อ

เจตนาของ PCI.4

โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อต้องการบุคลากรที่เพียงพอเพื่อตอบสนองเป้าหมายของโปรแกรมและความต้องการขององค์กร | จำนวนบุคลากรกำหนดโดย ขนาดขององค์กร ความซับซ้อนของกิจกรรม ระดับของความเสียหาย และขอบเขตของโปรแกรม | ระดับบุคลากรได้รับความเห็นชอบจากผู้นำขององค์กร | นอกจากนี้ โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อยังต้องการทรัพยากรเพื่อให้การศึกษาแก่บุคลากรทุกคน วัสดุ เช่น แอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ | ผู้นำขององค์กรสร้างความมั่นใจว่าโปรแกรมมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับการดำเนินงานของโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการสารสนเทศเป็นทรัพยากรสำคัญที่สนับสนุนการติดตามความเสี่ยง อัตราและแนวโน้มของการติดเชื่อ เนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) | การจัดการสารสนเทศสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล และการนำเสนอผล | นอกจากนี้ ข้อมูลและสารสนเทศของโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อยังได้รับการจัดการพร้อมกับข้อมูลและสารสนเทศของโปรแกรมบริหารและพัฒนาคุณภาพขององค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.4

- 1. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อมีบุคลากรเพียงพอ ขึ้นอยู่กับขนาดขององค์กร ความซับซ้อนของกิจกรรม ระดับของความเสียหาย และขอบเขตของโปรแกรม
- 2. ผู้นำองค์กรจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อ
- 3. โปรแกรมการจัดการสารสนเทศสนับสนุนโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื่อ

มาตรฐาน PCI.5

องค์กรออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื่อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) ในผู้ป่วยและบุคลากร และนำไปปฏิบัติ **(P)**

## เจตนาของ PCI.5

การที่โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อจะมีประสิทธิผล โปรแกรมจะต้องมีความครอบคลุมสมบูรณ์ ครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของบุคลากร | โปรแกรมถูกชี้แจงด้วยแผนซึ่งระบุประเด็นการติดเชื้อที่มีความสำคัญทาง ระบาดวิทยาต่อองค์กร | โปรแกรมและแผนมีความเหมาะสมกับขนาดขององค์กร ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ บริการ และ ผู้ป่วย | โปรแกรมดังกล่าวหมายถึงรวมถึงระบบที่จะป้องกันการติดเชื้อและสืบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อ และกำกับดูแล สำหรับการปรับปรุงการใช้ยาปฏิชีวนะ (antimicrobials) อย่างปลอดภัย | การประเมินความเสี่ยงเป็นระยะและการ กำหนดเป้าหมายในการลดความเสี่ยงซึ่งนำการทำงานของโปรแกรม (ดูที่ AOP.5.3)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.5

- 1. มีโปรแกรมและแผนซึ่งครอบคลุมเพื่อลดการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) ในผู้ป่วย
- 2. มีโปรแกรมและแผนซึ่งครอบคลุมเพื่อลดการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) ในบุคลากรสุขภาพ (ดูที่ SQE.8.2)
- 3. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อรวมถึงกิจกรรมเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อที่เกิดเป็นประจำ (endemic) อย่างเป็นโปรแกรมและในเชิงรุก
- 4. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อรวมถึงโปรแกรมสืบสวนเมื่อมีการระบาดของโรคติดเชื้อ
- 5. มีการกำหนดเป้าหมายของการลดความเสี่ยง วัตถุประสงค์ที่วัดได้ และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ

## มาตรฐาน PCI.5.1

โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ใช้สอยสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน


## เจตนาของ PCI.5.1

การติดเชื้อสามารถเข้าสู่องค์กรผ่านผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร อาสาสมัคร ผู้มาเยือน และบุคคลอื่นๆ เช่น ผู้แทนการ ขาย | ดังนั้น ทุกพื้นที่ในองค์กรซึ่งบุคคลเหล่านี้เข้าไปใช้จะต้องรวมอยู่ในโปรแกรมเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติด เชื้อ

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.5.1

- 1. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ขององค์กรที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วย
- 2. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ขององค์กรที่ใช้โดยบุคลากร
- 3. โปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ขององค์กรที่ใช้โดยผู้มาเยือน

## มาตรฐาน PCI.6

องค์กรกำหนดจุดเน้นของโปรแกรมป้องกันและลดการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) โดยอิงความเสี่ยง (risk-based approach) 

## มาตรฐาน PCI.6.1

องค์กรติดตามความเสี่ยง อัตราและแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) เพื่อลดความเสี่ยงของการติด เชื้อเหล่านั้น

## เจตนาของ PCI.6 และ PCI.6.1

แต่ละองค์กรต้องกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา ตำแหน่งที่ติดเชื้อ อุปกรณ์หัตถการ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นจุดเน้นของความพยายามในการป้องกันและลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) | วิธีการที่อิงความเสี่ยง (risk-based approach) ช่วยให้องค์กรบ่งชี้การปฏิบัติและการติดเชื้อที่ควรเป็นจุดมุ่งเน้นของโปรแกรม | วิธีการที่อิงความเสี่ยงใช้การเฝ้าระวังเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งจะชี้้นำการประเมินความเสี่ยง

องค์กรเก็บและประเมินข้อมูลการติดเชื้อและตำแหน่งการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้:

- a) ทางเดินหายใจ เช่น หัตถการและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะคอ และอื่นๆ
- b) ทางเดินปัสสาวะ เช่น การทำหัตถการที่มีการใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการใส่สายสวนปัสสาวะ ระบบระบายปัสสาวะ การดูแล และอื่นๆ
- c) อุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าหลอดเลือด เช่น การสอดใส่และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และอื่นๆ
- d) ตำแหน่งที่ผ่าตัด เช่น การดูแลแผล ประเภทของผ้าปิดแผล วิธีการปราศจากเชื้อที่เกี่ยวข้อง
- e) โรคและเชื้อโรคที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น เชื้อโรคที่ดื้อยาหลายตัว การติดเชื้อที่รุนแรง
- f) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำจากชุมชน

นอกจากนี้ การนำข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการติดเชื้อมาปฏิบัติ เช่น กลยุทธ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกโปรแกรม การดูแลยาปฏิชีวนะ โปรแกรมเพื่อติดเชื้อเนื่องจากบริการในชุมชนและบริการสุขภาพ (CAI และ HAI) และความคิดริเริ่มที่จะลดการใช้อุปกรณ์การรุกร่างกาย (invasive device) ที่ไม่จำเป็นสามารถลดอัตราการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ (ดูที่ GLD.11.2)

กระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อถูกออกแบบมาเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และบุคคลอื่นๆ | เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ องค์กรจะต้องระบุและติดตามความเสี่ยง อัตราและแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) | องค์กรจะใช้ข้อมูลการวัดในการปรับปรุงและกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และลดอัตราการติดเชื้อบริการสุขภาพ (HAI) ให้อยู่ในระดับที่ต่ำที่สุด | องค์กรสามารถใช้ข้อมูลการวัดที่ดีที่สุดและข้อมูลโดยการทำความเข้าใจอัตราและแนวโน้มในโรงพยาบาลอื่นที่คล้ายคลึงกัน และให้ข้อมูลไปยังฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ (ดูที่ QPS.4, ME 4 และ GLD.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.6

- 1. องค์กรกำหนดจุดเน้นของโปรแกรมผ่านการเก็บข้อมูลตามข้อ a) ถึง f) ในหัวข้อเจตนา
- 2. มีการประเมิน/วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากข้อ a) ถึง f) เพื่อระบุลำดับความสำคัญในการลดอัตราการติดเชื้อ
- 3. มีการนำกลยุทธ์การควบคุมการติดเชื้อไปปฏิบัติเพื่อลดอัตราการติดเชื้อสำหรับการระบุลำดับความสำคัญ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.6.1

- 1. มีการติดตามความเสี่ยง อัตราและแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI)
- 2. มีการออกแบบกระบวนการใหม่ ขึ้นอยู่กับความเสี่ยง อัตราและแนวโน้มของข้อมูลและสารสนเทศ
- 3. องค์กรประเมินความเสี่ยงการควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อยปีละครั้ง และดำเนินการที่จะมุ่งเน้น หรือให้ความสนใจอีกครั้งในโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

## มาตรฐาน PCI.7

องค์กรระบุหัตถการและกระบวนการที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และนำกลยุทธ์มาปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (P)

### เจตนาของ PCI.7

องค์กรประเมินและดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการที่เรียบง่ายและซับซ้อนมากมาย แต่กระบวนการมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อต่อผู้ป่วยและบุคลากร | จึงมีความสำคัญที่องค์กรจะวัดและทบทวนกระบวนการเหล่านี้และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามความเหมาะสมด้วยการนำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ การศึกษา และกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็น ไปสู่การปฏิบัติ (ดูที่ ACC.6)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.7

- 1. องค์กรระบุกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (ดูที่ MMU.5, ME 1)
- 2. องค์กรนำกลยุทธ์ การศึกษา และกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็น ที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระบวนการเหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติ
- 3. องค์กรระบุว่าความเสี่ยงใดที่ต้องการนโยบายและระเบียบปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และกิจกรรมอื่นๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

## มาตรฐาน PCI.7.1

องค์กรลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยสร้างความมั่นใจในการทำให้เทคโนโลยีทางการแพทย์สะอาดและปราศจากเชื้ออย่างเพียงพอ การบริหารจัดการหน่วยซักฟอกและบริการผ้าที่เหมาะสม

### เจตนาของ PCI.7.1

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะลดลงด้วยกระบวนการทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อที่ถูกต้อง เช่น การทำความสะอาดและทำลายเชื้อกล้องส่องภายในท่อต่างๆ การทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์ผ่าตัดและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ทั้งที่ผ่านเข้าไปในร่างกายและไม่ผ่านเข้าร่างกาย | การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อสามารถทำได้ที่หน่วยทำให้ปราศจากเชื้อกลาง หรือในพื้นที่อื่นขององค์กร เช่น คลินิกกล้องส่องในท่อซึ่งมีการกำกับดูแลที่เหมาะสม | การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อใช้มาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะทำที่ใดในองค์กร | การบริหารจัดการหน่วยซักฟอกและบริการผ้าสามารถส่งผลต่อการลดการปนเปื้อนของผ้าสะอาดและลดความเสี่ยงของการติดเชื้อต่อบุคลากรจากผ้าเปื้อน

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.7.1

- 1. มีกระบวนการกำกับดูแลที่ระบุหลักการของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- 2. มีกระบวนการกำกับดูแลที่ประสานความร่วมมือเพื่อให้มั่นใจว่าการทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อทั่วทั้งองค์กรเป็นไปในลักษณะเดียวกัน
- 3. มีการนำหลักการของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไปใช้กับการบริหารจัดการหน่วยซักฟอกและบริการผ้า รวมทั้ง การขนส่ง ความสะอาด และการจัดเก็บ

## มาตรฐาน PCI.7.1.1

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติระบบการควบคุมการสำหรับการจัดการกับอุปกรณ์และวัสดุที่เลยวันหมดอายุ และกำหนดเงื่อนไขสำหรับการนำวัสดุที่ผลิตเพื่อใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำเมื่อกฎหมายและระเบียบข้อบังคับอนุญาต

### เจตนาของ PCI.7.1.1

วัสดุการแพทย์ส่วนใหญ่ (สารน้ำ สายสวน วัสดุเย็บ ฯลฯ) มีการระบุวันหมดอายุไว้ | เมื่อพ้นจากวันหมดอายุดังกล่าว ผู้ผลิตจะไม่รับประกันความปราศจากเชื้อ ความปลอดภัย หรือความคงตัวของวัสดุดังกล่าว | วัสดุบางอย่างมีข้อความบ่งชี้ว่าสิ่งที่อยู่ภายในจะปราศจากเชื้อตราบเท่าที่หีบห่ออย่างสมบูรณ์อยู่นั้น | มีนโยบายระบบการควบคุมการสร้าง ความมั่นใจว่ามีการจัดการอย่างเหมาะสมกับอุปกรณ์และวัสดุที่เลยวันหมดอายุ

อุปกรณ์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียว (single-use device) บางชิ้นอาจนำมาใช้ซ้ำได้ภายใต้สถานการณ์เฉพาะ | มีความเสี่ยงสองประการในการนำอุปกรณ์ดังกล่าวมาใช้ซ้ำ คือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และเสี่ยงที่อุปกรณ์ดังกล่าวอาจจะทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์หรือไม่เป็นที่ยอมรับหลังจากนำไปทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำ | องค์กรมีนโยบายเป็นแนวทางเมื่อมีการนำอุปกรณ์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ | มีนโยบายสอดคล้องกับกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วยการระบุสิ่งต่อไปนี้

- อุปกรณ์และวัสดุที่ห้ามนำมาใช้ซ้ำ
- จำนวนครั้งสูงสุดในการใช้ซ้ำสำหรับอุปกรณ์และวัสดุที่มีการนำมาใช้ซ้ำ
- ลักษณะของการแตกชำรุด ฉีกขาด และอื่นๆ ที่บ่งบอกว่าอุปกรณ์นั้นไม่สามารถนำมาใช้ซ้ำได้
- กระบวนการทำความสะอาดอุปกรณ์ซึ่งเริ่มต้นที่หลังการใช้ และปฏิบัติตามระเบียบวิธีที่ชัดเจน และ
- ระบุผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่นำมาใช้ซ้ำ
- กระบวนการสำหรับเก็บ ประเมินความปลอดภัย และใช้ข้อมูลการควบคุมการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการใช้อุปกรณ์และวัสดุที่นำมาใช้ซ้ำ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงและปรับปรุงกระบวนการ

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.7.1.1

1. มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศ และมาตรฐานวิชาชีพระบบการควบคุมการสำหรับการจัดการกับอุปกรณ์และวัสดุที่เลยวันหมดอายุ (ดูที่ ACC.6)
2. เมื่อมีการนำอุปกรณ์และวัสดุที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ นโยบายดังกล่าวระบุองค์ประกอบข้อ a) ถึง e) ในหัวข้อเจตนา
3. มีการนำข้อมูลไปใช้เพื่อระบุความเสี่ยงและการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงและปรับปรุงกระบวนการ

## มาตรฐาน PCI.7.2

องค์กรลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วยการจัดการขยะที่เหมาะสม

### เจตนาของ PCI.7.2

องค์กรเป็นแหล่งกำเนิดขยะจำนวนไม่น้อยในแต่ละวัน | บ่อยครั้งที่ขยะดังกล่าวเป็น หรือสามารถเป็นขยะติดเชื้อ | ดังนั้น การกำจัดขยะที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในองค์กรได้ (ดูที่ ACC.6 และ FMS.5.1) | เช่นเดียวกันกับความเหมาะสมในการกำจัดสารคัดหลั่งและวัสดุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง การกำจัดเลือดและส่วนประกอบของเลือด และการกำจัดของเสียจากศพและบริเวณที่ชันสูตรศพ (ถ้ามี)



องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.7.2

- 1. มีการบริหารจัดการการกำจัดขยะติดเชื้อและสารคัดหลั่งเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
- 2. มีการบริหารจัดการการหีบสัมผัสและกำจัดเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
- 3. มีการบริหารจัดการปฏิบัติการของห้องเก็บศพและบริเวณที่ชั้นสุตตรศพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

มาตรฐาน PCI.7.3

องค์กรมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ในการกำจัดเข็มและของมีคม ⑤

เจตนาของ PCI.7.3

อันตรายข้อหนึ่งของการบาดเจ็บจากเข็มคือความเป็นไปได้ที่ส่งผ่านเชื้อโรคเข้าไปในกระแสเลือด | การกำจัดเข็มและของมีคมที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดความท้าทายด้านความปลอดภัยต่อบุคลากรที่สำคัญ | การปฏิบัติงานมีผลต่อความเสี่ยงของการบาดเจ็บและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อการเกิดโรค | การระบุและการดำเนินการตามหลักฐานการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากของมีคม เพื่อให้แน่ใจว่าการได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวมีน้อย | องค์กรจำเป็นต้องให้การศึกษากับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยและการจัดการของของมีคมและเข็ม

การกำจัดของมีคมและเข็มที่เหมาะสมช่วยลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บและสัมผัส | การกำจัดที่เหมาะสมคือการใช้ภาชนะบรรจุที่มีลักษณะปิด ป้องกันการทิ่มทะลุ และป้องกันการรั่วไหลที่ด้านข้างและด้านล่าง | บุคลากรควรจะนำมาใช้จากภาชนะบรรจุได้ง่าย และไม่ควรมเติมจนล้น

เมื่อการกำจัดเข็ม มีดผ่าตัด (scalpels) และของมีคมอื่นๆ ไม่ได้ทำอย่างเหมาะสม สามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ต่อประชาชนทั่วไป และผู้ทำงานในการจัดการของเสีย | การกำจัดของภาชนะบรรจุของมีคมไปในทะเล ตัวอย่างเช่น ถ้าภาชนะแตกและเปิดออกสามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงกับประชาชน | โรงพยาบาลจะต้องกำจัดของมีคมและเข็มได้อย่างปลอดภัยหรือการทำสัญญากับหน่วยงานเพื่อให้มั่นใจว่าการกำจัดที่เหมาะสมของภาชนะบรรจุของเสียทางการแพทย์และการที่จะทำเช่นนั้นปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายซึ่งชี้แนะทุกขั้นตอนในกระบวนการตั้งแต่ประเภทและการใช้ภาชนะจัดเก็บ การกำจัดภาชนะ และการเฝ้าระวังกระบวนการกำจัด (ดูที่ ACC.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.7.3

- 1. องค์กรระบุนโยบายเพื่อลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บและติดเชื้อจากการหีบสัมผัสและบริหารจัดการกับของมีคมและเข็ม
- 2. ของมีคมและเข็มถูกจัดเก็บในภาชนะที่จัดไว้เฉพาะ มีลักษณะปิด ป้องกันการทิ่มทะลุ ป้องกันการรั่วไหล และไม่นำมาใช้ซ้ำ
- 3. โรงพยาบาลกำจัดของมีคมและเข็มอย่างปลอดภัย หรือทำสัญญากับแหล่งที่มั่นใจว่าสามารถกำจัดภาชนะบรรจุของมีคมในบริเวณที่จัดไว้สำหรับขยะอันตรายโดยเฉพาะ หรือตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศ

## มาตรฐาน PCI.7.4

องค์กรลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำหรับการดำเนินงานด้านบริการอาหาร

### เจตนาของ PCI.7.4

การเก็บอาหารและการเตรียมอาหารอย่างไม่ถูกต้องอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น โรคอาหารเป็นพิษ หรือการติดเชื้อจากอาหาร | ความเจ็บป่วยจากอาหารอาจเป็นอันตรายได้และเป็นอันตรายต่อชีวิตกับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอยู่ เป็นโรค หรือได้รับบาดเจ็บ | องค์กรต้องจัดหาผลิตภัณฑ์อาหารและโภชนาการที่ปลอดภัยและถูกต้อง โดยมั่นใจว่าอาหารที่ถูกจัดเก็บและเตรียมที่อุณหภูมิที่ป้องกันความเสี่ยงของการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย

แหล่งที่มาของการติดเชื้อในอาหารอีกอย่างหนึ่งคือการปนเปื้อนโดยเฉพาะอาหารดิบไปจนถึงอาหารปรุงสุก | การปนเปื้อนสามารถเกิดจากการปนเปื้อนที่ มือ เคาน์เตอร์ เชียง หรือผ้าที่ใช้เช็ดเคาน์เตอร์หรือจานให้แห้ง | นอกจากนี้พื้นผิวในการเตรียมอาหาร เครื่องใช้ในครัว เครื่องใช้ไฟฟ้า หม้อและกระทะที่ใช้สำหรับจัดเตรียมอาหาร และภาชนะ และเครื่องใช้สำหรับการให้บริการอาหาร มีความเสี่ยงกับการติดเชื้อถ้าไม่ได้ทำความสะอาดอย่างถูกต้องและถูกสุขอนามัย

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.7.4

- 1. องค์กรต้องจัดเก็บผลิตภัณฑ์อาหารและโภชนาการตามหลักสุขาภิบาล ใช้แสง อุณหภูมิ แสง ความชื้น การระบายอากาศ และความปลอดภัย ในลักษณะที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- 2. องค์กรเตรียมผลิตภัณฑ์อาหารและโภชนาการ โดยใช้สุขาภิบาลและอุณหภูมิที่เหมาะสม
- 3. มีการวัดสุขอนามัยในครัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการปนเปื้อน

## มาตรฐาน PCI.7.5

องค์กรลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอาคารสถานที่สำหรับการดำเนินงานด้านบริการอาหาร การควบคุมเครื่องกลและวิศวกรรม และในระหว่างการรื้อถอน ก่อสร้าง และปรับปรุง

### เจตนาของ PCI.7.5

การควบคุมด้านวิศวกรรม เช่น ระบบหมุนเวียนอากาศความดันบวก (positive ventilation system) ตู้ดูดอากาศ ปราศจากเชื้อในห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าของหน่วยทำความเย็น และเครื่องทำน้ำร้อนในการทำให้จานและอุปกรณ์ในครัวปราศจากเชื้อ เป็นตัวอย่างของบทบาทสำคัญที่มาตรฐานและการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมมีส่วนต่อสุขาภิบาลที่ดีและการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในองค์กร

ในการรื้อถอน ก่อสร้าง และปรับปรุงอาคารสถานที่ในองค์กร อาจเป็นความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่สำคัญ | การสัมผัสกับฝุ่นและเศษวัสดุก่อสร้าง เสียง การสั่นสะเทือน และอันตรายอื่นๆ สามารถเป็นอันตรายต่อการทำงานของปอดและต่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้มาเยือน | องค์กรใช้เกณฑ์ความเสี่ยงพิจารณาผลกระทบของการปรับปรุงหรือการก่อสร้างต่อความต้องการคุณภาพอากาศ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ความต้องการสาธารณสุข โภชนาการ เสียง การสั่นสะเทือน และหัตถการฉุกเฉิน (ดูที่ FMS.4, ME 3)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.7.5

- 1. มีการควบคุมด้านวิศวกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ที่เหมาะสมขององค์กร

- 2. องค์กรใช้เกณฑ์ความเสี่ยงเพื่อประเมินผลกระทบของการปรับปรุงหรือก่อสร้างใหม่ และนำโปรแกรมไปปฏิบัติ เมื่อมีการรื้อถอน ก่อสร้าง หรือปรับปรุงอาคารสถานที่
- 3. มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงและผลกระทบจากการรื้อถอน ปรับปรุงหรือก่อสร้างใหม่ ในเรื่องคุณภาพของอากาศและกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

#### มาตรฐาน PCI.8

องค์กรจัดให้มีมาตรการป้องกันทางกายภาพ (barrier precautions) และวิธีปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยเพื่อปกป้องผู้ป่วยผู้มาเยือน และบุคลากรจากโรคติดต่อ รวมถึงปกป้องผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมิให้เกิดการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ⑤

#### มาตรฐาน PCI.8.1

องค์กรพัฒนาและนำกระบวนการไปใช้ในการจัดการผู้ป่วยที่ติดเชื้อในอากาศอย่างฉับพลันและเมื่อห้องความดันลบไม่สามารถใช้งานได้ ⑤

#### เจตนาของ PCI.8 และ PCI.8.1

องค์กรจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติสำหรับการแยกผู้ป่วยและมาตรการป้องกันทางกายภาพในโรงพยาบาล | มาตรการเหล่านี้กำหนดบนพื้นฐานของวิธีการแพร่กระจายของเชื้อโรค พิจารณาผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งอาจจะแพร่เชื้อได้ หรือมีภูมิคุ้มกันต่ำ รวมทั้งการมีผู้ป่วยโรคติดต่อเข้ามาจำนวนมากพร้อมๆ กัน | ขั้นตอนการแยกระบบการปกป้องบุคลากรและผู้มาเยือน สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (ดูที่ COP.3)

การป้องกันการติดเชื้อที่แพร่กระจายทางอากาศ (airborne precautions) มีความจำเป็นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่สามารถลอยตัวอยู่ในอากาศเป็นเวลานาน | สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อทางอากาศคือห้องความดันลบ | เมื่อโครงสร้างของอาคารไม่สามารถจัดสร้างห้องความดันลบได้ องค์กรอาจจัดระบบหมุนเวียนอากาศผ่านระบบกรองอนุภาคที่มีประสิทธิภาพสูง (HEPA high-efficiency particulate air) ในอัตราอย่างน้อย 12 air change ต่อชั่วโมง

นโยบายและระเบียบปฏิบัติควรระบุแผนที่จะจัดการกับผู้ป่วยซึ่งมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในช่วงเวลาสั้นเมื่อไม่มีห้องความดันลบหรือระบบกรองอนุภาค HEPA รวมทั้งการมีผู้ป่วยโรคติดต่อเข้ามาจำนวนมากพร้อมๆ กัน

ระเบียบปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อระบบการทำความสะอาดห้องระหว่างที่ผู้ป่วยพักอยู่และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.8

- 1. มีการแยกผู้ป่วยที่ทราบหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อตามนโยบายขององค์กรและแนวทางที่แนะนำไว้ (ดูที่ ACC.6)
- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุงการแยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อจากผู้ป่วยและบุคลากรซึ่งมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำหรือเหตุอื่นๆ
- 3. มีห้องความดันลบพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องการการแยกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศและได้รับการเฝ้าติดตามเป็นประจำ อาจใช้ระบบกรองอนุภาค HEPA ที่ได้รับการรับรองเมื่อไม่มีห้องความดันลบ ในอัตราอย่างน้อย 12 air change ต่อชั่วโมง

○ 4. มีการทำความสะอาดห้องติดเชื้อระหว่างที่ผู้ป่วยพักอยู่และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายเป็นไปตามระเบียบปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.8.1

- 1. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุนโยบายการจัดการกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซึ่งแพร่กระจายทางอากาศในช่วงเวลาสั้นเมื่อไม่มีห้องความดันลบ
- 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุนโยบายการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยโรคติดต่อมาพร้อมกันคราวละหลายๆ
- 3. บุคลากรได้รับความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเมื่อมีผู้ป่วยมาพร้อมกันคราวละหลายๆ หรือเมื่อไม่มีห้องความดันลบ

มาตรฐาน PCI.9

มีถุงมือ หน้ากากปิดจมูกและปาก อุปกรณ์ป้องกันดวงตา อุปกรณ์ป้องกันอื่นๆ สบู่ และน้ำยาฆ่าเชื้อพร้อมใช้ และมีการใช้อย่างถูกต้องเมื่อมีข้อบ่งชี้ (P)

เจตนาของ PCI.9

การทำความสะอาดมือเช่นการใช้น้ำยาทำลายเชื้อ เทคนิคการป้องกันเช่นการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และน้ำยาฆ่าเชื้อ เป็นเครื่องมือพื้นฐานสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม และดังนั้นจำเป็นต้องมีอยู่ในทุกๆ ที่ของการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ | องค์การระบุนโยบายการณที่จำเป็นต้องใช้หน้ากากปิดจมูกและปาก อุปกรณ์ป้องกันดวงตา เสื้อกาวน์ หรือถุงมือ และจัดอบรมให้มีการใช้อย่างถูกต้อง | มีสบู่ น้ำยาทำลายเชื้อ และผ้าเช็ดมือหรือวิธีอื่นที่ทำให้มือแห้ง จัดไว้ในบริเวณที่จำเป็นต้องมีการล้างมือและทำลายเชื้อ | บุคลากรได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติในการล้างมือ การทำลายเชื้อที่มือ หรือการทำลายเชื้อที่พื้นผิว อย่างถูกต้อง รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม (ดูที่ IPSPG.5 และ ACC.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.9

- 1. องค์การระบุนโยบายการณที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และมั่นใจว่ามีอยู่ในทุกๆ ที่ของการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้
- 2. อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลถูกใช้อย่างถูกต้องในสถานการณ์เหล่านั้น
- 3. มีการนำวิธีปฏิบัติในการทำลายเชื้อที่พื้นผิวมาใช้ สำหรับพื้นที่และสถานการณ์ในองค์กรที่ระบุว่าเป็นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
- 4. มีสบู่ น้ำยาทำลายเชื้อ และผ้าเช็ดมือหรือวิธีอื่นที่ทำให้มือแห้ง จัดไว้ในบริเวณที่จำเป็นต้องมีการล้างมือและทำลายเชื้อ

มาตรฐาน PCI.10

มีการบูรณาการกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเข้ากับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมขององค์กร ใช้ตัววัดเกี่ยวกับการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาสำหรับองค์กร

เจตนาของ PCI.10

องค์กรใช้สารสนเทศจากการเฝ้าวัดมาปรับปรุงกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และลดอัตราการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ | องค์กรสามารถใช้อ้างอิงและสารสนเทศจากการวัดได้

ที่ดีที่สุดด้วยการทำความเข้าใจอัตราและแนวโน้มดังกล่าวในองค์กรที่มีลักษณะคล้ายกัน และส่งข้อมูลเข้าในฐานข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ | ทุกหน่วยงาน/บริการจะต้องมีส่วนร่วมในความสำคัญในระดับโรงพยาบาลในการวัดและมาตรการที่เลือกสำหรับลำดับความสำคัญในระดับแผนกสำหรับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.10

- 1. กิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้รับการบูรณาการเข้ากับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพขององค์กรและความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์กร (ดูที่ GLD.4 และ GLD.11)
- 2. ข้อมูลการติดตามจะถูกเก็บรวบรวมและวิเคราะห์สำหรับกิจกรรมการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ และรวมถึงการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา
- 3. ข้อมูลการติดตามจะถูกใช้ในการประเมินและสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- 4. ข้อมูลการติดตามถูกบันทึกและรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลและคำแนะนำมีการส่งให้ผู้นำ ไตรมาสละครั้ง

มาตรฐาน PCI.11

องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้แก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้โดยการมีส่วนร่วมในการดูแล (P)

เจตนาของ PCI.11

องค์กรที่มีโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ จะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมแก่บุคลากร เมื่อเริ่มปฏิบัติงานและต่อจากนั้นอย่างสม่ำเสมอ | โปรแกรมให้ความรู้ครอบคลุมบุคลากรวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุนทั้งด้านคลินิกและมีใช้คลินิก รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ผู้แทนการค้า และผู้มาเยือนอื่น | ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในองค์กร

การให้รู้งดดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศแก่บุคลากรใหม่ และมีการฟื้นความรู้เป็นระยะ หรืออย่างน้อยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ ที่ชี้แนะโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร | การให้รู้งครอบคลุมข้อค้นพบและแนวโน้มจากกิจกรรมวัดผลด้วย (ดูที่ SQE.7)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ PCI.11

- 1. องค์กรให้รู้งเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรและผู้ประกอบวิชาชีพทุกคน
- 2. องค์กรให้รู้งเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- 3. บุคลากรทุกคนได้รับความรู้เกี่ยวกับนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และวิธีปฏิบัติของโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- 4. มีการให้รู้งแก่บุคลากรเป็นระยะ เมื่อพบแนวโน้มที่สำคัญจากข้อมูลการติดเชื้อ
- 5. ผลการวิจัยและแนวโน้มจากกิจกรรมการวัดมีการสื่อสารทั่วทั้งโรงพยาบาลและรวมเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเป็นระยะ

⇒ การกำกับดูแลกิจการ การนำ และทิศทางองค์กร Governance Leadership, and Direction (GLD)

♥ GLD.1 – GLD.1.2 | ผู้กำกับดูแลกิจการขององค์กร Governance of the Hospital

GLD ผู้กำกับดูแลกิจการขององค์กร

มาตรฐาน GLD.1

มีการกำหนดโครงสร้างของการกำกับดูแลกิจการและผู้มีอำนาจ ไว้ในกฎหมาย นโยบายและระเบียบปฏิบัติ หรือเอกสารที่คล้ายคลึงกัน (P)

เจตนาของ GLD.1

มีหน่วยงาน (เช่น กระทรวงสาธารณสุข) เจ้าของ หรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับการระบุชัดเจน (เช่น คณะกรรมการกำกับดูแลกิจการ) ทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงานขององค์กร และรับผิดชอบในการจัดบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพให้แก่ชุมชนและประชาชนที่มารับการดูแล | โครงสร้าง หน้าที่และความรับผิดชอบดังกล่าวได้รับการระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรถึงวิธีการดำเนินงานในเรื่องนี้ | นอกจากนี้ยังมีการระบุถึงวิธีการประเมินผลหน่วยงานหรือคณะผู้กำกับดูแลกิจการ และการประเมินขีดสมรรถนะของผู้บริหารองค์กร เทียบกับเกณฑ์ซึ่งมีความเฉพาะสำหรับองค์กร (organization-specific criteria) | ตัวอย่างเช่น เกณฑ์ที่สามารถเกี่ยวข้องกับหน้าที่และภาระรับผิดชอบที่อธิบายไว้ในเอกสารที่จำเป็นใน ME 2 และการดำเนินการมีประสิทธิภาพอย่างไร และ/หรือ เกณฑ์ในการกำกับดูแลของรัฐ หรือเกณฑ์ในการพัฒนาและนำไปใช้โดยหน่วยงานของรัฐ | มีการนำเสนอโครงสร้างการกำกับดูแลกิจการและการบริหารองค์กรไว้ในแผนภูมิองค์กร (organization chart) หรือเอกสารอื่นใดที่แสดงถึงสายบังคับบัญชาและภาระรับผิดชอบ (authority and accountability) | โดยระบุชื่อหรือตำแหน่งของผู้ที่อยู่ในแผนภูมิองค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.1

- 1. มีการอธิบายโครงสร้างการกำกับดูแลกิจการขององค์กรไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ระบุผู้รับผิดชอบกำกับดูแลและทำหน้าที่บริหารด้วยตำแหน่งหรือชื่อบุคคล
- 2. มีการอธิบายหน้าที่และภาระรับผิดชอบของผู้กำกับดูแลกิจการไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- 3. เอกสารอธิบายวิธีการประเมินขีดสมรรถนะของผู้กำกับดูแลกิจการและผู้บริหาร
- 4. มีการประเมินขีดสมรรถนะของผู้กำกับดูแลกิจการประจำปี
- 5. มีการอธิบายเวลาและวิธีการกำกับดูแล และการมอบหมายหน้าที่ของผู้บริหารระดับสูงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

มาตรฐาน GLD.1.1

มีการกำหนดหน้าที่และภาระรับผิดชอบ (responsibilities and accountabilities) ของการกำกับดูแลกิจการไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (P)

เจตนาของ GLD.1.1

มีการระบุหน้าที่และภาระรับผิดชอบและวิธีดำเนินการของหน่วยงานที่กำกับดูแลไว้เป็นลายลักษณ์อักษร | หน่วยงานที่กำกับดูแลมีหน้าที่ที่จะต้องกระทำให้องค์กรมีการนำที่ชัดเจน การดำเนินกิจการที่มีประสิทธิภาพ และการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ | หน้าที่หลักจะเป็นระดับของการให้ความเห็นชอบในสิ่งต่อไปนี้

• ให้ความเห็นชอบและตรวจสอบเป้าหมายขององค์กรเป็นระยะ และสร้างความมั่นใจว่าประชาชนตระหนักถึงเป้าหมายขององค์กร

- ให้ความเห็นชอบแผนกลยุทธ์และแผนบริหารจัดการต่างๆ ขององค์กร รวมถึงนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อการดำเนินกิจการประจำวันขององค์กร
- ให้ความเห็นชอบต่อการมีส่วนร่วมขององค์กรในการจัดการศึกษาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ การวิจัย และกำกับดูแลคุณภาพของโปรแกรมดังกล่าว (ดูที่ GLD.14 และ GLD.15)
- ให้ความเห็นชอบหรือจัดหางบประมาณและทรัพยากรเพื่อการดำเนินกิจการขององค์กรและเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายและแผนกลยุทธ์ขององค์กร และ
- แต่งตั้งหรือให้ความเห็นชอบต่อการแต่งตั้งผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการและจัดให้มีการประเมินผลประจำปีโดยใช้เกณฑ์และขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.1.1

- 1. ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการสร้างความมั่นใจว่ามีการทบทวนเป้าหมายขององค์กรเป็นระยะ และเผยแพร่เป้าหมายขององค์กรต่อสาธารณะ
- 2. ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบแผนกลยุทธ์และแผนบริหารจัดการขององค์กร รวมทั้งนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการดำเนินงาน
- 3. ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบทุนและงบประมาณดำเนินงานขององค์กร และจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กร (ดูที่ COP.8)
- 4. ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบต่อการมีส่วนร่วมขององค์กรเกี่ยวกับการศึกษาสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและการวิจัย และกำกับดูแลคุณภาพของโปรแกรมดังกล่าว
- 5. ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการแต่งตั้งผู้บริหารระดับสูง และมีการประเมินผลผู้บริหารระดับสูงอย่างน้อยปีละครั้ง โดยใช้เกณฑ์และขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้

มาตรฐาน GLD.1.2

ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบแผนคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์กร รับทราบและตอบสนองรายงานของโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ (P)

เจตนาของ GLD.1.2

โครงสร้างการกำกับดูแลกิจการเห็นชอบหรือจัดให้มีโปรแกรมขององค์กรและนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร | ความรับผิดชอบที่สำคัญคือการดำเนินความรับผิดชอบในลักษณะที่สนับสนุนการปรับปรุงด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย | การลงทุนที่สำคัญในการที่มีคุณภาพจะต้องมีการวางแผน การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอและการตรวจสอบสำหรับความคืบหน้า | ดังนั้น ผู้กำกับดูแลอนุมัติโครงการที่มีคุณภาพเป็นประจำทุกปีและได้รับรายงานที่มีคุณภาพเป็นประจำ | รายงานสามารถเป็นเรื่องทั่วไป หรือมุ่งเน้นให้บริการทางคลินิกโดยเฉพาะ กลุ่มผู้ป่วย หรือบางแง่มุมในการดำเนินงาน | ดังนั้น ในช่วงเวลาที่ทุกแง่มุมของโปรแกรมคุณภาพ รวมทั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอุบัติการณ์รุนแรง มีอยู่ในการกำกับดูแลสำหรับข้อมูลและเพื่อใช้ในการอภิปราย | เมื่อผลการอภิปรายในการดำเนินการ เช่น การจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม การดำเนินการเหล่านั้นจะถูกบันทึกไว้ในวาระการประชุมและมีการนำมาพิจารณาใหม่ในการประชุมครั้งต่อไป

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.1.2

- 1. ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบแผนคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยขององค์กรเป็นประจำทุกปี

- 2. ผู้มีหน้าที่กำกับดูแลกิจการรับทราบและตอบสนองรายงานของโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย รวมทั้งรายงานเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอุบัติการณ์รุนแรง อย่างน้อยไตรมาสละครั้ง (ดูที่ QPS.4.1, ME 5)
- 3. มีการบันทึกในวาระการประชุมเกี่ยวกับการดำเนินการที่เกิดขึ้นและการติดตามการดำเนินการ

## ♥ GLD.2 | ความรับผิดชอบของผู้บริหาร Chief Executive(s) Accountabilities

GLD ความรับผิดชอบของผู้บริหาร

มาตรฐาน GLD.2

ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการรับผิดชอบในการดำเนินกิจการขององค์กร การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (P)

เจตนาของ GLD.2

การนำที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นสำหรับสถานพยาบาลเพื่อให้สามารถดำเนินกิจการอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายขององค์กร | การนำคือสิ่งที่ผู้นำอุทิศให้แก่องค์กรร่วมกันและโดยแต่ละคน และสามารถดำเนินการได้โดยไม่จำกัดจำนวน

ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการมีหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินกิจการที่เป็นงานประจำวันขององค์กรในภาพรวม | รวมถึงการจัดหาและเก็บสำรองวัสดุที่จำเป็น การบำรุงรักษาอาคารสถานที่ การบริหารการเงิน การบริหารคุณภาพ และหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ | ความรู้และประสบการณ์ของบุคคลดังกล่าวเป็นไปตามข้อกำหนดในคำบรรยายตำแหน่งงาน |

ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการร่วมมือกับผู้บริหารขององค์กรในการกำหนดเป้าหมายขององค์กร และวางแผนนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และบริการด้านคลินิกที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายนั้น | ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการมีหน้าที่นำนโยบายทั้งหมดที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้กำกับดูแลกิจการไปสู่การปฏิบัติ และสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรขององค์กรปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวทั้งหมด

ผู้บริหารระดับสูงหรือผู้อำนวยการมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องต่อไปนี้ขององค์กร

- การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- การตอบสนองต่อรายงานของหน่วยงานตรวจสอบและควบคุม และ
- กระบวนการบริหารและควบคุมทรัพยากรมนุษย์ การเงิน และอื่นๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.2

- 1. ความรู้และประสบการณ์ของผู้บริหารสูงสุดเป็นไปตามข้อกำหนดในคำบรรยายตำแหน่งงาน
- 2. ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการจัดการกับการดำเนินกิจการที่เป็นงานประจำวันขององค์กร รวมถึงหน้าที่รับผิดชอบที่ระบุไว้ในคำบรรยายตำแหน่งงาน
- 3. ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการนำเสนอโยบายต่อผู้กำกับดูแลกิจการ
- 4. ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับความเห็นชอบ
- 5. ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง



## ○ 6. ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการตอบสนองต่อรายงานของหน่วยงานตรวจสอบและควบคุม

### ♥ GLD.3 – GLD.3.3 | ความรับผิดชอบของผู้นำองค์กร Hospital Leadership Accountabilities

#### GLD ความรับผิดชอบของผู้นำองค์กร

##### มาตรฐาน GLD.3

มีการระบุตัวผู้นำขององค์กร ซึ่งร่วมกันทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย จัดทำแผนและนโยบายเพื่อให้เป้าหมายบรรลุผล

##### เจตนาของ GLD.3

ผู้นำขององค์กรมีที่มาจากหลายแหล่ง | ผู้กำกับดูแลกิจการแต่งตั้งผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการ | ผู้บริหารสูงสุดหรือผู้อำนวยการอาจจะแต่งตั้งผู้บริหารอื่นๆ | ผู้นำอาจจะมียุติตำแหน่งที่เป็นทางการ เช่น ผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ หรือผู้อำนวยการฝ่ายพยาบาล อาจเป็นผู้นำของแผนกหรือหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องกับคลินิกหรือไม่เกี่ยวกับคลินิก หรือเป็นที่ยอมรับอย่างไม่เป็นทางการด้วยเหตุของความอาวุโส ชื่อเสียง หรือผลงานที่ทำให้องค์กร | เป็นสิ่งสำคัญที่จะรับรู้คุณค่าผู้นำทั้งหมดขององค์กรและนำเข้าร่วมในกระบวนการของการกำหนดเป้าหมายขององค์กร | จากเป้าหมายดังกล่าว ผู้นำทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน นโยบาย และการบริการที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมาย | เมื่อมีการกำหนดพันธกิจและกรอบนโยบายโดยเจ้าของหรือหน่วยงานนอกองค์กรที่เป็นผู้กำกับดูแลกิจการแล้ว ผู้นำทำงานร่วมกันเพื่อนำเป้าหมายและนโยบายไปปฏิบัติ

##### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.3

- 1. มีการระบุตัวผู้บริหารสูงสุดและผู้นำขององค์กร ตำแหน่งและชื่อ และความรับผิดชอบโดยรวม ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- 2. ผู้นำร่วมกันทำหน้าที่กำหนดเป้าหมายขององค์กร
- 3. ผู้นำร่วมกันทำหน้าที่กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อปฏิบัติตามเป้าหมาย
- 4. ผู้นำสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติ

##### มาตรฐาน GLD.3.1

ผู้นำระบุและวางแผนสำหรับประเภทบริการทางคลินิกที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่องค์กรให้บริการ ②

##### เจตนาของ GLD.3.1

มีการวางแผนและออกแบบบริการการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรผู้ป่วย | แผนขององค์กรระบุการดูแลและบริการที่จะจัดขึ้นโดยสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร | ผู้นำของแผนกและงานบริการทางคลินิกต่างๆ ขององค์กรพิจารณาว่าบริการตรวจวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และบริการอื่นๆ ไต่บ้างที่จำเป็นสำหรับชุมชน | ผู้นำพิจารณาของเขตและความสามารถของบริการต่างๆ ที่องค์กรจะจัดให้โดยตรงหรือโดยอ้อม | เมื่อมีการใช้เป้าหมายขององค์กร ผู้นำวางแผนร่วมกับชุมชน โรงพยาบาลท้องถิ่น และอื่นๆ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลสุขภาพในชุมชน | บริการที่วางแผนไว้สะท้อนทิศทางเชิงกลยุทธ์ขององค์กร และมุมมองของผู้ป่วยที่องค์กรให้การดูแลสถานพยาบาลกำหนดชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยขององค์กร และวางแผนการสื่อสารอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มสำคัญเหล่านั้น | การสื่อสารอาจจะเป็นการสื่อสารโดยตรงกับบุคคลหรือผ่านสื่อสารมวลชน และผ่านหน่วยงานในชุมชนหรือองค์กรที่สาม | ประเภทของสารสนเทศที่สื่อสารประกอบด้วย

- สารสนเทศเกี่ยวกับบริการ ชั่วโมงการปฏิบัติงาน และกระบวนการเข้ารับการดูแล และ
- สารสนเทศเกี่ยวกับคุณภาพของบริการ สื่อสารให้แก่สาธารณะและหน่วยงานที่ส่งต่อ (referral sources)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.3.1

- 1. ผู้นำองค์กรกำหนดและวางแผนกับผู้นำแผนก/หน่วยบริการเกี่ยวกับประเภทของการดูแลและการบริการซึ่งจัดโดยองค์กรเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรและความต้องการของผู้ป่วย (ดูที่ ACC.1, ME 1)
- 2. ผู้นำสื่อสารกับชุมชนที่ให้บริการเพื่อช่วยให้ชุมชนเข้าถึงการดูแล และเข้าถึงสารสนเทศเกี่ยวกับบริการดูแลผู้ป่วยขององค์กร
- 3. ผู้นำให้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับคุณภาพการบริการกับกลุ่มสำคัญ (ดูที่ QPS.6, ME 4)
- 4. ผู้นำอธิบายและบันทึกการดูแลและบริการที่จัดให้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

มาตรฐาน GLD.3.2

ผู้นำองค์กรมั่นใจว่ามีการสื่อสารที่ได้ผลทั่วทั้งองค์กร (P)

เจตนาของ GLD.3.2

การสื่อสารที่ได้ผลภายในองค์กรเป็นความรับผิดชอบของผู้นำ | ดังนั้น ผู้นำองค์กรต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของการสื่อสาร ภายในและระหว่างกลุ่มวิชาชีพ หน่วยงานตามโครงสร้าง เช่น แผนก ระหว่างกลุ่มวิชาชีพและมีใช้วิชาชีพ ระหว่างวิชาชีพสุขภาพกับผู้บริหาร ระหว่างวิชาชีพสุขภาพกับครอบครัวและกับองค์กรภายนอก เป็นต้น | ผู้นำองค์กรไม่เพียงกำหนดข้อพิจารณาของการสื่อสารที่ได้ผลเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นแบบอย่างในการสื่อสารเป้าหมาย กลยุทธ์ แผน และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ขององค์กร | ผู้นำใส่ใจกับความถูกต้องและความทันกาล (timeliness) ของสารสนเทศในองค์กร

ผู้นำสร้างวัฒนธรรมที่เน้นการประสานงานและการสื่อสารเพื่อประสานและบูรณาการการดูแลผู้ป่วย | ผู้นำพัฒนาวิธีการเพื่อส่งเสริมการสื่อสารระหว่างงานบริการและบุคลากรแต่ละคน ทั้งที่เป็นทางการ (เช่น การตั้งคณะกรรมการทีมงานร่วม) และที่ไม่เป็นทางการ (เช่น จดหมายข่าว โปสเตอร์) | การประสานงานบริการทางคลินิกมาจากความเข้าใจในเป้าหมายและบริการของแต่ละแผนก และความร่วมมือในการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ใช้ร่วมกัน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.3.2

- 1. ผู้นำสร้างความมั่นใจว่ามีกระบวนการพร้อมปฏิบัติสำหรับการสื่อสารสารสนเทศที่เกี่ยวข้องทั่วทั้งองค์กรในลักษณะที่ทันเวลา
- 2. ผู้นำสร้างความมั่นใจในการสื่อสารที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพในระหว่างแผนก งานบริการ และบุคลากรของสายงานคลินิกและนอกสายงานคลินิก
- 3. ผู้นำสื่อสารวิสัยทัศน์ เป้าหมายขององค์กร นโยบาย และแผนที่เหมาะสมแก่บุคลากรทุกคน

มาตรฐาน GLD.3.3

ผู้นำองค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีโปรแกรมที่เป็นแนวทางเดียวกันสำหรับการสรรหา คองไว้ พัฒนาและให้การศึกษา ต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทุกคน

### เจตนาของ GLD.3.3

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขององค์กรมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในการมุ่งใจและคงไว้ซึ่งบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ | ผู้นำตระหนักว่าการคงไว้ซึ่งบุคลากรก่อให้เกิดประโยชน์ระยะยาวมากกว่าการสรรหาบุคลากร | การคงอยู่ของบุคลากรจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้นำสนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรผ่านการศึกษาต่อเนื่อง | ดังนั้น ผู้นำร่วมกันวางแผนโปรแกรมและกระบวนการเกี่ยวกับการสรรหา การคงไว้ การพัฒนาและการศึกษาต่อเนื่องในแต่ละกลุ่มของบุคลากรที่เป็นแนวทางเดียวกัน พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ | โปรแกรมสรรหาบุคลากรขององค์กรพิจารณาแนวทางที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ เช่น แนวทางขององค์การอนามัยโลก สภาการพยาบาลสากล (International Council of Nurses) สมาคมแพทย์แห่งโลก (World Medical Association)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.3.3

- 1. มีกระบวนการที่วางแผนไว้สำหรับการสรรหาบุคลากร และนำไปปฏิบัติ
- 2. มีกระบวนการที่วางแผนไว้สำหรับการรักษาบุคลากร และนำไปปฏิบัติ
- 3. มีกระบวนการที่วางแผนไว้สำหรับการพัฒนาบุคลากรและให้การศึกษาต่อเนื่อง และนำไปปฏิบัติ
- 4. การวางแผนเกิดจากความร่วมมือของทุกแผนกและงานบริการในองค์กร

## ♥ GLD.4 – GLD.5 | การบริหารองค์กรสำหรับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย Hospital Leadership for Quality and Patient Safety

### GLD การบริหารองค์กรสำหรับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

#### มาตรฐาน GLD.4

ผู้นำองค์กรวางแผน พัฒนา และนำโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยไปปฏิบัติ

#### มาตรฐาน GLD.4.1

ผู้นำองค์กรสื่อสารสารสนเทศการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยไปยังบุคลากร

#### เจตนาของ GLD.4 และ GLD.4.1

การนำและการวางแผนเป็นสิ่งจำเป็นหากองค์กรจะริเริ่มและคงไว้ซึ่งการพัฒนาและการลดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและบุคลากร | การนำและการวางแผนนี้มาจากคณะกรรมการกำกับดูแลกิจการ ร่วมกับผู้ที่บริหารกิจกรรมด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการขององค์กรในงานประจำวัน | ทั้งสองส่วนนี้ร่วมกันทำหน้าที่การนำของแผนกและหน่วยบริการในองค์กร | ผู้นำมีความรับผิดชอบในการก่อให้เกิดความมุ่งมั่นขององค์กรต่อคุณภาพ | ผู้นำจัดทำแผนคุณภาพและความปลอดภัย และเสริมสร้างวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรผ่านวิสัยทัศน์และการสนับสนุนของผู้นำ (คู่มือ QPS.1)

ผู้นำองค์กรเลือกวิธีการที่ใช้ในองค์กร เพื่อวัดผล ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย | นอกจากนี้ ผู้นำองค์กรกำหนดโปรแกรมที่จะนำไปใช้และจัดการในแต่ละวัน เช่น แผนกคุณภาพ และมั่นใจว่าโปรแกรมมีทรัพยากรที่เพียงพอที่จะมีประสิทธิภาพ

ผู้นำองค์กรนำโครงสร้างและกระบวนการในการตรวจสอบโดยรวมและประสานงานการใช้โปรแกรมทั่วทั้งองค์กร | การกระทำนี้เป็นการประสานงานในการวัดผลระหว่างทุกแผนก/หน่วยบริการและความพยายามในการพัฒนา | การประสานงานทำได้โดยคณะกรรมการจัดการคุณภาพ หรือโครงสร้างอื่น | การประสานงานกระตุ้นให้เกิดวิธีการอย่างมี

ระบบในกิจกรรมการตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพ ในขณะที่ลดความพยายามที่ซ้ำซ้อน เช่น การวัดผลอย่างเป็นอิสระของสองแผนกเพื่อวัดกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่คล้ายกัน (ดูที่ QPS.2 และ PCI.10, ME 1)

ผู้นาองค์กรรับผิดชอบในการเห็นรายงานคุณภาพอย่างน้อยรายไตรมาส ที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อการตรวจสอบและอภิปรายในการกำกับดูแลกิจการ และเพื่อให้เห็นการดำเนินการดูแลกิจการที่เกี่ยวข้องกับรายงานโปรแกรมควบคุมคุณภาพ | นอกจากนี้รายงานคุณภาพรายไตรมาส หรืออย่างน้อยหนึ่งครั้งในทุกๆ หกเดือน รายงานคุณภาพในการกำกับดูแลกิจการ รวมถึง

- จำนวนและชนิดของอุบัติการณ์รุนแรงและสาเหตุที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการแจ้งให้ทราบถึงเหตุการณ์หรือไม่
- การดำเนินการเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ และ
- การปรับปรุงเป็นไปอย่างยั่งยืน

การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยกับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น | การสื่อสารอย่างสม่ำเสมอกระทำผ่านช่องทางที่ได้ผล เช่น จดหมายข่าว กระดานข่าว (storyboard) การประชุมบุคลากร และกระบวนการด้านทรัพยากรบุคคล | สารสนเทศที่สื่อสารอาจจะเป็นโครงการพัฒนาที่เริ่มใหม่หรือโครงการที่เพิ่งเสร็จสิ้น ความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล ผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์รุนแรง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ โปรแกรมวิจัยหรือวัดระดับเทียบเคียงล่าสุด และอื่นๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.4

- 1. ผู้นาองค์กรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสำหรับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย
- 2. ผู้นาองค์กรเลือกวิธีการที่ใช้ในองค์กร เพื่อวัดผล ประเมิน และปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และให้การศึกษาระบบการปรับปรุงคุณภาพแก่บุคลากร
- 3. ผู้นาองค์กรกำหนดวิธีการที่จะนำไปใช้และจัดการโปรแกรมในแต่ละวัน และมั่นใจว่าโปรแกรมมีเทคโนโลยีและทรัพยากรอื่นที่มีประสิทธิภาพ
- 4. ผู้นาระบบการประสานงานระหว่างองค์ประกอบทั้งหมดของกิจกรรมการวัดและควบคุมคุณภาพขององค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.4.1

- 1. ผู้นาองค์กรรายงานโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นรายไตรมาสในการกำกับดูแลกิจการ
- 2. รายงานในการกำกับดูแลกิจการรวมถึง จำนวนและชนิดของอุบัติการณ์รุนแรงและสาเหตุที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการแจ้งให้ทราบถึงเหตุการณ์หรือไม่ การดำเนินการเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ และการปรับปรุงเป็นไปอย่างยั่งยืน อย่างน้อยหนึ่งครั้งทุกๆ หกเดือน (ดูที่ QPS.7)
- 3. สารสนเทศเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับการสื่อสารไปยังบุคลากร รวมถึงความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล

มาตรฐาน GLD.5

ผู้นาจัดลำดับความสำคัญสำหรับกระบวนการที่ควรวัดผล และกิจกรรมการพัฒนาและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ควรดำเนินการ และระบุตัวชี้วัดสำคัญเพื่อไปสู่ความสำเร็จ

## เจตนาของ GLD.5

เนื่องจากองค์กรส่วนใหญ่มีข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร ทำให้ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลเพื่อวัดทุกประเด็นที่ต้องการได้ | ดังนั้น ผู้นำองค์กรจะต้องเลือกลำดับความสำคัญของการวัดผลกระบวนการและการปรับปรุงในระดับองค์กร | ความพยายามในการวัดผลกระบวนการและการปรับปรุงมีผลกระทบต่อกิจกรรมในหลายแผนก/หน่วยบริการ | ผู้นำเน้นการวัดคุณภาพและกิจกรรมการปรับปรุง รวมทั้งการวัดผลและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล | ลำดับความสำคัญอาจมุ่งเน้นไปที่ความสำเร็จของวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ เช่น การกลายเป็นศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งในระดับภูมิภาค | ในทำนองเดียวกัน ผู้นำอาจจัดลำดับความสำคัญกับโครงการที่เพิ่มประสิทธิภาพลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ขจัดปัญหาการไหลของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน หรือสร้างกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการโดยการทำสัญญาจ้าง | ผู้นำองค์กรพิจารณาการจัดลำดับความสำคัญเป็นระบบเพื่อเผยแพร่ผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั่วทั้งองค์กร เช่น การปรับปรุงระบบจัดการยาขององค์กร | กระบวนการจัดลำดับความสำคัญรวมถึง การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ ที่ระบบและกระบวนการแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในการนำไปใช้และผลลัพธ์ | ผู้นำมั่นใจว่าการวิจัยทางคลินิกและการศึกษาทางการแพทย์อยู่ในลำดับความสำคัญ ถ้ามี

นอกจากนี้ ผู้นำองค์กรต้องประเมินผลกระทบของการปรับปรุง | ตัวอย่างเช่น การปรับปรุงการวัดประสิทธิภาพของกระบวนการทางคลินิกที่ซับซ้อน และ/หรือการระบุงการลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรเพื่อปรับปรุงกระบวนการ | การวัดผลกระทบของการปรับปรุงทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายในการลงทุนเกี่ยวกับคุณภาพและทรัพยากรมนุษย์การเงิน และผลตอบแทนอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการลงทุน | ผู้นำองค์กรสนับสนุนการสร้างเครื่องมืออย่างง่ายเพื่อหาจำนวนการใช้ทรัพยากรของกระบวนการเก่าและการประเมินกระบวนการใหม่ | ความเข้าใจของทั้งผลกระทบของการปรับปรุงเกี่ยวกับผลของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการจัดตั้งลำดับความสำคัญที่ชัดเจนในอนาคต ทั้งระดับองค์กรและระดับแผนก/หน่วยบริการ | เมื่อข้อมูลรวมกันในระดับองค์กร ผู้นำองค์กรสามารถเข้าใจวิธีการจัดสรรทรัพยากรที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ดีขึ้น (ดูที่ QPS.2, QPS.4.1, PCI.6, PCI.6.1 และ GLD.11)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.5

- 1. ผู้นำองค์กรใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในการจัดลำดับความสำคัญโดยรวม สำหรับกิจกรรมการวัดผลและพัฒนาในระดับองค์กร และพิจารณาการพัฒนาระบบที่อาจเกิดขึ้น
- 2. ผู้นำองค์กรมั่นใจว่า การวิจัยทางคลินิกและการศึกษาทางการแพทย์อยู่ในลำดับความสำคัญ ถ้ามี
- 3. ผู้นำองค์กรกำหนดลำดับความสำคัญรวมถึงการนำเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากลไปสู่การปฏิบัติ
- 4. ผู้นำองค์กรประเมินผลกระทบในระดับองค์กรและการพัฒนาในระดับแผนก/หน่วยบริการสำหรับประสิทธิภาพและการใช้ทรัพยากร (ดูที่ QPS.5)

## ♥ GLD.6 – GLD.6.2 | การบริหารองค์กรสำหรับสัญญาจ้าง Hospital Leadership for Contracts

### GLD การบริหารองค์กรสำหรับสัญญาจ้าง

## มาตรฐาน GLD.6

ผู้นำมีภาระรับผิดชอบสำหรับการตรวจสอบ คัดเลือก และติดตามสัญญาจ้างเกี่ยวกับบริการด้านคลินิกหรือด้านบริหารจัดการ ②

## เจตนาของ GLD.6

หลายครั้งที่องค์กรพบทางเลือกว่าจะจัดบริการทางคลินิกและการบริหารจัดการเองโดยตรง หรือจัดให้มีบริการดังกล่าวผ่านการส่งต่อ การขอคำปรึกษา การทำสัญญาจ้าง หรือการทำข้อตกลงอื่นๆ | บริการดังกล่าวอาจมีได้ตั้งแต่ บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย ไปจนถึงบริการบัญชีและการเงิน และบริการแม่บ้าน อาหาร หรือผ้า | ผู้นำองค์กรระบุธรรมชาติและขอบเขตบริการที่จัดให้โดยข้อตกลงตามสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร

เมื่อสัญญาเกี่ยวข้องกับบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ – เช่น สัญญาสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ – สัญญา กำหนดว่าบุคลากรด้านวิชาชีพให้บริการเป็นไปตามข้อกำหนดขององค์กรเช่นเดียวกับบุคลากรที่คล้ายกัน | ตัวอย่างเช่น พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติปฏิบัติตามข้อกำหนดของ SQE.13, ME 6 | ในทุกกรณี ผู้นำองค์กรรับผิดชอบต่อสัญญาจ้างดังกล่าวหรือข้อตกลงอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจว่าการบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและรวมเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพัฒนาและการจัดการคุณภาพขององค์กร | ผู้นำแผนก/หน่วยบริการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและคัดเลือกสัญญาจ้างเกี่ยวกับบริการด้านคลินิกหรือด้านบริหารจัดการ และรับผิดชอบต่อการตรวจสอบสัญญาเหล่านั้น (ดูที่ ASC.1 และ MOI.6)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.6

- 1. ผู้นำมีภาระรับผิดชอบสำหรับการทำงานสัญญาจ้างเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและการบริหารจัดการ
- 2. องค์กรจัดทำคำบรรยายธรรมชาติและขอบเขตของบริการที่จัดให้ผ่านสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3. สัญญาจ้างบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพต้องการการตรวจสอบคุณสมบัติรับรองที่จำเป็น เปรียบเทียบกับการตรวจสอบกระบวนการขององค์กร
- 4. ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการมีภาระรับผิดชอบร่วมกันสำหรับการตรวจสอบ คัดเลือก และติดตามสัญญาจ้างเกี่ยวกับบริการด้านคลินิกหรือด้านบริหารจัดการ (ดูที่ AOP.5.1, ME 5 และ AOP.6.1, ME 5)
- 5. เมื่อมีการปรับสัญญาหรือยุติสัญญา องค์กรยังคงความต่อเนื่องของการบริการผู้ป่วย

## มาตรฐาน GLD.6.1

ผู้นำองค์กรมั่นใจว่าสัญญาจ้างและข้อตกลงอื่นๆ ทุกรวมเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์กร

## เจตนาของ GLD.6.1

คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยการประเมินบริการทั้งหมดที่จัดโดยองค์กรและจัดโดยสัญญาจ้าง | ดังนั้น องค์กรจำเป็นต้องรับ วิเคราะห์ และลงมือปฏิบัติกับสารสนเทศคุณภาพที่ได้รับจากแหล่งบริการภายนอก | สัญญาจ้างกับแหล่งบริการภายนอกหมายถึงรวมถึงความคาดหวังด้านคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย และข้อมูล รวมถึงความถี่และรูปแบบของข้อมูลที่จะต้องส่งให้องค์กร | ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการรับและตอบสนองต่อรายงานคุณภาพจากหน่วยงานคู่สัญญา และทำให้มั่นใจว่ารายงานดังกล่าวถูกรวมเข้าในกระบวนการวัดคุณภาพขององค์กร (ดูที่ AOP.5.10.1 และ ASC.1 และ MOI.6)

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.6.1

- 1. สัญญาจ้างทั้งหมดกำหนดข้อมูลคุณภาพที่จะต้องรายงานกับองค์กร ความถี่และเครื่องมือในการรายงาน และวิธีการที่องค์กรตอบสนองเมื่อไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวัง

- 2. รายงานข้อมูลคุณภาพภายใต้สัญญารวมอยู่ในโปรแกรมการตรวจสอบคุณภาพขององค์กร
- 3. ผู้นำด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมกับโปรแกรมพัฒนาคุณภาพในการวิเคราะห์สารสนเทศคุณภาพและความปลอดภัยจากคู่สัญญาภายนอก

มาตรฐาน GLD.6.2

ผู้ให้บริการอิสระซึ่งมิได้เป็นบุคลากรขององค์กรมีหลักฐานคุณสมบัติที่ถูกต้องสำหรับบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยขององค์กร

Ⓟ

เจตนาของ GLD.6.2

องค์กรอาจทำสัญญาหรือทำข้อตกลงซื้อบริการจากแพทย์ ทันตแพทย์ และผู้ให้บริการอิสระอื่นๆ นอกองค์กร หรือทำข้อตกลงให้มาให้บริการภายในองค์กร | ในบางกรณี บุคคลเหล่านี้อาจอยู่ไกลนอกเขตพื้นที่หรือประเทศขององค์กร | บริการดังกล่าวอาจรวมถึงการแพทย์ทางไกลหรือรังสีวิทยาทางไกล | ถ้าบริการดังกล่าวมีส่วนในการกำหนดทางเลือกในการดูแลหรือกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติและการกำหนดสิทธิการดูแลโดยองค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.6.2

- 1. ผู้นำองค์กรกำหนดบริการที่จะจัดให้มีโดยผู้ให้บริการอิสระภายนอกองค์กร
- 2. บริการตรวจวินิจฉัย ให้คำปรึกษา และการรักษาทั้งหมดที่จัดให้โดยผู้ให้บริการอิสระนอกองค์กร เช่น การแพทย์ทางไกล รังสีวิทยาทางไกล และการแปลผลการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การตรวจคลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ (EMG) และอื่นๆ ได้รับการอนุญาตให้สิทธิการให้บริการดังกล่าวจากองค์กร
- 3. ผู้ให้บริการอิสระซึ่งให้บริการดูแลผู้ป่วยในสถานที่ขององค์กรแต่ไม่ได้เป็นบุคลากรหรือแพทย์ประจำองค์กรได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติและกำหนดสิทธิการดูแลตามที่กำหนดไว้ใน SQE.9 ถึง SQE.12
- 4. มีการเฝ้าติดตามคุณภาพบริการโดยผู้ให้บริการอิสระนอกองค์กรเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมพัฒนาคุณภาพขององค์กร

## ♥ GLD.7 – GLD.7.1 | การบริหารองค์กรสำหรับการจัดทรัพยากร Hospital Leadership for Resource

Decisions

GLD การบริหารองค์กรสำหรับการจัดทรัพยากร

มาตรฐาน GLD.7

ผู้นำองค์กรตัดสินใจเกี่ยวกับการซื้อหรือการใช้ทรัพยากร –บุคคลและด้านเทคนิค –ด้วยความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบด้านคุณภาพและความปลอดภัยของการตัดสินใจนั้น

เจตนาของ GLD.7

ผู้นำองค์กรตัดสินใจได้ดีขึ้นเมื่อมีข้อมูลที่เป็นฐานการตัดสินใจ | เช่น เมื่อองค์กรต้องการเปลี่ยนหรือเพิ่มเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (Infusion pumps) ข้อมูลความต้องการในการบำรุงรักษา ความต้องการฝึกอบรมบุคลากรหรือการฝึกอบรมใหม่ ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาดครั้งก่อนและอุบัติการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาการเตือนภัย และอื่นๆ ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเพิ่มเติมในคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะ

คำนึงถึงเรื่องต้นทุนเพียงอย่างเดียว | ในทำนองเดียวกัน เมื่อมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการลดจำนวนหรือมอบหมายงานใหม่ให้บุคลากรสายพยาบาล การพิจารณาผลกระทบด้านคุณภาพการดูแลคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย จำเป็นต้องนำมาใช้เพื่อการตัดสินใจ (ดูที่ SQE.6) | ผู้นำองค์กรพัฒนากระบวนการในการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศสำหรับการตัดสินใจซื้อหรือทรัพยากรที่สำคัญ เพื่อให้แน่ใจว่ารวมอยู่ในองค์ประกอบในการตรวจสอบวิเคราะห์สถานะเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

องค์ประกอบหนึ่งของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพยากรคือการเข้าใจข้อกำหนดหรือคำแนะนำเกี่ยวกับเครื่องมือ วัสดุ และยาที่จำเป็นต่อการให้บริการแก่ประชากรผู้ป่วย | ข้อกำหนดหรือคำแนะนำดังกล่าวอาจมาจากหน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาชีพในระดับประเทศและระดับสากล หรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถืออื่นๆ (ดูที่ QPS.3)

เมื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพยากรทำโดยบุคคลที่สาม เช่น กระทรวงสาธารณสุข ผู้นำองค์กรให้ข้อมูลและสารสนเทศกับบุคคลที่สามโดยใช้ประสบการณ์และความต้องการเพื่อระบุทรัพยากรทางเลือกในอนาคตที่ดียิ่งขึ้น

เมื่อองค์กรใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และ/หรือตัวแทนทางด้านเภสัชที่เป็น “การทดลอง” ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (นั่นคือ เทคโนโลยีทางการแพทย์หรือตัวแทนที่ระบุว่าเป็น “การทดลอง” ทั้งในระดับประเทศหรือระดับสากล มีกระบวนการเพื่อตรวจสอบและอนุมัติการใช้แบบทดลอง | เป็นเรื่องสำคัญที่การอนุมัติดังกล่าวเกิดขึ้นก่อนที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วย | การตัดสินใจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอม (ดูที่ COP.8 และ SQE.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.7

- 1. ผู้นำองค์กรแสวงหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการซื้อและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ
- 2. ผู้นำองค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศถึงผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับทางเลือกเทคโนโลยีทางการแพทย์
- 3. ผู้นำองค์กรใช้ข้อมูลและสารสนเทศถึงผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสำหรับทางเลือกของทรัพยากร
- 4. ผู้นำองค์กรตรวจสอบผลการตัดสินใจและการใช้ข้อมูลเพื่อประเมินและปรับปรุงคุณภาพของการตัดสินใจจัดซื้อและจัดสรรทรัพยากร
- 5. องค์กรใช้ข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพและแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถืออื่นๆ เพื่อระบุทรัพยากรที่จำเป็นต้องมีเพื่อให้บริการ

มาตรฐาน GLD.7.1

ผู้นำองค์กรแสวงหาและใช้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับความปลอดภัยของการจัดการ Supply Chain ของ ยา เทคโนโลยีทางการแพทย์ และวัสดุ เพื่อปกป้องผู้ป่วยและบุคลากรจากการปนเปื้อน สิ่งแปลกปลอม และผลิตภัณฑ์ที่เบี่ยงเบนไป

เจตนาของ GLD.7.1

การจัดการ Supply Chain (เช่น การย้ายอุปกรณ์จากผู้ผลิต ไปยังผู้จำหน่าย และมายังองค์กร ดูที่คำอธิบายศัพท์) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างความมั่นใจไม่เพียงแต่การจัดหาวัสดุที่จำเป็นอย่างทันเวลา แต่เป็นการป้องกัน ยา เทคโนโลยีทางการแพทย์ และวัสดุ ต่อการปนเปื้อน สิ่งแปลกปลอม หรือจากแหล่งที่เบี่ยงเบนไป เมื่อถึงผู้ป่วยขององค์กร | เอกสารที่รวบรวมปัญหาโดยรวมเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจชื่อเสียง ความน่าเชื่อถือ และการดำเนินการ



ทางจริยธรรมของแต่ละองค์ประกอบของ supply chain ขององค์กร | ถึงแม้ว่าข้อมูลอาจจะไม่สมบูรณ์และอาจจะยากที่จะปะติดปะต่อ องค์กรสามารถ อย่างน้อยที่สุด ตัดสินใจความเสี่ยงที่มีอยู่ที่สำคัญที่สุดและตัดสินใจทางเลือกที่ดีที่สุด | การติดตามผลิตภัณฑ์ผ่านบาร์โค้ดและวิธีการอื่นสามารถช่วยให้ผู้บริหารและบุคลากรเข้าใจถึง supply chain และป้องกันการเบี่ยงเบนไป | ถึงแม้ว่าไม่มีมาตรฐานเดียวกันโดยรวมสำหรับ supply chain หรือแม้แต่มาตรฐานในระดับชาติในทุกๆ ประเทศ ผู้บริหารมีความรับผิดชอบที่จะได้รับทราบถึงปัญหาและกลยุทธ์ที่นำไปใช้ในการปกป้องความสมบูรณ์ของ supply chain | เมื่อองค์กรซื้อ เก็บไว้ และกระจายวัสดุโดยผู้มีอำนาจของรัฐ องค์กรเข้าร่วมในโปรแกรมเพื่อการตรวจสอบและรายงานการปนเปื้อนที่น่าสงสัยและวัสดุแปลกปลอม และใช้มาตรการเพื่อป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้น | ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐอาจจะไม่ทราบถึงความสมบูรณ์ของผู้ผลิตใน chain ก็ สามารถตระหนักถึงการซื้อและการจัดการโดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.7.1

- 1. ผู้นำองค์กรระบุ supply chain ของวัสดุและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สำคัญ
- 2. ผู้นำองค์กรประเมินความสมบูรณ์ของผู้จำหน่ายใน chain นั้น
- 3. ผู้นำองค์กรตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพยากร ขึ้นอยู่กับความเข้าใจของความเสี่ยงใน supply chain
- 4. ผู้นำองค์กรติดตามวัสดุที่สำคัญเพื่อป้องกันการเบี่ยงเบนหรือการสับเปลี่ยน

♥ **GLD.8** | การจัดการและความรับผิดชอบของบุคลากรทางคลินิก Clinical Staff Organization and Accountabilities

GLD การจัดการและความรับผิดชอบของบุคลากรทางคลินิก

มาตรฐาน GLD.8

ผู้นำด้านการแพทย์ การพยาบาล และผู้นำด้านอื่นๆ ของบริการทางคลินิก วางแผนโครงสร้างองค์กรที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ และนำโครงสร้างดังกล่าวสู่การปฏิบัติ ②

เจตนาของ GLD.8

ผู้นำด้านการแพทย์ การพยาบาล และผู้นำด้านอื่นๆ ของบริการทางคลินิกมีหน้าที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยและองค์กร | ผู้นำแผนก/หน่วยบริการเหล่านี้

- สนับสนุนการสื่อสารที่ีระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ
- ร่วมวางแผนและจัดทำนโยบาย แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ระเบียบการที่เกี่ยวข้อง แผนการดูแล และเอกสารอื่นซึ่งขึ้นากาจัดบริการทางคลินิก
- ดูแลให้มีการปฏิบัติตามจริยธรรมของแต่ละวิชาชีพ และ
- กำกับดูแลคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ผู้นำแผนก/หน่วยบริการด้านการแพทย์และการพยาบาลจัดให้มีโครงสร้างบุคลากรวิชาชีพที่เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว | โครงสร้างองค์กรและกระบวนการที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้ทำหน้าที่เหล่านี้ อาจจะเป็นโครงสร้างของบุคลากรวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว หรือเป็นโครงสร้างของบุคลากรด้านการแพทย์และพยาบาลแยกจากกันก็ได้ | โครงสร้างที่เลือกใช้ อาจจะมีการจัดระบบอย่างชัดเจนด้วยคณะกรรมการ กฎหมาย และกฎระเบียบ หรืออาจจะอยู่ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ | โดยทั่วไป โครงสร้างที่เลือกจะมีลักษณะดังนี้

- ประกอบด้วยบุคลากรทางคลินิกที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- สอดคล้องกับลักษณะผู้เป็นเจ้าของ พันธกิจ และโครงสร้างขององค์กร
- เหมาะสมกับความซับซ้อนขององค์กรและจำนวนบุคลากรด้านวิชาชีพ และ
- มีประสิทธิผลในการทำหน้าที่ที่ระบุไว้ (ดูที่ SOE.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.8

- 1. มีโครงสร้างองค์กรที่มีประสิทธิผล ซึ่งผู้นำด้านการแพทย์ การพยาบาล และผู้นำอื่นๆ ใช้เพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของตน
- 2. โครงสร้างมีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร
- 3. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ
- 4. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนการวางแผนและการจัดทำนโยบายทางคลินิก
- 5. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนการกำกับดูแลจริยธรรมวิชาชีพ
- 6. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนการกำกับดูแลคุณภาพการบริการด้านคลินิก

## ♥ GLD.9 – GLD.11.2 | ทิศทางของแผนกและหน่วยบริการในองค์กร Direction of Hospital Departments and Services

GLD ทิศทางของแผนกและหน่วยบริการในองค์กร

มาตรฐาน GLD.9

มีผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่าทำหน้าที่บริหารแต่ละแผนกหรืองานบริการในองค์กร (P)

เจตนาของ GLD.9

การดูแลทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และการบริหารจัดการโดยรวมของสถานพยาบาล จะดีได้ด้วยกิจกรรมทางคลินิกและการบริหารจัดการของแต่ละแผนกหรืองานบริการ | ชีตสมรรถนะที่ดีของแผนกหรืองานบริการต้องอาศัยการนำที่ชัดเจนจากผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม | การนำในแผนกหรืองานบริการขนาดใหญ่อาจจะมีการแยกตามบทบาทย่อย | ในกรณีดังกล่าว มีการกำหนดหน้าที่ของแต่ละบทบาทไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้นำของแต่ละแผนกสื่อสารความต้องการด้านทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ ต่อผู้บริหารระดับสูงขององค์กร | การสื่อสารนี้จะทำให้มั่นใจว่ามีบุคลากร พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ และทรัพยากรอื่นๆ พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดเวลา | อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ผู้บริหารแผนกจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ ความต้องการอาจจะเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ได้รับทรัพยากรทั้งหมด | ดังนั้น ผู้บริหารแผนกต้องมีกระบวนการที่จะตอบสนองต่อการขาดแคลนทรัพยากร เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยทุกราย

ผู้บริหารแผนกพิจารณาบริการที่จัดและวางแผนไว้โดยแผนกหรืองานบริการ รวมถึงการศึกษา ทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ที่บุคลากรวิชาชีพของแผนกจำเป็นต้องมีเพื่อให้บริการเหล่านั้น | ผู้บริหารแผนกจัดทำเกณฑ์ที่สะท้อนถึงข้อพิจารณาแล้วเลือกบุคลากร | ผู้บริหารแผนกอาจจะทำงานร่วมกับแผนกทรัพยากรมนุษย์หรือแผนกอื่นๆ ในกระบวนการเลือกสรรตามข้อเสนอของผู้บริหารแผนก

ผู้บริหารแผนกสร้างเชื่อมั่นว่าบุคลากรทุกคนในแผนกหรืองานบริการเข้าใจหน้าที่รับผิดชอบของตน และจัดให้มีการ  
ปฐมนิเทศและฝึกอบรมแก่บุคลากรใหม่ | การปฐมนิเทศครอบคลุมเป้าหมายขององค์กร เป้าหมายของแผนกหรืองาน  
บริการ ขอบเขตการให้บริการ นโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับบริการที่จัด | ตัวอย่างเช่น บุคลากรทุกคนเข้าใจถึง  
แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในองค์กร และในแผนกหรืองานบริการของตน | บุคลากรได้รับการฝึกอบรม  
อย่างเหมาะสมเมื่อมีการนำนโยบายและระเบียบปฏิบัติใหม่หรือที่มีการทบทวนมาสู่การปฏิบัติ (คู่มือ ACC.3, ME 1;  
AOP.5.1; AOP.6.1; AOP.5.11, ME 1; ASC.2; MMU.1; QPS.1; และ PCI.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.9

- 1. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการจัดทำเกณฑ์การศึกษา ทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ที่ต้องการสำหรับบุคลากร  
วิชาชีพของแผนก (คู่มือ AOP.5.11, ME 1 และ COP.8.1)
- 2. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับพื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ จำนวนและคุณสมบัติของ  
บุคลากร และทรัพยากรพิเศษอื่นๆ ที่จำเป็นในการให้บริการ และมีกระบวนการตอบสนองเมื่อมีการขาดแคลน  
ทรัพยากร (คู่มือ AOP.6.2, ME 5; COP.3.2; COP.8; และ SQE.6)
- 3. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการจัดทำเกณฑ์ในการเลือกหรือแนะนำบุคลากรวิชาชีพที่ต้องการสำหรับบุคลากร  
วิชาชีพของแผนก
- 4. บริหารแผนกจัดให้มีโปรแกรมปฐมนิเทศและฝึกอบรมหน้าที่ของบุคลากรทุกคนและความรับผิดชอบในแผนก/  
หน่วยบริการที่ได้รับมอบหมายแก่บุคลากรของแผนก (คู่มือ AOP.5.3, ME 4; AOP.6.3, ME 4; และ SQE.7)

มาตรฐาน GLD.10

ผู้บริหารของแต่ละแผนกทางคลินิกหรือบริการที่แผนกจะจัดให้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการประสานงานและร่วมกัน  
บริการภายในแผนกหรืองานบริการ และระหว่างแผนกหรืองานบริการอื่น (P)

เจตนาของ GLD.10

ผู้บริหารแผนกทางคลินิกขององค์กรร่วมมือกันกำหนดรูปแบบและเนื้อหาของเอกสารวางแผนเฉพาะของแต่ละแผนกที่  
เป็นแนวทางเดียวกัน | โดยทั่วไป เอกสารที่แต่ละแผนกทางคลินิกจัดเตรียมจะกำหนดเป้าหมาย รวมทั้งบริการที่มีอยู่ใน  
ปัจจุบันและที่วางแผนสำหรับอนาคต | นโยบายและระเบียบปฏิบัติของแผนกสะท้อนเป้าหมายและบริการของแผนก  
รวมถึงความรู้ ทักษะ และความพร้อมของบุคลากรที่ต้องมีเพื่อประเมินและตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

บริการทางคลินิกที่จัดให้ผู้ป่วยได้รับการประสานความร่วมมือและร่วมกันภายในแต่ละแผนกบริการ เช่น การร่วมกัน  
บริการทางการแพทย์และการพยาบาล | เช่นเดียวกัน แต่ละแผนกหรืองานบริการยังประสานความร่วมมือและร่วมกัน  
บริการของตนกับแผนกหรืองานบริการอื่น | มีการหลีกเลี่ยงหรือขจัดความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นเพื่อประหยัดทรัพยากร  
ขององค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.10

- 1. ผู้บริหารแผนกหรือหน่วยบริการเลือกและใช้รูปแบบและเนื้อหาของเอกสารการวางแผนที่เป็นแนวทางเดียวกัน
- 2. เอกสารของแต่ละแผนกหรือหน่วยบริการ ระบุบริการที่แต่ละแผนกหรืองานบริการจัดอยู่ในปัจจุบัน และวางแผน  
จะจัดในอนาคต
- 3. นโยบายและระเบียบปฏิบัติของแต่ละแผนกหรือหน่วยบริการชี้แจงการจัดบริการที่ระบุไว้

- 4. นโยบายและระเบียบปฏิบัติของแต่ละแผนกหรืองานบริการระบุความรู้และทักษะของบุคลากรที่จำเป็นเพื่อการประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- 5. มีการประสานความร่วมมือและรวมกันของบริการภายในแต่ละแผนกหรืองานบริการ

มาตรฐาน GLD.11

ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการจัดลำดับความสำคัญในระดับองค์กรและทำการติดตามและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเฉพาะแผนก/หน่วยบริการ

เจตนาของ GLD.11

ผู้นำแผนก/หน่วยบริการกำหนดให้บุคลากรเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญในระดับโรงพยาบาล (ดูที่ GLD.5) และระบุกิจกรรมด้านคลินิกหรือด้านบริหารเฉพาะแผนกหรือหน่วยบริการ | ตัวอย่างเช่น แผนกหรืองานบริการด้านคลินิกมีส่วนร่วมที่จะปรับปรุงการสื่อสารในระดับองค์กรและอาจติดตามและลดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการภายใน เช่น การสั่งซื้อชุดทดสอบวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยที่มีสถานะเดียวกัน | ในทำนองเดียวกัน แผนกบริหารจัดการอาจเกี่ยวข้องกับโครงการระบบอัตโนมัติเพื่อปรับปรุงการส่งต่อการสื่อสารและอาจติดตามและปรับปรุงความถูกต้องของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการทางคลินิกพิจารณาถึง ตัววัดใน Joint Commission International Library of Measures ที่ใช้บังคับกับการให้บริการโดยแผนก/หน่วยบริการ

ดังนั้น ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการดำเนินการคัดเลือกและตรวจสอบตัวชี้วัดโดยเฉพาะของแผนกหรือหน่วยบริการดังต่อไปนี้

- ลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดและการพัฒนาในระดับองค์กรกำหนดโดยผู้บริหารองค์กรที่เกี่ยวข้องกับแผนกหรือหน่วยบริการโดยเฉพาะ
- ตัวชี้วัดเกี่ยวข้องกับลำดับความสำคัญโดยเฉพาะของแผนก/หน่วยบริการเพื่อลดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาความปลอดภัยของกระบวนการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือปรับปรุงประสิทธิภาพ

การเลือกตัวชี้วัดขึ้นอยู่กับกิจกรรมและกระบวนการที่ต้องมีการปรับปรุงในแผนกหรือหน่วยบริการ | ควรกำหนดเป้าหมายสำหรับแต่ละตัวชี้วัด | เป็นที่คาดหวังว่าการวัดผลในเบื้องต้นจะไม่บรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม เมื่อกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาได้นำไปปฏิบัติ ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการควรคาดหวังที่จะเห็นการพัฒนาไปสู่เป้าหมาย | เลือกใช้ตัวชี้วัดใหม่นี้ เมื่อบรรลุเป้าหมายและคงไว้อย่างน้อย 4 ช่วงเวลาในการวัด

ผู้บริหารของแผนกหรือหน่วยบริการทางคลินิกมีหน้าที่สร้างความมั่นใจว่ากิจกรรมตัวชี้วัดมีการประเมินผลพนักงาน เช่นเดียวกับกระบวนการดูแล | ดังนั้น ตัวชี้วัดรวมถึงช่วงเวลาและบริการทั้งหมดที่มี | ส่งผลให้ข้อมูลและสารสนเทศมีความสำคัญต่อความพยายามในการพัฒนาและสำคัญต่อโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์กร (ดูที่ QPS.1, ME 3; QPS.2 และ PCI.10, ME 1)

หมายเหตุ: สำหรับบางแผนก เช่น แผนกควบคุมการติดเชื้อ การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก รังสีวิทยา และห้องปฏิบัติการทางคลินิก มีการตรวจสอบคุณภาพอย่างต่อเนื่องหรือโปรแกรมควบคุมที่รวมในลำดับความสำคัญของการวัดและอยู่ในมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับบริการนั้น (ดู AOP.5.9, AOP.6.7, PCI.10 และ FMS.10)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.11

- 1. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการนำมาตรการความปลอดภัยในระดับองค์กรไปปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริการของแผนก/หน่วยบริการ รวมถึงบริการที่สำคัญอย่าง
- 2. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการนำมาตรการความปลอดภัยไปปฏิบัติเพื่อลดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนากระบวนการภายในแผนกหรือหน่วยบริการ รวมทั้งตัววัดทางคลินิกที่องค์กรเลือกจากตัววัดใน Joint Commission International Library of Measures
- 3. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการเลือกมาตรการตามความต้องการสำหรับการพัฒนา และเลือกมาตรการใหม่เมื่อมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ดูที่ QPS.10, ME 2)
- 4. มาตรการการวัดคุณภาพของแผนกและหน่วยบริการและกิจกรรมการพัฒนารวมอยู่ในและสนับสนุนโครงสร้างการประสานงานและการจัดการคุณภาพขององค์กร (ดูที่ QPS.10)

มาตรฐาน GLD.11.1

ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการของหน่วยงานทางคลินิกดำเนินการเลือกมาตรการคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเฉพาะขอบเขตบริการโดยแผนก/บริการ และเป็นประโยชน์ในการประเมินผลของแพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพอื่นในกระบวนการดูแลทางคลินิก

เจตนาของ GLD.11.1

ผู้บริหารแผนกหรือหน่วยบริการคลินิกมีหน้าที่สร้างความมั่นใจว่ากิจกรรมการวัดผลเพิ่มโอกาสสำหรับการประเมินผลบุคลากรเช่นเดียวกับกระบวนการดูแล | ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการเกี่ยวข้องกับการนัดหมาย การแต่งตั้งสิทธิ การตรวจสอบและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการนัดหมายแพทย์ใหม่ในแผนก/หน่วยบริการ | เพื่อให้มั่นใจว่าผู้บริหารของแผนก/หน่วยบริการมีข้อมูลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนกิจกรรมเหล่านี้รวมถึง การตรวจวัดคุณภาพในช่วงเวลาทั้งหมดของการบริการที่มีโดยแผนก/หน่วยบริการและรวมถึงสิทธิทางคลินิกของแพทย์ทั้งหมด | ผลทางคลินิกในหัวข้อเจตนาของ SQE.11 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของแพทย์ | ในบางกรณี การชี้วัดจะเชื่อมโยงกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่นำมาใช้กับแผนกหรือการบริการ (ดูที่ GLD.11.2) | ถ้าเป็นไปได้ ตัววัดจะนำมาจากตัววัดใน Joint Commission International Library of Measures เพื่ออนุญาตให้ใช้ตัววัดที่เป็นมาตรฐานภายในแผนกหรือหน่วยบริการและเพื่อเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นๆ

ในทำนองเดียวกันข้อมูลมีความจำเป็นที่จะสนับสนุนการประเมินผลของพยาบาลและบุคลากรด้านวิชาชีพอื่นในแผนก | ถึงแม้ว่าบุคลากรเหล่านี้มีคำบรรยายลักษณะงานมากกว่าสิทธิประโยชน์ทางคลินิก ผู้บริหารแผนก/บริการยังคงรับผิดชอบในการประเมินผลการทำงาน | มาตรฐาน SQE.3 อธิบายกระบวนการประเมินผลของบุคคลเหล่านี้ และกิจกรรมการวัดที่ได้อธิบายไว้ในมาตรฐานนี้จะช่วยสนับสนุนวัตถุประสงค์ของกระบวนการประเมินผล | ในหลายกรณีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่นำไปใช้ในแผนกหรือหน่วยบริการ มีความสัมพันธ์กับแผนการดูแล และระเบียบการที่เกี่ยวข้อง ที่จะให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลชี้วัดสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น (ดูที่ QPS.2 และ SQE.10)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.11.1

- 1. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการใช้ตัวชี้วัดให้เกิดประโยชน์ในการตรวจสอบการปฏิบัติงานของแพทย์ในแผนกหรือหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง (ดูที่ SQE.11)

- 2. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการใช้ตัวชี้วัดให้เกิดประโยชน์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสายพยาบาล (คู่มือ SQE.14.1, ME 2)
- 3. ผู้บริหารแผนก/หน่วยบริการใช้ตัวชี้วัดให้เกิดประโยชน์ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ (คู่มือ SQE.16.1, ME 2)

มาตรฐาน GLD.11.2

มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) วิธีทางคลินิก (clinical pathways) และ/หรือระเบียบวิธี (protocol) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลทางคลินิก (P)

เจตนาของ GLD.11.2

เป้าหมายของสถานพยาบาล ประกอบด้วย

- การทำให้กระบวนการดูแลทางคลินิกเป็นมาตรฐาน
- การลดความเสี่ยงในกระบวนการดูแล โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตัดสินใจที่มีความสำคัญสูง
- การให้การดูแลทางคลินิกในเวลาที่เหมาะสม มีประสิทธิผล ใช้ทรัพยากรที่มีอย่างมีประสิทธิภาพ และ
- การให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงโดยใช้การปฏิบัติที่อิงหลักฐานทางวิชาการอย่างคงเส้นคงวา

องค์กรใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อบรรลุเป้าหมายข้างต้นและเป้าหมายอื่นๆ | ตัวอย่างเช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพจัดทำกระบวนการดูแลทางคลินิกและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางคลินิกบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุดที่มีอยู่ | แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับการทำความเข้าใจและประยุกต์ศาสตร์ที่ดีที่สุดกับการวินิจฉัยโรคหรือสภาวะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (คู่มือ PCI.6.1) | องค์กรใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้รับการตรวจสอบและรับรองโดยแหล่งที่มีอำนาจเกี่ยวข้อง เช่น สมาคมหรือสภาวิชาชีพแห่งชาติ หรือองค์กรระหว่างประเทศที่มีอยู่ในรายชื่อที่สามารถอนุมัติแนวปฏิบัติได้ | ถ้าแนวทางปฏิบัติทางคลินิกทำโดยองค์กร ควรถูกส่งไปยังแหล่งที่มีสิทธิรับรองได้

บ่อยครั้ง การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติทางคลินิกจะต้องมีวิธีการดูแลทางคลินิก (clinical care pathway) และระเบียบวิธีทางคลินิก (clinical protocol) เพื่อนำไปปรับใช้หรือพัฒนา | วิธีการดูแลทางคลินิก และระเบียบวิธีทางคลินิก เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในความพยายามที่จะสร้างความมั่นใจในการบูรณาการและประสานการดูแลและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) วิธีการดูแลทางคลินิก (clinical care pathway) และระเบียบวิธีทางคลินิก (clinical protocol) ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ป่วยและพันธกิจขององค์กร

- a) ได้รับการเลือกจากแนวทางที่ปรารถนาที่ประยุกต์ได้กับบริการและผู้ป่วยขององค์กร (แนวทางระดับชาติที่มีการบังคับใช้ถูกรวมเข้าไว้ในกระบวนการนี้ ถ้ามี)
- b) ได้รับการประเมินว่าสอดคล้องกับกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่ระบุไว้
- c) ได้รับการดัดแปลงตามความจำเป็นให้เข้ากับเทคโนโลยี ยา และทรัพยากรอื่นๆ ขององค์กร หรือบรรทัดฐานทางวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับของประเทศ
- d) ได้รับการประเมินว่ามีหลักฐานทางวิชาการรองรับ
- e) ได้รับการอนุมัติหรือดัดแปลงโดยองค์กรอย่างเป็นทางการ

- f) ได้รับการนำไปปฏิบัติและวัดผลดูความสม่ำเสมอและประสิทธิผลของการใช้
- g) ได้รับการสนับสนุนโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อประยุกต์ใช้แนวทางหรือวิถีทางคลินิก และ
- h) มีการปรับให้ทันสมัยเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงในหลักฐานทางวิชาการ การประเมินกระบวนการและผลลัพธ์

แนวทางและวิถีการดูแลทางคลินิกจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อหลายแผนก/หน่วยบริการด้านคลินิก ผู้นำองค์กรได้รับการคาดหวังที่จะบรรลุสิ่งต่อไปนี้ในแต่ละปี

- ผู้นำทางคลินิกเลือกเรื่องที่มีความสำคัญสูง (high priority area) อย่างน้อยห้าเรื่อง เช่น การวินิจฉัยโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือ กระบวนการ เช่น การปลูกถ่ายอวัยวะ หรือ ประชากร เช่น ผู้สูงอายุ หรือ โรค เช่น โรคเบาหวาน และอื่นๆ ซึ่งแนวทางปฏิบัติ วิถีทางคลินิก และระเบียบวิธีจะมีผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและลดความแปรปรวนในผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์
- ดำเนินการตามกระบวนการในข้อ a) ถึง h) สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญสูงที่ระบุไว้

ขั้นตอนการคัดเลือกไม่ได้ห้ามให้แต่ละแผนกหรือหน่วยบริการเลือกแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องและวิถีทางคลินิก ที่เพิ่มขึ้น (ดูที่ IP5G.5; COP.8.6; COP.9.3, ME 1; GLD.8 และ SQE.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.11.2

- 1. ในแต่ละปี ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการกำหนดเรื่องที่มีความสำคัญสูงที่จะมุ่งใช้แนวทางปฏิบัติ อย่างน้อยห้าเรื่อง
- 2. ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการปฏิบัติตามกระบวนการที่ระบุไว้ใน a) ถึง h) ในหัวข้อเจตนา ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก มาใช้
- 3. ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก วิถีทางคลินิก หรือระเบียบวิธีทางคลินิก สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญสูงที่เกี่ยวข้องกับแผนก/หน่วยบริการ มาสู่การปฏิบัติ
- 4. ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก วิถีทางคลินิก และ/หรือระเบียบวิธีทางคลินิกสามารถลดความแปรปรวนในกระบวนการและผลลัพธ์ได้อย่างไร

### ♥ GLD.12 – GLD.13.1 | จริยธรรมองค์กรและคลินิก Organizational and Clinical Ethics

GLD จริยธรรมองค์กรและคลินิก

มาตรฐาน GLD.12 (แก้คำผิด)

องค์กรจัดทำรอบการบริหารจริยธรรมที่อยู่ในประเด็นการดำเนินงานและธุรกิจ ประกอบด้วย การตลาด การรับผู้ป่วย การโอนย้ายผู้ป่วย และการจำหน่าย รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลความเป็นเจ้าของกิจการ ข้อมูลความขัดแย้งเชิงธุรกิจและวิชาชีพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย (P)

มาตรฐาน GLD.12.1 (แก้คำผิด)

องค์กรจัดทำรอบการบริหารจริยธรรม ที่ส่งเสริมวัฒนธรรมของการปฏิบัติทางจริยธรรมและการตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบรรทัดฐานด้านธุรกิจ การเงิน จริยธรรม และกฎหมาย รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่ามีการปกป้องผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย (P)

## มาตรฐาน GLD.12.2

กรอบการบริหารจริยธรรมขององค์กรสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลทางคลินิกอย่างมีจริยธรรม

เจตนาของ GLD.12 ถึง GLD.12.2

องค์กรเผชิญกับความท้าทายในการให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความปลอดภัยและมีคุณภาพสูง | ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ข้อจำกัดทางการเงิน และความคาดหวังที่เพิ่มขึ้น ความขัดแย้งและการถกเถียงทางจริยธรรมเป็นที่พบบ่อย | ผู้นำองค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบด้านวิชาชีพและกฎหมายเพื่อสร้างและส่งเสริมสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ค้ำประกันงานภายในกรอบจริยธรรม | กรอบจริยธรรมนี้ประยุกต์ใช้กับกิจกรรมด้านธุรกิจและคลินิกขององค์กร | ผู้นำองค์กรแสดงให้เห็นพฤติกรรมด้านจริยธรรมและพัฒนาแนวทางเพื่อประสิทธิภาพขององค์กรและนำไปปฏิบัติ | การกระทำของผู้นำองค์กรและแนวทางสำหรับพฤติกรรมด้านจริยธรรมจะต้องสอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และรายงานด้านมูลค่า นโยบายบุคลากร รายงานประจำปี และเอกสารอื่นๆ

กรอบการบริหารจริยธรรมสนับสนุนผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ บุคลากรอื่น และผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเผชิญหน้ากับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างวิชาชีพ และระหว่างผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแล | การสนับสนุนดังกล่าวทำได้อย่างง่ายตายและรวมทั้งทรัพยากรด้านจริยธรรมและการฝึกอบรมสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่นๆ | นอกจากนี้ ผู้นำองค์กรพิจารณาบรรทัดฐานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและจริยธรรมวิชาชีพของประเทศและสากลในการสร้างกรอบการทำงานนี้

องค์กรดำเนินการภายใต้กรอบการทำงานนี้เพื่อ

- เปิดเผยข้อมูลความเป็นเจ้าของและผู้มีส่วนได้เสีย
- นำเสนอบริการต่อผู้ป่วยอย่างจริงจัง
- ปกป้องความลับของข้อมูลผู้ป่วย
- จัดให้มีนโยบายการรับผู้ป่วย การโอนย้าย และการจำหน่ายที่ชัดเจน
- เรียกเก็บเงินสำหรับบริการอย่างถูกต้อง และ คลี่คลายความขัดแย้งเมื่อแรงจูงใจทางการเงินและการจ่ายเงินอาจจะส่งผลกระทบต่อกรดูแลผู้ป่วย
- ส่งเสริมความโปร่งใสในการรายงานการวัดประสิทธิภาพทางคลินิกและองค์กร
- จัดตั้งกลไกผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่นๆ อาจรายงานทางคลินิกผิดพลาด และทำให้ประเด็นด้านจริยธรรมไม่ต้องกลัวการลงโทษ รวมถึงปัญหาพฤติกรรมของบุคลากรที่ก่อความด้านคลินิกและ/หรือการดำเนินงาน
- สนับสนุนสภาพแวดล้อมที่อนุญาตให้สนทนาความกังวลด้านจริยธรรมโดยไม่ต้องกลัวการลงโทษ
- ให้ทางแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลาถ้ามีความขัดแย้งด้านจริยธรรมเกิดขึ้น
- แน่ใจว่าไม่มีการแบ่งแยกในการจ้างงาน (ดูคำศัพท์) และการจัดหาผู้ดูแลผู้ป่วยในเนื้อหาของบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและกฎระเบียบของประเทศ และ
- ลดความแตกต่างในการเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก (ดูที่ COP.1, PFR.1.1 และ GLD.8)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.12

- 1. ผู้นำองค์กรกำหนดกรอบการบริหารจริยธรรมเพื่อปกป้องผู้ป่วยและสิทธิของผู้ป่วย
- 2. กรอบการบริหารจริยธรรมขององค์กรทำให้แน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยอยู่ในบรรทัดฐานด้านธุรกิจ การเงิน จริยธรรม และกฎหมาย



- 3. องค์กรแน่ใจว่าไม่มีการแบ่งแยกในการจ้างงาน และการจัดหาผู้ดูแลผู้ป่วยในเนื้อหาของบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและกฎระเบียบของประเทศ
- 4. ผู้นำพิจารณาบรรทัดฐานจริยธรรมของประเทศและของสากล ในการจัดทำกรอบจริยธรรมขององค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.12.1

- 1. องค์กรเปิดเผยข้อมูลผู้เป็นเจ้าของและผู้มีส่วนได้เสีย (ดูที่ AOP.5, ME 5 และ AOP.6, ME 5)
- 2. องค์กรนำเสนอบริการต่อผู้ป่วยด้วยความจริงใจ
- 3. องค์กรเรียกเก็บค่าบริการอย่างถูกต้อง และแน่ใจว่าแรงจูงใจทางการเงินและการจ่ายเงินไม่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.12.2

- 1. กรอบการบริหารจริยธรรมขององค์กรสร้างกลไกที่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่นๆ อาจกล่าวถึงความกังวลเกี่ยวกับจริยธรรมโดยไม่ต้องกลัวการลงโทษ
- 2. การสนับสนุนสำหรับภาระความกังวลทางจริยธรรมทำได้ง่ายตายและรวมทั้งทรัพยากรด้านจริยธรรมและการฝึกอบรมสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่นๆ
- 3. องค์กรจัดหาทางแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลาถ้ามีความขัดแย้งด้านจริยธรรมเกิดขึ้น

มาตรฐาน GLD.13 (ใหม่)

ผู้นำองค์กรสร้างและสนับสนุนโปรแกรมวัฒนธรรมของความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กร **Ⓟ**

มาตรฐาน GLD.13.1 (ใหม่)

ผู้นำองค์กรนำวัฒนธรรมของความปลอดภัยไปใช้ ติดตาม และปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร

เจตนาของ GLD.13 ถึง GLD.13.1

วัฒนธรรมของความปลอดภัยนิยามได้ดังนี้: “วัฒนธรรมความปลอดภัยของ [องค์กรหนึ่ง] เป็นผลิตภัณฑ์ของแต่ละบุคคลและของกลุ่มเกี่ยวกับ คุณค่า ทศนคติ การรับรู้ ความสามารถ และรูปแบบของพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดความ มุ่งมั่น และรูปแบบและความสามารถในการจัดการด้านสุขภาพและความปลอดภัยของ [องค์กร] | [องค์กร] ที่มี วัฒนธรรมความปลอดภัยในเชิงบวกมีลักษณะพิเศษด้วยการสื่อสารที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานไว้วางใจซึ่งกันและกันโดยการรับรู้ ร่วมกันของความสำเร็จและความปลอดภัยและความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของมาตรการป้องกัน

การเจริญเติบโตด้านความปลอดภัยและคุณภาพในสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการทำงานเป็นทีมและเคารพผู้อื่น โดยไม่ คำนึงถึงตำแหน่งในองค์กร | ผู้นำองค์กรแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในวัฒนธรรมความปลอดภัยและกำหนดความ คาดหวังสำหรับผู้ที่ทำงานในองค์กร | พฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยหรือข่มขู่ผู้อื่นและส่งผลกระทบ ต่อขวัญกำลังใจหรือการหมุนเวียนของบุคลากรเป็นอันตรายต่อการดูแลผู้ป่วย | คุณสมบัติที่สำคัญของโปรแกรม วัฒนธรรมความปลอดภัย รวมถึง

- การรับรู้ลักษณะที่แท้จริงของกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูงและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินงานอย่างปลอดภัยโดย ต่อเนื่อง
- สภาพแวดล้อมที่บุคคลสามารถรายงานความผิดพลาดหรือเกือบพลาดโดยปราศจากความกลัวการถูกตำหนิหรือการ ลงโทษ

- การให้กำลังใจในการทำงานร่วมกันผ่านการจัดอันดับและข้อบังคับเพื่อแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และ
- ความรับผิดชอบของทรัพยากรในองค์กร เช่น เวลาของพนักงาน การศึกษา วิธีที่ปลอดภัยสำหรับรายงานปัญหา และที่คล้ายๆ กัน เพื่อระบุความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย

การดูแลด้านสุขภาพดำเนินต่อไปโดยมีวัฒนธรรมของการกล่าวโทษของแต่ละบุคคลซึ่งทำให้ความก้าวหน้าของวัฒนธรรมความปลอดภัยแย่ลง | มีกรณีที่บุคคลที่ไม่ควรจะถูกตำหนิสำหรับข้อผิดพลาด ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการสื่อสารที่แยกระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร เมื่อมีความจำเป็นต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว หรือเมื่อมีข้อบกพร่องจากการออกแบบโดยคนในขั้นตอนการรักษา | อย่างไรก็ตาม ข้อผิดพลาดบางอย่างเป็นผลมาจากพฤติกรรมที่สะเพร่าและต้องการความรับผิดชอบ | ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมที่สะเพร่ารวมถึงความล้มเหลวในการทำความสะอาดมือตามแนวทางปฏิบัติ การไม่ขอเวลานอกก่อนผ่าตัด หรือการไม่ทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งผ่าตัด | วัฒนธรรมความปลอดภัยรวมถึงการระบุถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย | ในเวลาเดียวกัน แม้ว่าโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบต่อในการกำหนดพฤติกรรมที่สะเพร่าให้เป็นศูนย์ | ความรับผิดชอบแยกระหว่าง ความผิดพลาดที่เกิดจากคน (เช่น ความสับสน) พฤติกรรมที่มีความเสี่ยง (เช่น การใช้ทางลัด) และพฤติกรรมที่สะเพร่า (เช่น ละเลยขั้นตอนที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัย)

ผู้นำองค์กรประเมินด้านวัฒนธรรมเป็นประจำโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การสำรวจอย่างเป็นทางการ กลุ่มเป้าหมาย สัมภาษณ์บุคลากร และการวิเคราะห์ข้อมูล | ผู้นำองค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และกำหนดโครงสร้าง ระเบียบการ และโปรแกรม ที่ก่อให้เกิดวัฒนธรรมเชิงบวก | ผู้นำจะต้องระบุพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาของแต่ละบุคคลที่ทำงานในทุกระดับขององค์กร รวมถึงบุคลากรด้านบริหาร คลินิก และธุรการ ผู้ปฏิบัติวิชาชีพที่มีใบอนุญาตอิสระ และสมาชิกที่อยู่ในการปกครอง

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.13

- 1. ผู้นำองค์กรกำหนดและสนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมความรับผิดชอบและความโปร่งใส
- 2. ผู้นำองค์กรพัฒนาและบันทึกจรรยาบรรณและระบุและแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่สามารถยอมรับได้
- 3. ผู้นำองค์กรจัดให้มีการศึกษาและให้ข้อมูล (เช่น สิ่งตีพิมพ์และคำแนะนำ) ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรให้กับบุคลากรที่ทำงานในองค์กร
- 4. ผู้นำองค์กรกำหนดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กรและการบริหารจัดการ
- 5. ผู้นำองค์กรจัดทรัพยากรเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.13.1

- 1. ผู้นำองค์กรจัดให้มีระบบที่ใช้ง่าย เข้าถึงได้ และเป็นความลับสำหรับการรายงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
- 2. ผู้นำองค์กรแน่ใจว่ารายงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยมีการตรวจสอบได้ทันเวลา
- 3. องค์กรระบุประเด็นจากระบบที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ
- 4. ผู้นำองค์กรใช้ตัวชี้วัดประเมินและตรวจสอบวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กรและดำเนินการปรับปรุงจากการระบุตัวชี้วัดและประเมินผล
- 5. ผู้นำองค์กรดำเนินกระบวนการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลงโทษบุคคลที่รายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัย

## ♥ GLD.14 | การศึกษาและการวิจัยในสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพและมนุษย์ Health Professional Education

and Human Subjects Research

GLD การศึกษาและการวิจัยในสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพและมนุษย์

หมายเหตุ: มาตรฐานนี้ใช้กับองค์กรที่ให้การศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพ แต่ไม่ได้ทำตามถึงเกณฑ์สำหรับศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรอง

มาตรฐาน GLD.14

การศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพซึ่งจัดให้มีในองค์กร ได้รับการชี้แจงโดยปัจจัยด้านการศึกษาซึ่งถูกกำหนดโดยผู้เป็นเจ้าของโปรแกรมวิชาการและผู้นำองค์กร

เจตนาของ GLD.14

บ่อยครั้งที่สถานพยาบาลเป็นสถานที่ฝึกอบรมด้านคลินิกสำหรับนักศึกษาแพทย์ พยาบาล วิชาชีพด้านบริการสุขภาพ และหลักสูตรฝึกอบรมนักศึกษาอื่นๆ | ตัวอย่างเช่น นักเรียนและผู้ฝึกอบรมทางการแพทย์อาจใช้เวลาบางเดือนเพื่อได้รับประสบการณ์ด้านคลินิกในชุมชนที่จัดสอนในองค์กร หรือโปรแกรมพยาบาลที่จัดในองค์กร | องค์กรเหล่านี้มีบทบาทสำคัญ แต่ไม่ได้รับพิจารณาเป็นศูนย์การศึกษาทางการแพทย์สำหรับวัตถุประสงค์ในมาตรฐานนี้

เมื่อองค์กรมีส่วนร่วมในโปรแกรมฝึกอบรมดังกล่าว องค์กรดำเนินการต่อไปนี้

- จัดให้มีกลไกสำหรับกำกับดูแลโปรแกรมการฝึกอบรม
- ได้รับและยอมรับข้อพิจารณา (parameter) ของเจ้าของโปรแกรมวิชาการ
- มีบันทึกที่สมบูรณ์ของผู้รับการฝึกอบรมในองค์กรทุกคน
- มีเอกสารหลักฐานสถานภาพการลงทะเบียน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (licensure) หรือประกาศนียบัตร (certification) ที่ได้รับ และการจัดระดับทางวิชาการ (academic classification) ของผู้รับการฝึกอบรม
- เข้าใจและจัดให้มีการกำกับดูแลในระดับที่ต้องการสำหรับผู้รับการฝึกอบรมแต่ละประเภทและแต่ละระดับ และ
- นำผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในการปฐมนิเทศ โปรแกรมคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และโปรแกรมอื่นๆ ขององค์กร (ดูที่ GLD.1.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.14

- 1. องค์กรจัดให้มีกลไกกำกับดูแลโปรแกรมฝึกอบรม
- 2. องค์กรได้รับและยอมรับข้อพิจารณาของเจ้าของโปรแกรมวิชาการ
- 3. องค์กรมีเอกสารที่สมบูรณ์ของผู้รับการฝึกอบรมในองค์กรทุกคน
- 4. องค์กรมีเอกสารหลักฐานสถานภาพการลงทะเบียน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือประกาศนียบัตรที่ได้รับ และการจัดระดับทางวิชาการของผู้รับการฝึกอบรม
- 5. องค์กรเข้าใจและจัดให้มีการกำกับดูแลในระดับที่ต้องการสำหรับผู้รับการฝึกอบรมแต่ละประเภทและแต่ละระดับ
- 6. องค์กรนำผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมกับการปฐมนิเทศ โปรแกรมคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และโปรแกรมอื่นๆ ขององค์กร

## ♥ GLD.15 – GLD.19 | การวิจัยในสาขาวิชาเกี่ยวกับมนุษย์ Human Subjects Research

GLD การวิจัยในสาขาวิชาเกี่ยวกับมนุษย์

หมายเหตุ: มาตรฐานนี้ใช้กับองค์กรที่ทำวิจัยในสาขาวิชาเกี่ยวกับมนุษย์ แต่ไม่ได้ทำตามถึงเกณฑ์สำหรับศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรอง

มาตรฐาน GLD.15

เมื่อองค์กรมีการวิจัยในสาขาวิชาเกี่ยวกับมนุษย์ปฏิบัติตามแนวทางด้านกฎหมาย กฎระเบียบ และผู้นำองค์กร (P)

เจตนาของ GLD.15

การวิจัยในสาขาวิชาเกี่ยวกับมนุษย์ในขนาดใหญ่หรือเล็กเป็นความพยายามที่ซับซ้อนและสำคัญสำหรับองค์กร | ผู้นำองค์กรตระหนักถึงระดับความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมทางวิทยาศาสตร์ในการปกป้องผู้ป่วยจากการวินิจฉัยและรักษา

ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กรต่อการวิจัยในสาขาวิชาเกี่ยวกับมนุษย์ไม่ได้แยกออกจากความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย-ความมุ่งมั่นรวมกันในทุกระดับ | ดังนั้น การพิจารณาด้านจริยธรรม การสื่อสารที่ดี ความรับผิดชอบของผู้นำ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และทรัพยากรทางการเงินและไม่ใช่ทางการเงิน เป็นส่วนหนึ่งของความมุ่งมั่นนี้ | ทรัพยากรหนึ่งนี้เป็นหลักประกันที่เพียงพอที่จะชดเชยผู้ป่วยสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากระเบียบวิธี (protocol) ในการวิจัย | ผู้นำองค์กรตระหนักถึงหน้าที่ในการปกป้องผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผู้ให้การสนับสนุนการวิจัย (ดูที่ GLD.1.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.15

- 1. ผู้นำองค์กรระบุความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการสำหรับการคงไว้ซึ่งการพัฒนาและสอดคล้องกับนโยบายและขั้นตอนการวิจัยในสาขาวิชาเกี่ยวกับมนุษย์
- 2. ผู้นำองค์กรรับผิดชอบในการปกป้องผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผู้ให้การสนับสนุนการวิจัย
- 3. ผู้นำองค์กรตระหนักและสร้างกลไกในการปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อกำหนดทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
- 4. ผู้นำองค์กรแน่ใจว่ามีหลักประกันที่เพียงพอที่จะชดเชยผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทางคลินิกสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

มาตรฐาน GLD.16

องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับวิธีการเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก (clinical investigation) หรือการทดลองทางคลินิก (clinical trial) ซึ่งกระทำในมนุษย์ (P)

เจตนาของ GLD.16

องค์กรที่มีการทำวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก ซึ่งกระทำในมนุษย์ ให้สารสนเทศแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านั้นหากมีความจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วย | เมื่อผู้ป่วยได้รับการขอให้เข้าร่วม ผู้ป่วยต้องการสารสนเทศที่จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ประกอบด้วย

- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
- ความไม่สบายและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น
- ทางเลือกอื่นที่อาจช่วยผู้ป่วยได้ และ
- ระเบียบปฏิบัติที่จะต้องทำตาม

ผู้ป่วยได้รับแจ้งว่าตนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ โดยไม่มีผลเสียต่อการเข้ารับบริการจากองค์กร | องค์กร มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติในการให้สารสนเทศนี้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.16

- 1. มีการบ่งชี้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสมและแจ้งให้ทราบถึงวิธีการเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก ที่จำเป็นต่อการรักษา
- 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
- 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น
- 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกอื่นๆ ที่อาจช่วยผู้ป่วยได้
- 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติตาม
- 6. ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการมีส่วนร่วมนั้นจะไม่ส่งผลเสียต่อการเข้ารับบริการจากองค์กร

มาตรฐาน GLD.17

องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงวิธีการที่ผู้ป่วยซึ่งสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก จะได้รับการคุ้มครอง

เจตนาของ GLD.17

องค์กรที่มีการทำวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก ซึ่งกระทำกับมนุษย์ รับผิดชอบต่อความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุดคือสุขภาพและสุขภาวะของผู้ป่วย | เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการทำวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับ

- การวิจัยและบทบาทของผู้ป่วยในการวิจัย
- ชั่งน้ำหนักของประโยชน์และความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่มีต่อผู้ป่วย
- สิทธิของผู้ป่วยในการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการในการวิจัย
- สิทธิของผู้ป่วยในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล และ
- ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.17

- 1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและการชั่งน้ำหนักของประโยชน์และความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมโครงการ
- 2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการขององค์กรในการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ
- 3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล (ดูที่ MOI.2)
- 4. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการขององค์กรในการขอความยินยอม

มาตรฐาน GLD.18

การขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจะต้องกระทำก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก และการทดลองทางคลินิก **Ⓟ**

เจตนาของ GLD.18

มีการให้การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก | สารสนเทศที่ให้ในช่วงเวลาที่จะตัดสินใจเข้าร่วมนั้นเป็นฐานสำหรับการยินยอมโดยได้รับข้อมูล (ดูที่ PFR.5.1) | มีการบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ขอความยินยอมไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.18

- 1. มีการขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก
- 2. มีการบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ขอความยินยอมไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3. มีบันทึกความยินยอมเข้าร่วมโครงการในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยการลงนามหรือลงบันทึกถ้อยคำที่ให้การยินยอม

มาตรฐาน GLD.19

องค์กรมีคณะกรรมการหรือวิธีการอื่นที่จะกำกับดูแลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ทั้งหมดในองค์กร **Ⓟ**

เจตนาของ GLD.19

เมื่อองค์กรมีการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือกลไกอื่นๆ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board (IRB)) ของเฉพาะองค์กรหรือคณะกรรมการร่วม ที่จะกำกับดูแลกิจกรรมดังกล่าวในองค์กรทั้งหมด | องค์กรจัดทำเจตจำนงของกิจกรรมกำกับดูแล | กิจกรรมกำกับดูแลประกอบด้วยกระบวนการทบทวนเกณฑ์วิจัย กระบวนการชี้แจงหน้าที่ของประโยชน์และความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ และกระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศงานวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ GLD.19

- 1. องค์กรมีคณะกรรมการหรือกลไกอื่นๆ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board (IRB)) ของเฉพาะองค์กรหรือคณะกรรมการร่วม ทำหน้าที่กำกับดูแลงานวิจัยในองค์กรทั้งหมด
- 2. องค์กรจัดทำเจตจำนงที่ชัดเจนสำหรับกิจกรรมกำกับดูแลงานวิจัย
- 3. กิจกรรมกำกับดูแลงานวิจัย ครอบคลุมกระบวนการเปรียบเทียบประโยชน์และความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ
- 4. กิจกรรมกำกับดูแลงานวิจัย ครอบคลุมกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศงานวิจัย

⇒ **การจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัย Facility Management and Safety (FMS)**

♥ **FMS.1 – FMS.3** | **การนำและการวางแผน Leadership and Planning**

FMS การนำและการวางแผน

การนำและการวางแผน (Leadership and Planning)

มาตรฐาน FMS.1

องค์กรปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และข้อกำหนดเกี่ยวกับการตรวจสอบอาคารสถานที่

## เจตนาของ FMS.1

กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และการตรวจสอบโดยผู้มีอำนาจหน้าที่ในพื้นที่ เป็นตัวกำหนดสำคัญว่าอาคารสถานที่ที่จะได้รับการออกแบบ ใช้งาน และบำรุงรักษาอย่างไร | ทุกองค์กรไม่ว่าจะมีขนาดและทรัพยากรเท่าไร จะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเหล่านี้ โดยถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน | ข้อกำหนดดังกล่าวอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุและที่ตั้งของอาคาร และปัจจัยอื่นๆ | ตัวอย่างเช่น ข้อกำหนดเกี่ยวกับการก่อสร้างอาคารและความปลอดภัยด้านอัคคีภัย เช่น ระบบสปริงเกอร์ จะบังคับใช้เฉพาะกับอาคารใหม่เท่านั้น | องค์กรเริ่มด้วยการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ผู้นำองค์กร ประกอบด้วยผู้กำกับดูแลกิจการและผู้บริหารระดับสูง มีหน้าที่รับผิดชอบต่อไปนี้

- ระบุว่ากฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และข้อกำหนดอื่นๆ ฉบับใดบ้างที่ต้องนำมาใช้กับอาคารสถานที่ขององค์กร
- นำข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง หรือข้อกำหนดที่เป็นทางเลือกซึ่งได้รับการอนุมัติ มาสู่การปฏิบัติ
- วางแผนและจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนที่จำเป็น ซึ่งบ่งชี้จากข้อมูลการติดตาม หรือเพื่อตอบสนองข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง, และแสดงความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผน (ดูที่ FMS.4.2)

เมื่อองค์กรถูกระบุว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ผู้นำมีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดในช่วงเวลาที่กำหนดให้

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.1

- 1. ผู้นำองค์กรและผู้รับผิดชอบบริหารอาคารสถานที่ ระบุว่ากฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และข้อกำหนดอื่นๆ ฉบับใดบ้างที่ต้องนำมาใช้กับอาคารสถานที่ขององค์กร
- 2. ผู้นำดำเนินการตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง หรือข้อกำหนดที่เป็นทางเลือกซึ่งได้รับการอนุมัติ
- 3. ผู้นำสร้างความมั่นใจว่าองค์กรปฏิบัติตามเงื่อนไขของรายงานการตรวจสอบอาคารสถานที่หรือเอกสารที่อ้างอิงจากการตรวจสอบของหน่วยงานในพื้นที่

## มาตรฐาน FMS.2

องค์กรจัดทำและคงไว้ซึ่งแผนเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากร

## เจตนาของ FMS.2

การจัดการความเสี่ยงภายในสิ่งแวดล้อมซึ่งผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและบุคลากรทำงาน ต้องอาศัยการวางแผน | องค์กรจัดทำแผนแม่บทหรือแผนย่อยที่เหมาะสมกับองค์กร ประกอบด้วย:

### a) ความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัย (safety and security)

ความปลอดภัย – ระดับที่ไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อผู้ป่วย บุคลากร หรือผู้มาเยือน จากอาคาร สนาม และเครื่องมือ

การรักษาความปลอดภัย – การป้องกันการสูญหาย ถูกทำลาย ความวุ่นวาย การเข้าถึงหรือการใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่

b) วัตถุอันตราย (hazardous materials) – มีการควบคุมการสัมผัส การจัดเก็บ และการใช้สารกัมมันตรังสีและวัตถุอันตรายอื่นๆ รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย

c) ภาวะฉุกเฉิน (emergencies) – มีการวางแผนตอบสนองต่อโรคระบาด ภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉิน และมีการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ

- d) ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (fire safety) – มีการปกป้องทรัพย์สินและผู้พำนักอาศัยจากอัคคีภัยและควันไฟ
- e) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (medical technology) – มีการคัดเลือกเทคโนโลยี บำรุงรักษา และใช้งานเทคโนโลยีทางการแพทย์ในลักษณะที่ลดความเสี่ยง
- f) ระบบสาธารณูปโภค (utility systems) – มีการบำรุงรักษาระบบไฟฟ้า ประปา และสาธารณูปโภคอื่นๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการล่มของระบบสาธารณูปโภคให้เหลือน้อยที่สุด

แผนดังกล่าวจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ในสิ่งแวดล้อมขององค์กรในปัจจุบัน หรือเมื่อไม่นานมานี้ | มีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนให้เป็นปัจจุบัน | เมื่อองค์กรมีกิจการที่มีได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลอยู่ในอาคารดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับการสำรวจ (เช่น ร้านกาแฟหรือร้านของชำที่มีเจ้าของอิสระ) องค์กรจะต้องทำให้มั่นใจว่ากิจการอิสระเหล่านี้ปฏิบัติตามแผนบริหารอาคารและความปลอดภัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.2

- 1. มีแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษรระบุถึงขอบเขตของความเสี่ยงในข้อ a) ถึง f) ในหัวข้อเจตนา
- 2. แผนดังกล่าวมีความเป็นปัจจุบันและได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างครบถ้วน
- 3. องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนให้ทันสมัยอย่างน้อยเป็นประจำทุกปี
- 4. เมื่อมีกิจการอิสระภายในอาคารสถานที่ดูแลผู้ป่วยที่จะเยี่ยมชมสำรวจ องค์กรทำให้มั่นใจว่ากิจการดังกล่าวปฏิบัติตามแผนการจัดการอาคารสถานที่ทุกด้านที่ระบุในข้อ a) ถึง d) ในหัวข้อเจตนา

มาตรฐาน FMS.3

มีบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งคน ทำหน้าที่กำกับดูแลการวางแผนโปรแกรมเพื่อลดและจัดการความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมของการดูแล และนำสู่การปฏิบัติ

เจตนาของ FMS.3

องค์กรทำงานเพื่อให้มีอาคารสถานที่ที่ปลอดภัย ใช้การได้ และเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน | เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์นี้ จะต้องมีจัดการอาคารสถานที่ เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งบุคลากร อย่างมีประสิทธิภาพ | โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหารจะต้องพยายาม

- ลดและควบคุมอันตรายและความเสี่ยง
- ป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และ
- คงไว้ซึ่งสภาพที่ปลอดภัย

การจัดการที่มีประสิทธิภาพ หมายรวมถึง การวางแผนในลักษณะหลากหลายสาขา การให้ความรู้ และการเฝ้าติดตามในประเด็นต่อไปนี้:

- ผู้นำวางแผนพื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนบริการทางคลินิกที่จัดให้ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
- บุคลากรทุกคนได้รับการศึกษาเกี่ยวกับอาคารสถานที่ วิธีการลดความเสี่ยง วิธีการติดตาม และวิธีการรายงานสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง
- มีการใช้เกณฑ์ชี้วัดสมรรถนะเพื่อประเมินระบบที่สำคัญและระบุการพัฒนาที่จำเป็น



มีการมอบหมายให้มีผู้นำและกำกับดูแลโปรแกรมบริหารความเสี่ยงของอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยหนึ่งคน | ในองค์กรขนาดเล็กอาจจะมอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่นี้หนึ่งคนทำงานบางช่วงเวลา | ในองค์กรขนาดใหญ่ อาจต้องมอบหมายให้วิศวกรหรือผู้ได้รับการฝึกอบรมพิเศษอื่นๆ มากกว่าหนึ่งคน | ไม่ว่าจะมีการมอบหมายอย่างไร จะต้องมีการจัดการโปรแกรมทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้อง และต่อเนื่อง | การกำกับดูแลโปรแกรมประกอบด้วย

- a) การวางแผนโปรแกรมทุกด้าน เช่น แผนสำหรับการพัฒนา และทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับพื้นที่ใช้สอย เทคโนโลยี และทรัพยากร
- b) การดำเนินงานของโปรแกรม
- c) การให้ความรู้บุคลากร
- d) การทดสอบและการติดตามโปรแกรม
- e) การทบทวนและปรับปรุงโปรแกรมเป็นระยะ
- f) รายงานประจำปีต่อผู้กำกับดูแลกิจการเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรม และ
- g) การจัดระบบงานและการจัดการที่สอดคล้องและต่อเนื่อง

อาจจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทำหน้าที่กำกับดูแลโปรแกรมและความต่อเนื่องของโปรแกรม ตามความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.3

- 1. มีการมอบหมายหน้าที่กำกับดูแลและบริหารโปรแกรม ให้แก่บุคคลหนึ่งคนหรือมากกว่า ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมจากประสบการณ์และการฝึกอบรม
- 2. มีการบันทึกหลักฐานการฝึกอบรมและประสบการณ์ของผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
- 3. ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลและบริหาร วางแผนโปรแกรมและนำสู่การปฏิบัติตามองค์ประกอบในข้อ a) ถึง g) ในหัวข้อเจตนา

## ♥ FMS.4 – FMS.4.2 | ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ Safety and Security

FMS ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (Safety and Security)

มาตรฐาน FMS.4

องค์กรวางแผนโปรแกรมเพื่อจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยและมีสวัสดิภาพ และนำแผนสู่การปฏิบัติตลอดจนตรวจสอบและมีแผนที่จะลดความเสี่ยงที่ปรากฏชัดเจน (P)

มาตรฐาน FMS.4.1

องค์กรวางแผนโปรแกรมเพื่อจัดให้มีอาคารสถานที่ที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน และนำแผนสู่การปฏิบัติ (P)

มาตรฐาน FMS.4.2

องค์กรวางแผนและจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือเปลี่ยนทดแทนระบบ อาคาร หรือองค์ประกอบสำคัญ ตามผลการตรวจสอบอาคารสถานที่และเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

เจตนาของ FMS.4 ถึง FMS.4.2

ในหลายๆ ประเทศใช้คำว่า “ความปลอดภัย” และ “สวัสดิภาพ” ในความหมายที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างกันได้มีการนิยามไว้ | ความปลอดภัย หมายถึง การมั่นใจว่า อาคารสถานที่ ทรัพย์สิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ และสารสนเทศ อุปกรณ์ และระบบ ไม่ได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางร่างกายจากอันตรายกับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และ ผู้มาเยือน | สวัสดิภาพ ในทางกลับกัน หมายถึง การปกป้องทรัพย์สินขององค์กรและผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากร จากอันตราย | การป้องกันและการวางแผนมีความจำเป็นต่อการจัดให้มีอาคารสถานที่สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยและได้ประโยชน์ | องค์กรต้องตระหนักในความเสี่ยงทั้งหมดที่มีอยู่ในอาคารสถานที่ | วัตถุประสงค์คือการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และการคงไว้ซึ่งสภาวะที่ปลอดภัยและมีสวัสดิภาพสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน และลดและควบคุมอันตรายและความเสี่ยง | ประเด็นนี้สำคัญมากในขณะที่มีการก่อสร้างหรือมีการปรับปรุงอาคาร

ส่วนหนึ่งของโปรแกรมความปลอดภัย องค์กรได้พัฒนาและนำแผนประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมทุกด้านและควบคุมความเสี่ยงไปปฏิบัติ เพื่อระบุพื้นที่ที่มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเกิดขึ้น | ตัวอย่างเช่น เฟอร์นิเจอร์ที่แตกหักและแหลมคม ซึ่งอาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บ ฝัาผนังที่ขาดไม่ได้ปิดอย่างสมบูรณ์ หน้าต่างที่แตกหัก น้ำที่รั่วจากเพดาน และสถานที่ที่ไม่มีทางหนีไฟ | มีการบันทึกการตรวจสอบเป็นระยะ เพื่อช่วยให้องค์กรวางแผนและดำเนินการปรับปรุง รวมทั้งตั้งงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือก่อสร้างอาคารสถานที่ทดแทนในระยะยาว

การก่อสร้างและการปรับปรุงอาคารก่อให้เกิดความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากรและรวมไปถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ การระบายอากาศ การจราจรของคนเดิน ขยะ/วัสดุที่ไม่ได้ใช้ และความเสี่ยงอื่นๆ | ด้วยการใช้ความรู้ความเสี่ยงที่มีอยู่ในอาคารสถานที่ขององค์กร องค์กรสามารถระบุความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น รวมถึงผลกระทบของโครงการก่อสร้างที่องค์กร | การประเมินความเสี่ยงควรทำตลอดทุกช่วงของการก่อสร้าง

นอกจากนี้โปรแกรมความปลอดภัย องค์กรจะต้องมีโปรแกรมสวัสดิภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าทุกคนในองค์กรได้รับการปกป้องจากอันตรายทางร่างกายและการสูญเสียหรือทรัพย์สินสูญหาย | บุคลากร ผู้ขายของ และบุคคลอื่นๆ ทุกคนในองค์กร เช่น อาสาสมัครหรือพนักงานที่ทำงานเป็นสัญญาจ้าง จะได้รับการบ่งชี้ และออกบัตรประจำตัว (ชั่วคราวหรือถาวร) หรือการบ่งชี้รูปแบบอื่นๆ | มีการระบุบุคคลอื่น เช่น ครอบครัวหรือผู้มาเยือนในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับนโยบายองค์กรและกฎระเบียบข้อบังคับ | ในพื้นที่ที่ต้องการสวัสดิภาพของร่างกายและทรัพย์สินสูง เช่น ห้องเด็กอ่อน และห้องผ่าตัด จะมีระบบรักษาความปลอดภัยและเฝ้าติดตาม | นอกจากนี้ อาจจะมีการติดตั้งกล้องบันทึกภาพในพื้นที่เปลี่ยว และพื้นที่ห่างไกล (ดูที่ PFR.1.4, PFR.1.5, AOP.5.3, AOP.6.3, และ FMS.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.4

- 1. องค์กรมีโปรแกรมเพื่อจัดให้มีอาคารสถานที่ที่ปลอดภัย
- 2. องค์กรมีรายงานการตรวจสอบอาคารสถานที่ที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง
- 3. โปรแกรมครอบคลุมความปลอดภัยและสวัสดิภาพในระหว่างการก่อสร้างหรือการปรับปรุงอาคารสถานที่และนำกลยุทธ์ไปใช้เพื่อลดความเสี่ยง (ดูที่ PCI.7.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.4.1

- 1. องค์กรมีโปรแกรมเพื่อจัดให้มีอาคารสถานที่ที่ปลอดภัยและมีสวัสดิภาพ รวมถึงการเฝ้าติดตามและรักษาความปลอดภัยในพื้นที่ที่ถูกระบุว่ามีความเสี่ยงด้านสวัสดิภาพ (ดูที่ AOP.5.3 และ AOP.6.3)

- 2. โปรแกรมสร้างความมั่นใจว่าบุคลากร ผู้มาเยือน และผู้ขายของ ได้รับการบ่งชี้
- 3. ทุกพื้นที่ที่มีความเสี่ยงด้านสวัสดิภาพต่อร่างกายและทรัพย์สินและพื้นที่ที่ถูกจำกัด ได้รับการระบุ บันทึก ฝ้าติดตามและรักษาความปลอดภัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.4.2

1. องค์การวางแผนและจัดงบประมาณเพื่อให้อาคารสถานที่ที่เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และข้อกำหนดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. องค์การวางแผนและจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือจัดหาทดแทน ระบบ อาคาร หรือองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องของอาคารสถานที่ที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
3. ผู้นำใช้ทรัพยากรที่ครอบคลุมความปลอดภัยและสวัสดิภาพตามแผนที่ได้รับความเห็นชอบ

### ♥ FMS.5 – FMS.5.1 | วัตถุอันตราย Hazardous Materials

FMS วัตถุอันตราย

วัตถุอันตราย (Hazardous Materials)

มาตรฐาน FMS.5

องค์กรมีแผนสำหรับทำบัญชีรายการ การหยิบสัมผัส (handling) การจัดเก็บ และการใช้วัตถุอันตราย

มาตรฐาน FMS.5.1

องค์กรมีแผนสำหรับการควบคุมและกำจัด วัตถุและของเสียอันตราย

เจตนาของ FMS.5 และ FMS.5.1

องค์กรระบุวัตถุและของเสียอันตราย และควบคุมความปลอดภัยตามแผน และวัตถุและของเสียทั่วอาคารสถานที่ | (ดูที่ PCI.7.2) องค์กรอนามัยโลก (WHO) ได้ระบุวัตถุและของเสียอันตรายแต่ละประเภทดังนี้

- ของเสียติดเชื้อ
- ของเสียที่เป็นกายวิภาค (anatomical waste) และของเสียทางการแพทย์ (pathological waste)
- ของเสียที่เป็นยาอันตราย
- ของเสียที่เป็นเคมีอันตราย
- ของเสียที่มีส่วนประกอบของโลหะหนัก
- ของเสียที่เป็นถึงบรรจุความดัน
- ของมีคม
- ของเสียที่ติดเชื้อได้สูง
- ของเสียที่เป็นพิษต่อยีน/เซลล์ (genotoxic/cytotoxic waste)
- ของเสียกัมมันตรังสี

องค์กรพิจารณาประเภทวัตถุอันตรายที่ระบุโดยองค์การอนามัยโลกเหล่านี้เมื่อจัดทำบัญชีรายการวัตถุและของเสียอันตราย | โปรแกรมของเสียอันตรายเริ่มจากการค้นหาทุกพื้นที่ที่ทั่วอาคารสถานที่ที่มีวัตถุและของเสียอันตรายตั้งอยู่ | บันทึกการค้นหารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ ชนิด และปริมาณของวัตถุและของเสียอันตรายที่ถูกจัดเก็บไว้ และปรับปรุงการเปลี่ยนแปลงในสถานที่ การจัดเก็บ ชนิดและปริมาณของของเสีย

แผนเกี่ยวกับวัตถุอันตรายประกอบด้วยกระบวนการสำหรับ

- การจัดทำบัญชีรายการวัตถุและของเสียอันตราย รวมถึง ชื่อวัตถุ ปริมาณ และสถานที่
- การหีบสัมผัส (handling) การจัดเก็บ และการใช้วัตถุอันตราย
- การใช้อุปกรณ์ป้องกันและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อมีการใช้ การหกหรือไหล หรือสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ (exposure) กับวัตถุอันตราย
- การติดป้ายวัตถุและของเสียอันตรายอย่างเหมาะสม
- การรายงานและการสอบสวนเมื่อมีการหกหรือไหล การสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ
- การกำจัดของเสียอันตรายอย่างเหมาะสม
- เอกสารและการบันทึก รวมถึงใบอนุญาต (permit), ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (license) หรือข้อกำหนดจากระเบียบข้อบังคับอื่นๆ

สารสนเทศเกี่ยวกับวิธีการจัดการหรือทำงานกับวัตถุอันตรายอย่างปลอดภัยต้องมีทันทีตลอดเวลาและรวมถึงสารสนเทศเกี่ยวกับข้อมูลทางกายภาพของวัตถุ (เช่น จุดเดือด จุดที่ระเหยเป็นไอ และคล้ายๆ กัน) ความเป็นพิษ ผลกระทบใน การใช้วัตถุอันตรายที่จะมีผลต่อสุขภาพ ระเบียบการจัดเก็บและการกำจัดที่เหมาะสมหลังการใช้ ชนิดของอุปกรณ์ป้องกันที่ต้องการระหว่างการใช้งาน และวิธีปฏิบัติเมื่อหกหรือไหล การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ | ผู้ผลิตส่วนใหญ่ให้ ข้อมูลนี้ใน ผังข้อมูลความปลอดภัยของวัตถุ (MSDS) (ดูที่ AOP.5.3, AOP.5.6, AOP.6.6, MMU.3, และ MMU.3.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.5

- 1. องค์การระบุวัตถุและของเสียอันตรายถึงชนิด สถานที่ และปริมาณ และจัดทำบัญชีรายการวัตถุดังกล่าวที่มีในองค์กรและเป็นปัจจุบัน
- 2. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการหีบสัมผัส (handling) การเก็บรักษา และการใช้วัตถุอันตรายอย่างปลอดภัย
- 3. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับอุปกรณ์ป้องกันและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อมีการใช้งาน (ดูที่ AOP.6.3, ME 3)
- 4. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการติดป้ายของวัตถุและของเสียอันตราย
- 5. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับข้อกำหนดเรื่องเอกสารและการบันทึก รวมถึงใบอนุญาต (permit), ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (license) หรือข้อกำหนดจากระเบียบข้อบังคับอื่นๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.5.1

- 1. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการรายงานและการสอบสวน เมื่อมีการหกหรือไหล การสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ (exposure) และอุบัติเหตุอื่นๆ
- 2. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับอุปกรณ์ป้องกันและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อมีการใช้งาน การหกหรือไหล หรือการสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ
- 3. มีสารสนเทศที่เป็นปัจจุบันและเข้าถึงได้ตลอดเกี่ยวกับวัตถุอันตรายเกี่ยวข้องกับ การจัดการอย่างปลอดภัย วิธีการจัดการเมื่อหกหรือไหล และวิธีการเมื่อสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ
- 4. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการหีบสัมผัสของเสียในองค์กรที่เหมาะสม และการกำจัดของเสียอันตรายอย่างปลอดภัยและถูกกฎหมาย

## ♥ FMS.6 | การเตรียมพร้อมรับมือภัย Disaster Preparedness

FMS การเตรียมพร้อมรับมือภัย

การเตรียมพร้อมรับมือภัย (Disaster Preparedness)

มาตรฐาน FMS.6

องค์กรจัดทำและคงไว้ซึ่งโปรแกรมและแผนการบริหารในภาวะฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองเหตุฉุกเฉิน โรคระบาด ภัยธรรมชาติหรืออุบัติภัยอื่นๆ ที่มีโอกาสเกิดในชุมชน

เจตนาของ FMS.6

ภาวะฉุกเฉิน โรคระบาด และอุบัติภัย ในชุมชน อาจเกี่ยวข้องกับองค์กรโดยตรง เช่น พื้นที่ดูแลผู้ป่วยเสียหายจากแผ่นดินไหว หรือใช้หวิดใหญ่ซึ่งทำให้บุคลากรไม่สามารถมาทำงานได้ | โปรแกรมสำหรับบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินเริ่มจากการระบุภัยซึ่งเกิดขึ้นบ่อยและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในพื้นที่ขององค์กร | ตัวอย่างเช่น พื้นที่ที่ใกล้ทะเลมีโอกาสดินไหวหรือสึนามิมากกว่าประเทศที่อยู่ล้อมรอบด้วยพื้นดิน | อาคารสถานที่เสียหายหรือการบาดเจ็บครั้งใหญ่สามารถเกิดได้ในองค์กร

สิ่งสำคัญคือการระบุผลที่เกิดขึ้นจากอุบัติภัยเท่าเทียมกับการระบุชนิดของอุบัติภัย | ส่งผลช่วยให้มีการวางแผนกลยุทธ์ที่จำเป็นเมื่ออุบัติภัยเกิดขึ้น | ตัวอย่างเช่น อะไรคือความเป็นไปได้เมื่อมีอุบัติภัยทางธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว ส่งผลกระทบต่อน้ำและไฟหรือไม่ แผ่นดินไหวทำให้บุคลากรไม่สามารถตอบสนองต่ออุบัติภัยหรือไม่ ทั้งเนื่องจากถนนถูกปิดกั้นหรือเพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นเหยื่อในเหตุการณ์ | ในสถานการณ์เช่นนี้ บุคลากรที่รับผิดชอบอาจจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตอบสนองต่ออุบัติภัยได้ | นอกจากนี้ องค์กรจำเป็นต้องระบุบทบาทในสังคม | ตัวอย่างเช่น ทรัพยากรที่องค์กรต้องมีให้ชุมชนเมื่อมีอุบัติภัยเกิดขึ้นและวิธีการสื่อสารกับชุมชนทำได้อย่างไร

องค์กรจัดทำแผนและโปรแกรมสำหรับบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินดังกล่าว เพื่อสามารถตอบสนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ. แผนบริหารจัดการสำหรับภาวะฉุกเฉินประกอบด้วยกระบวนการสำหรับ

- การกำหนดประเภท โอกาสเกิด และผลที่จะตามมา จากอันตราย การคุกคาม และเหตุการณ์ฉุกเฉิน
- การกำหนดบทบาทขององค์กรเมื่อเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว
- กลยุทธ์การสื่อสารสำหรับเหตุการณ์ดังกล่าว
- การจัดการทรัพยากรเมื่อเกิดเหตุการณ์ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรทางเลือก
- การจัดการกิจกรรมทางคลินิกเมื่อเกิดเหตุการณ์ รวมทั้งสถานที่ดูแลที่เป็นทางเลือก
- การระบุและมอบหมายบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากร เมื่อเกิดเหตุการณ์ และ
- กระบวนการจัดการภาวะฉุกเฉินเมื่อหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรขัดแย้งกับหน้าที่รับผิดชอบขององค์กรในการจัดบุคลากรเพื่อดูแลผู้ป่วย

มีการทดสอบแผนรองรับภัยพิบัติโดย

- การทดสอบแผนทั้งหมดเต็มรูปแบบประจำปี เป็นการภายในหรือเป็นส่วนของการทดสอบของชุมชน หรือ
- การทดสอบองค์ประกอบที่สำคัญในข้อ c) ถึง g) ของแผนในระหว่างปี

ถ้าองค์กรมีประสบการณ์กับอุบัติภัยจริง ได้มีการปฏิบัติตามแผนฉุกเฉิน และมีการประชุมสรุปผลหลังเกิดอุบัติภัย ให้ถือว่าสถานการณ์ดังกล่าวเทียบเท่ากับการทดสอบประจำปี

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.6

- 1. องค์การระบุอุบัติภัยสำคัญทั้งภายในและภายนอก ได้แก่ ภาวะฉุกเฉิน โรคระบาด และอุบัติภัยธรรมชาติหรืออื่นๆ รวมถึงเหตุการณ์โรคระบาดใหญ่ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงสำคัญ การพิจารณาสถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ขององค์กร
- 2. องค์การระบุผลกระทบที่จะเกิดขึ้นสำหรับทุกภัยพิบัติในทุกด้านของการดูแลและบริการผู้ป่วย
- 3. องค์การจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการตอบสนองอุบัติภัยที่มีโอกาสเกิดขึ้น ประกอบด้วยข้อ a) ถึง g) ในหัวข้อเจตนา
- 4. การทดสอบแผนทั้งหมดเต็มรูป หรืออย่างน้อยในองค์ประกอบที่สำคัญข้อ c) ถึง g) ของแผน ประจำปี
- 5. มีการสรุปทบทวนเมื่อสิ้นสุดการทดสอบทุกครั้ง

## ♥ FMS.7 – FMS.7.2 | ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย Fire Safety

FMS ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย

ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (Fire Safety)

มาตรฐาน FMS.7

องค์กรวางแผนโปรแกรมสำหรับการป้องกัน การตรวจจับแต่แรกเริ่ม การดับเพลิง การบรรเทา และทางออกที่ปลอดภัย เพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินจากอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ (P)

มาตรฐาน FMS.7.1

องค์กรทดสอบแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและควันไฟอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงทดสอบอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจจับและดับเพลิงแต่แรกเริ่ม และบันทึกผล (P)

เจตนาของ FMS.7 และ FMS.7.1

อัคคีภัยเป็นความเสี่ยงที่มีอยู่เสมอในสถานพยาบาล. ดังนั้น ทุกองค์กรจำเป็นต้องวางแผนวิธีการที่จะทำให้ทุกคนในองค์กรปลอดภัยจากอัคคีภัยและควันไฟ | องค์กรวางแผนสำหรับสิ่งต่อไปนี้

- การป้องกันอัคคีภัยด้วยการลดความเสี่ยง เช่น การจัดเก็บและหีบสัมผัสดูที่ติดไฟง่ายอย่างปลอดภัย รวมทั้งก๊าซทางการแพทย์ที่ติดไฟง่ายอย่างออกซิเจน
- อันตรายจากการก่อสร้างภายในอาคารที่มีผู้ป่วยอยู่หรือบริเวณใกล้เคียง
- ทางหนีไฟที่ปลอดภัยและไม่มีสิ่งกีดขวาง
- ระบบเตือนภัย ระบบตรวจจับแต่แรกเริ่ม เช่น อุปกรณ์ตรวจจับควัน สัญญาณเตือนเมื่อเกิดอัคคีภัยหน่วยตรวจอัคคีภัย และ
- ระบบดับเพลิง เช่น ท่อดับเพลิง เคมีดับเพลิง ระบบสปริงเกอร์

เมื่อนำการสิ่งเหล่านี้มาใช้ประกอบกัน จะทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน มีเวลาที่จะออกจากอาคารได้อย่างปลอดภัยเมื่อมีอัคคีภัยหรือควันไฟ | เป็นการกระทำที่ได้ผลไม่ว่าอาคารจะมีอายุ ขนาด หรือลักษณะการก่อสร้างอย่างไร | ตัวอย่างเช่น อาคารก่ออิฐขนาดเล็กชั้นเดียว จะใช้วิธีที่แตกต่างจากอาคารไม้ขนาดใหญ่หลายชั้น

แผนความปลอดภัยด้านอัคคีภัยขององค์กรระบุ

- ความถี่ของการตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษาระบบป้องกันเพลิงและความปลอดภัย สอดคล้องกับข้อกำหนด

- แผนอพยพผู้อยู่ในอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดเพลิงไหม้หรือควัน
- กระบวนการทดสอบทุกส่วนของแผนในรอบเวลา 12 เดือน
- การให้ความรู้ที่จำเป็นแก่บุคลากรเพื่อให้สามารถปกป้องและอพยพผู้ป่วยอย่างได้ผลเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกิดขึ้น และ
- การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการฝึกซ้อมความปลอดภัยจากอัคคีภัยอย่างน้อยปีละครั้ง

การทดสอบแผนอาจดำเนินการได้หลายวิธี | เช่น องค์กรอาจมอบหมายให้มี “ผู้บัญชาการดับเพลิง” (fire marshal) สำหรับแต่ละหน่วยงาน ให้มีหน้าที่สุ่มทดสอบบุคลากรในหน่วยว่าจะต้องทำอะไรเมื่อเปิดเพลิงไหม้ขึ้นภายในหน่วยงาน | บุคลากรอาจจะถูกถามคำถามเฉพาะ เช่น วาล์วปิดออกซิเจนอยู่ตรงไหน? ถ้าต้องปิดวาล์วออกซิเจน จะดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ออกซิเจนอย่างไร? ถังดับเพลิงของหน่วยงานอยู่ที่ไหน? จะรายงานเมื่อเกิดเพลิงไหม้อย่างไร? จะปกป้องผู้ป่วยระหว่างเกิดเพลิงไหม้อย่างไร? ถ้าต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กระบวนการของคุณเป็นอย่างไร? | บุคลากรจะต้องสามารถตอบคำถามเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม | ถ้าไม่สามารถตอบได้จะต้องมีการบันทึกไว้และจัดทำแผนให้ความรู้ซ้ำ | ผู้บัญชาการดับเพลิงประจำหน่วยจัดทำบันทึกการเข้าร่วม | องค์กรอาจจัดให้มีการสอบข้อเขียนสำหรับบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัย เป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบแผน | การตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษา ได้รับการบันทึกไว้ (ดูที่ PFR.1.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.7

- 1. องค์กรวางแผนโปรแกรมเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในอาคารสถานที่ขององค์กรจะปลอดภัยจากอัคคีภัย ควันไฟ หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ และนำไปปฏิบัติ
- 2. โปรแกรมความปลอดภัยด้านอัคคีภัยรวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเพลิงไหม้ เมื่อมีการก่อสร้างอยู่ในบริเวณอาคารสถานที่หรือบริเวณใกล้เคียง
- 3. โปรแกรมความปลอดภัยด้านอัคคีภัยรวมถึงการตรวจพบเพลิงไหม้และควันแต่แรกเริ่ม
- 4. โปรแกรมความปลอดภัยด้านอัคคีภัยรวมถึงการดับเพลิงและการควบคุมควัน
- 5. โปรแกรมความปลอดภัยด้านอัคคีภัยรวมถึงทางออกจากอาคารที่ปลอดภัยเมื่อเกิดเพลิงไหม้ และภาวะฉุกเฉินอื่นๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.7.1

1. บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการทดสอบความปลอดภัยจากอัคคีภัยและควันไฟอย่างน้อยปีละครั้ง (ดูที่ FMS.11-FMS.11.2)
2. บุคลากรสามารถแสดงให้เห็นวิธีการที่จะนำผู้ป่วยมาสู่ความปลอดภัย
3. มีการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา ระบบตรวจจับและดับเพลิง ตามความถี่ที่ผู้ผลิตกำหนด
4. มีการบันทึกการตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษาเครื่องมือและระบบ

มาตรฐาน FMS.7.2

องค์กรจัดทำแผนเพื่อจำกัดการสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ที่จัดไว้นอกบริเวณดูแลผู้ป่วย ©

เจตนาของ FMS.7.2

องค์กรจัดทำนโยบายและแผนเพื่อจำกัดการสูบบุหรี่ ซึ่ง

– ใช้กับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน ทุกคน และ

– ไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในอาคารสถานที่ขององค์กร หรือจำกัดให้มีการสูบบุหรี่เฉพาะในเขตที่จัดไว้ให้ซึ่งอยู่นอกพื้นที่การดูแลผู้ป่วยและมีการระบายอากาศสู่ภายนอก

นโยบายขององค์กรเรื่องการสูบบุหรี่ระบุข้อยกเว้นการบังคับใช้นโยบายเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น เหตุผลทางการแพทย์หรือจิตเวชที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ได้ และผู้ที่มีสิทธิที่จะให้การอนุญาตใช้ข้อยกเว้นดังกล่าว | ผู้ป่วยที่ได้รับการยกเว้นสูบบุหรี่ในบริเวณที่จัดไว้ให้ในที่ไม่ใช่ส่วนการรักษา และห่างไกลจากผู้ป่วยรายอื่นๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.7.2

- 1. องค์กรจัดทำนโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติเพื่อห้ามหรือจำกัดการสูบบุหรี่
- 2. นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากร
- 3. นโยบาย และ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ ระบุการอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ได้รับการยกเว้นตามนโยบาย และ/หรือระเบียบปฏิบัติ สามารถสูบบุหรี่ได้

### ♥ FMS.8 – FMS.8.1 | เทคโนโลยีทางการแพทย์ Medical Technology

FMS เทคโนโลยีทางการแพทย์

เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Technology)

มาตรฐาน FMS.8

องค์กรวางแผนโปรแกรมสำหรับการตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษาเทคโนโลยีทางการแพทย์ นำสู่การปฏิบัติ และบันทึกผล (P)

เจตนาของ FMS.8

เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีเทคโนโลยีทางการแพทย์พร้อมใช้ และใช้การได้เหมาะสม องค์กรมีการปฏิบัติดังนี้

- จัดทำบัญชีรายการเทคโนโลยีทางการแพทย์
- ตรวจสอบเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
- ทดสอบเทคโนโลยีทางการแพทย์ตามการใช้งานและตามข้อกำหนด และ
- ให้การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

มีบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้บริการเหล่านี้ | มีการตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือใหม่และต่อเนื่องเป็นระยะตามอายุการใช้งานของเทคโนโลยี หรือตามข้อเสนอแนะของบริษัทผู้ผลิต | ผลการตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษา ได้รับการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร | การบันทึกนี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจในความต่อเนื่องของกระบวนการบำรุงรักษา และช่วยในการวางแผนลงทุนสำหรับการจัดหาทดแทน การปรับปรุง (upgrade) และการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ (ดูที่ AOP.5.5, AOP.6.5 และ COP.3.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.8

- 1. มีการจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ทั่วทั้งองค์กรตามแผน
- 2. มีบัญชีรายการเทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งหมด



- 3. มีการตรวจสอบเทคโนโลยีการแพทย์อย่างสม่ำเสมอและมีการทดสอบเทคโนโลยีทางการแพทย์เมื่อนำมาใช้ใหม่ และเป็นระยะตามอายุ การใช้งาน และข้อเสนอแนะของผู้ผลิต
- 4. มีโปรแกรมบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
- 5. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมและได้รับการอบรมจัดให้มีบริการเหล่านี้

#### มาตรฐาน FMS.8.1

องค์กรเก็บข้อมูลการติดตามสำหรับโปรแกรมบริหารเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสังเกตอันตรายของเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการเรียกกลับ รายงานอุบัติภัย ปัญหา และความล้มเหลว (P)

#### เจตนาของ FMS.8.1

องค์กรเก็บข้อมูลการติดตามสำหรับโปรแกรมบริหารเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสังเกตอันตรายของเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการเรียกกลับ รายงานอุบัติการณ์ ปัญหา และความล้มเหลวจัดทำโดยบริษัทผู้ผลิต ผู้ขาย หรือผู้แทนจำหน่าย | บางประเทศต้องการรายงานเมื่อเทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับความตาย การบาดเจ็บร้ายแรงหรือความเจ็บป่วย | องค์กรต้องระบุและรายงานอุบัติการณ์จากเทคโนโลยีทางการแพทย์โดยปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ | มีนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์พร้อมกับรายงานปัญหาหรือความล้มเหลว หรือเกี่ยวข้องกับการสังเกตอันตราย หรืออยู่ในระหว่างการเรียกกลับ (ดูที่ AOP.6.5)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.8.1

1. องค์กรมีการเก็บข้อมูลการติดตามสำหรับโปรแกรมบริหารเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสังเกตอันตรายของเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการเรียกกลับ รายงานอุบัติการณ์ ปัญหา และความล้มเหลว
2. เมื่อมีกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้ องค์กรรายงานเกี่ยวข้องกับความตาย การบาดเจ็บร้ายแรงหรือความเจ็บป่วยที่เป็นผลจากเทคโนโลยีทางการแพทย์
3. มีนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์พร้อมกับรายงานปัญหาหรือความล้มเหลวหรือเกี่ยวข้องกับการสังเกตอันตราย หรืออยู่ในระหว่างการเรียกกลับ

#### ♥ FMS.9 – FMS.9.3 | ระบบสาธารณูปโภค Utility Systems

FMS ระบบสาธารณูปโภค

ระบบสาธารณูปโภค (Utility Systems)

#### มาตรฐาน FMS.9

องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการจัดการระบบสาธารณูปโภคอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

#### มาตรฐาน FMS.9.1

มีการตรวจสอบ บำรุงรักษา และปรับปรุงระบบสาธารณูปโภค

#### เจตนาของ FMS.9 และ FMS.9.1

ระบบสาธารณูปโภคหมายถึงระบบและอุปกรณ์ซึ่งสนับสนุนการบริการที่จำเป็นซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย | ระบบรวมถึง การจ่ายพลังงานไฟฟ้า น้ำ การระบายลมและการระบายอากาศ ก๊าซทางการแพทย์ ท่อประปา ความร้อน ของเสีย และการสื่อสารและระบบข้อมูล | ระบบสาธารณูปโภคที่มีประสิทธิภาพทั่วทั้งองค์กรเป็นสิ่งแวดล้อมใน

การดูแลผู้ป่วย | ระบบสาธารณสุขโรคและระบบหลักอื่นๆ ในองค์กรที่ดำเนินงานอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน และสำหรับการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย | สถานพยาบาลจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยทั้งปกติและเร่งด่วน ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันของสัปดาห์ | ดังนั้น การไม่มีการขัดจังหวะของสาธารณสุขโรคที่จำเป็นเป็นสิ่งสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

โปรแกรมบริหารระบบสาธารณสุขโรคที่ดีทำให้มั่นใจในความน่าเชื่อถือของระบบสาธารณสุขโรคและลดความเสี่ยงที่เป็นไปได้ | ตัวอย่างเช่น การปนเปื้อนขยะในบริเวณที่จัดเตรียมอาหาร การระบายอากาศที่ไม่เพียงพอในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ถึงออกซิเจนที่เก็บไว้อย่างไม่ปลอดภัยมีการรั่วไหล และสายไฟฟ้าชำรุด เป็นตัวอย่างของการก่อให้เกิดอันตราย | เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านี้และอันตรายอื่นๆ องค์กรมีกระบวนการสำหรับตรวจสอบระบบอย่างสม่ำเสมอ และมีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันและบำรุงรักษาอื่นๆ | ในระหว่างการทดสอบ จะใส่ใจต่อองค์ประกอบที่มีความสำคัญสูง (เช่น switches, relays) ของระบบ

องค์กรควรจัดทำบัญชีรายการขององค์ประกอบระบบสาธารณสุขโรคอย่างสมบูรณ์และระบุองค์ประกอบที่มีผลกระทบมากที่สุดต่อการช่วยชีวิต ควบคุมการติดเชื้อ สนับสนุนสิ่งแวดล้อม และการสื่อสาร | โปรแกรมบริหารระบบสาธารณสุขโรครวมถึงกลยุทธ์สำหรับการบำรุงรักษาสาธารณสุขโรคเพื่อให้มั่นใจว่าองค์ประกอบหลักที่สำคัญ เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา ของเสีย การระบายอากาศ และก๊าซทางการแพทย์ ได้รับการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ และมีการปรับปรุงถ้าจำเป็น

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.9

- 1. องค์กรจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบและการแจกจ่ายระบบสาธารณสุขโรค
- 2. องค์กรระบุการตรวจสอบและการบำรุงรักษาสำหรับองค์ประกอบการทำงานของระบบสาธารณสุขโรคในบัญชีรายการ ตามเกณฑ์ เช่น คำแนะนำของผู้ผลิต ระดับความเสี่ยง และประสบการณ์ขององค์กร
- 3. องค์กรแบ่งประเภทการควบคุมระบบสาธารณสุขโรคเพื่ออำนวยความสะดวกในการปิดระบบจากภาวะฉุกเฉินบางส่วนหรือเต็มที่

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.9.1

- 1. มีการตรวจสอบระบบสาธารณสุขโรคและองค์ประกอบตามเกณฑ์ที่องค์กรพัฒนาขึ้น
- 2. มีการทดสอบระบบสาธารณสุขโรคและองค์ประกอบตามเกณฑ์ขององค์กร
- 3. มีการบำรุงรักษาระบบสาธารณสุขโรคและองค์ประกอบตามเกณฑ์ขององค์กร
- 4. มีการปรับปรุงระบบสาธารณสุขโรคและองค์ประกอบเมื่อจำเป็น

มาตรฐาน FMS.9.2

โปรแกรมบริหารระบบสาธารณสุขโรคทำให้มั่นใจว่ามีน้ำสะอาดและพลังงานไฟฟ้าใช้ตลอดเวลา และจัดตั้งแหล่งทางเลือกสำรองเมื่อเกิดเหตุขัดข้องในระบบประปาหรือไฟฟ้า การปนเปื้อน หรือการล่มของระบบ และนำไปปฏิบัติ

มาตรฐาน FMS.9.2.1

องค์กรทดสอบระบบประปาและไฟฟ้าฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ และบันทึกผล

เจตนาของ FMS.9.2 และ FMS.9.2.1

สถานพยาบาลจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยทั้งปกติและเร่งด่วน ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันของสัปดาห์ | องค์กรมีความต้องการระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกันขึ้นกับวัตถุประสงค์ ความต้องการของผู้ป่วย และทรัพยากร | แหล่งน้ำสะอาดและพลังงานไฟฟ้าที่จ่ายได้ตลอดเวลาเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วย | องค์กรต้องปกป้องผู้ป่วยและบุคลากรในภาวะฉุกเฉิน เช่น ระบบขัดข้อง การขัดจังหวะ หรือ การปนเปื้อน ไม่ว่าจะเป็ระบบประเภทใด ใช้ทรัพยากรในระดับใด

ระบบไฟฟ้าฉุกเฉินเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกองค์กรที่ให้บริการได้อย่างต่อเนื่องในภาวะฉุกเฉิน | ระบบดังกล่าวมีไฟฟ้าที่เพียงพอที่จะคงไว้ซึ่งการทำงานที่จำเป็นระหว่างที่ระบบไฟฟ้าขัดข้อง | มีการทดสอบแหล่งกำเนิดไฟฟ้าฉุกเฉินและสำรองภายใต้สถานการณ์ที่วางแผนไว้ซึ่งจำลองปริมาณความต้องการพลังงานไฟฟ้าเหมือนจริง | มีการพัฒนาเมื่อจำเป็น เช่น เพิ่มระดับบริการไฟฟ้าให้แก่พื้นที่ที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่หรือเครื่องมือใหม่

คุณภาพน้ำอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วยสาเหตุหลายประการ บางสาเหตุมาจากนอกองค์กร เช่น ท่อประปาภายนอกแตก | เมื่อมีการขัดขวางของแหล่งน้ำปกติที่แจกจ่ายให้กับองค์กร แหล่งน้ำประปาฉุกเฉินต้องใช้งานได้ทันที

เพื่อเตรียมการสำหรับภาวะฉุกเฉินดังกล่าว องค์กร

- ระบุเครื่องมือ ระบบ และสถานที่ ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วยและบุคลากร เช่น ระบุว่าที่ใดต้องการแสงสว่าง ตู้เย็น การช่วยชีวิต และน้ำสะอาดสำหรับใช้ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ
- ประเมินและลดความเสี่ยงจากการล่มของระบบสาธารณสุขในพื้นที่เหล่านี้
- วางแผนเตรียมแหล่งกำเนิดพลังงานไฟฟ้าและน้ำสะอาดฉุกเฉินสำหรับพื้นที่และความต้องการเหล่านี้
- ทดสอบความพร้อมใช้และความน่าเชื่อถือของแหล่งกำเนิดพลังงานไฟฟ้าและน้ำสะอาดฉุกเฉิน
- บันทึกผลการทดสอบ และ
- ทำให้มั่นใจว่ามีการทดสอบแหล่งทางเลือกของน้ำและพลังงานไฟฟ้าอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยตามข้อกำหนดของกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่น หรือสถานะของแหล่งพลังงานและน้ำ | สถานะของแหล่งพลังงานและน้ำซึ่งอาจทำให้ต้องมีการทดสอบบ่อยขึ้นได้แก่
  - มีการซ่อมระบบประปาซ้ำ
  - มีการปนเปื้อนของแหล่งน้ำบ่อยครั้ง
  - Electrical grid ที่ไม่น่าเชื่อถือ และ
  - ไฟฟ้าดับ ไฟตก ที่คาดการณ์ไม่ได้บ่อยครั้ง

เมื่อระบบไฟฟ้าฉุกเฉินต้องการพลังงานน้ำมัน ปริมาณของน้ำมันเชื้อเพลิงในสถานที่ที่จัดเก็บควรคำนึงปริมาณการขาดแคลนที่ผ่านมาและปัญหาการจัดส่งใด ๆ ที่คาดว่าจะเกิดจากการขาดแคลน สภาพอากาศ และสภาพภูมิศาสตร์และที่ตั้ง | องค์กรอาจกำหนดปริมาณของน้ำมันเชื้อเพลิงที่เก็บไว้ไว้แต่มีอำนาจระบุจำนวน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.9.2

- 1. มีน้ำสะอาดพร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันของสัปดาห์
- 2. มีพลังงานไฟฟ้าพร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันของสัปดาห์
- 3. องค์กรได้ค้นหาพื้นที่และบริการที่มีความเสี่ยงสูงสุด เมื่อระบบไฟฟ้าขัดข้อง หรือระบบประปามีการปนเปื้อนหรือหยุดชะงัก

- 4. องค์กรหาทางลดความเสี่ยงของเหตุการณ์ดังกล่าว
- 5. องค์กรวางแผนจัดหาแหล่งทางเลือกของไฟฟ้าและน้ำในภาวะฉุกเฉิน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.9.2.1

- 1. องค์กรทดสอบแหล่งน้ำทางเลือกอย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นกำหนด หรือตามสถานะของแหล่งน้ำ
- 2. องค์กรบันทึกผลลัพธ์การทดสอบดังกล่าว
- 3. องค์กรทดสอบแหล่งไฟฟ้าทางเลือกอย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นกำหนด คำแนะนำของผู้ผลิต หรือตามสถานะของแหล่งไฟฟ้า
- 4. องค์กรบันทึกผลลัพธ์การทดสอบดังกล่าว
- 5. เมื่อระบบไฟฟ้าฉุกเฉินต้องการพลังงานน้ำมัน องค์กรกำหนดและมีปริมาณของน้ำมันเชื้อเพลิงที่เก็บไว้พร้อมใช้งาน

มาตรฐาน FMS.9.3

บุคคลผู้ได้รับมอบหมายหรือมีอำนาจหน้าที่ ติดตามคุณภาพน้ำอย่างสม่ำเสมอ

เจตนาของ FMS.9.3

ตามที่ระบุไว้ใน FMS.9.2 และ FMS.9.2.1 คุณภาพน้ำอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วยสาเหตุหลายประการ บางสาเหตุมาจากนอกองค์กร | คุณภาพน้ำเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการดูแลทางคลินิก เช่น การฟอกไต | ดังนั้น องค์กรจัดให้มีกระบวนการติดตามคุณภาพน้ำอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการทดสอบทางชีววิทยาเป็นประจำสำหรับน้ำที่ใช้ในการฟอกไตจริงๆ | มีการดำเนินการเมื่อพบว่าคุณภาพน้ำไม่ปลอดภัย

การติดตามอย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยกว่าขึ้นอยู่กับสถานะของแหล่งน้ำและประสบการณ์ปัญหาคุณภาพน้ำที่ผ่านมา | การติดตามอาจจะจัดทำโดยบุคคลที่องค์กรกำหนด เช่น บุคลากรจากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ หรือหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานควบคุมน้ำภายนอกซึ่งมีความสามารถที่จะทำการทดสอบดังกล่าว | เป็นหน้าที่ขององค์กรที่จะสร้างความมั่นใจว่ามีการทดสอบอย่างสมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้ ไม่ว่าจะติดตามโดยบุคลากรขององค์กรที่มีคุณสมบัติหรือโดยเจ้าหน้าที่นอกโรงพยาบาล และมีการบันทึกไว้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.9.3

- 1. มีการติดตามคุณภาพน้ำอย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นกำหนด สถานะของแหล่งน้ำ และประสบการณ์ปัญหาคุณภาพน้ำที่ผ่านมา การติดตามมีการบันทึกไว้
- 2. มีการทดสอบน้ำที่ใช้ในการฟอกไตจริงๆและมีการบันทึกการทดสอบตามมาตรฐานอุตสาหกรรมอย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นกำหนด สถานะของแหล่งน้ำ และประสบการณ์ปัญหาคุณภาพน้ำที่ผ่านมา
- 3. มีการดำเนินการเมื่อพบว่าคุณภาพน้ำไม่ปลอดภัย และมีการบันทึกไว้

♥ **FMS.10** | การติดตามโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่ Facility Management Program

Monitoring

FMS การติดตามโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่

## การติดตามโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่ (Facility Management Program Monitoring)

### มาตรฐาน FMS.10

องค์กรเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่ ข้อมูลถูกใช้ในการวางแผนสำหรับการปรับเปลี่ยน (replace) หรือปรับปรุง (upgrade) เทคโนโลยีทางการแพทย์ อุปกรณ์ และระบบและลดความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมองค์กร

### เจตนาของ FMS.10

การติดตามโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่ช่วยให้องค์กรป้องกันปัญหาและให้สารสนเทศที่จำเป็นสำหรับตัดสินใจเกี่ยวกับการลดความเสี่ยง การปรับปรุงระบบ และการวางแผนสำหรับการปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีทางการแพทย์ อุปกรณ์ และระบบสาธารณสุข | ข้อกำหนดในการติดตามโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ระบุไว้ใน GLD.11 | มีการบันทึกการติดตามและรายงานประจำไตรมาสเพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้นาองค์กร

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.10

- 1. มีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลการติดตามสำหรับแต่ละโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่
- 2. มีการใช้ข้อมูลการติดตามเพื่อสนับสนุนการวางแผนสำหรับการปรับปรุง หรือปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีทางการแพทย์ อุปกรณ์ และระบบและลดความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมองค์กร
- 3. มีรายงานการตรวจสอบข้อมูลและคำแนะนำเพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้นาองค์กรประจำไตรมาส

## ♥ FMS.11 – FMS.11.2 | การให้ความรู้แก่บุคลากร Staff Education

### FMS การให้ความรู้แก่บุคลากร

### การให้ความรู้แก่บุคลากร (Staff Education)

### มาตรฐาน FMS.11

องค์กรจัดการศึกษา ฝึกอบรม และทดสอบบุคลากรทั้งหมด เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดให้มีอาคารสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

### มาตรฐาน FMS.11.1

บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทของตนตามแผนขององค์กรสำหรับความปลอดภัยด้านอัคคีภัย การรักษาความปลอดภัย วัตถุอันตราย และภาวะฉุกเฉิน

### มาตรฐาน FMS.11.2

บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานและบำรุงรักษา เทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุข

### เจตนาของ FMS.11 ถึง FMS.11.2

บุคลากรขององค์กรเป็นกลุ่มหลักที่ติดต่อกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้มาเยือน | ด้วยเหตุนี้ บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการบ่งชี้และลดความเสี่ยง ป้องกันผู้อื่นและตนเอง รวมทั้งทำให้อาคารสถานที่มีความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (ดูที่ FMS.7.1, ME 1)

แต่ละองค์กรต้องกำหนดประเภทและระดับของการฝึกอบรมให้แก่บุคลากร ออกแบบและจัดทำเอกสารสำหรับ โปรแกรมการศึกษาอบรมนี้ | โปรแกรมนี้อาจรวมถึงการสอนเป็นกลุ่ม เอกสารความรู้ การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ หรือ กลไกอื่นๆ ที่ตอบสนองความต้องการขององค์กร | โปรแกรมนี้รวมถึงการสอนกระบวนการรายงานความเสี่ยงที่มีโอกาส เกิด การรายงานอุบัติการณ์และการบาดเจ็บ และการหีบสัมผัสวัตถุอันตรายหรือวัตถุอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อ ตนเองและผู้อื่น

บุคลากรที่มีหน้าที่ใช้หรือบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการฝึกอบรมพิเศษ | การฝึกอบรมอาจจะทำ โดยองค์กร ผู้ผลิตเทคโนโลยี หรือแหล่งความรู้อื่นๆ

องค์กรวางแผนโปรแกรมที่ถูกออกแบบเพื่อทดสอบความรู้ของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยด้านอัคคีภัย การตอบสนองต่ออันตราย เช่น การทกรั่วไหลของวัตถุอันตราย และ การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและบุคลากร | การทดสอบความรู้สามารถทำได้ หลากหลายวิธี เช่น การสาธิตรายบุคคลหรือกลุ่ม การสมมติเหตุการณ์ เช่น มีโรคระบาดในชุมชน การสอบข้อเขียนหรือ การทดสอบผ่านคอมพิวเตอร์ หรือวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสมกับความรู้ที่จะทดสอบ | องค์กรบันทึกข้อมูลผู้ได้รับการทดสอบ และผลการทดสอบ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.11

- 1. สำหรับแต่ละองค์ประกอบของโปรแกรมบริหารจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัยขององค์กร มีการวางแผนและให้ความรู้เป็นประจำทุกปีเพื่อสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรในทุกกะสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ รับผิดชอบของตนอย่างมีประสิทธิภาพ (ดูที่ AOP.5.3, ME 4 และ AOP.6.3, ME 4)
- 2. การให้ความรู้ครอบคลุมถึงผู้มาเยือน ผู้ขายของ ผู้ปฏิบัติงานภายใต้สัญญาจ้าง และบุคคลอื่นๆ ตามที่องค์กรระบุ
- 3. มีการทดสอบความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาอาคารสถานที่ให้ปลอดภัย
- 4. มีการบันทึกข้อมูลการฝึกอบรมและทดสอบบุคลากร บุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม และผลการทดสอบ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.11.1

- 1. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงบทบาทหน้าที่ของตนเมื่อเกิดไฟไหม้
- 2. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงการปฏิบัติเพื่อจำกัด ลด หรือรายงาน ความปลอดภัย สุวีตภาพ และ ความเสี่ยงอื่นๆ
- 3. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงการระมัดระวัง วิธีการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการจัดเก็บ การหีบ สัมผัส และการกำจัดก๊าซทางการแพทย์ ของเสียและวัตถุอันตราย และในภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้อง
- 4. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงวิธีการปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและอุบัติภัย ภายในองค์กรและในชุมชน

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ FMS.11.2

- 1. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับงานของตน
- 2. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานกับระบบสาธารณสุขโรคที่เหมาะสมกับงานของตน
- 3. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อบำรุงรักษาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับงานของตน
- 4. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อบำรุงรักษาระบบสาธารณสุขโรคที่เหมาะสมกับงานของตน

⇒ คุณสมบัติและการศึกษาของบุคลากร Staff Qualifications and Education (SQE)

♥ SQE.1 – SQE.8.2 | การวางแผน Planning

SQE การวางแผน

มาตรฐาน SQE.1

ผู้อำนวยการกำหนดการศึกษา ทักษะ ความรู้ และข้อกำหนดอื่นๆ ที่ต้องการสำหรับบุคลากรทุกคน

เจตนาของ SQE.1

ผู้อำนวยการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย | ผู้หลักกำหนดการศึกษา ทักษะ ความรู้ และคุณสมบัติอื่นๆ ที่พึงประสงค์ของบุคลากร หรือสำหรับกลุ่มที่มีตำแหน่งเหมือนกัน เช่น พยาบาลหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ | ผู้นำใช้ปัจจัยต่อไปนี้ในการคาดการณ์ความต้องการบุคลากร:

- เป้าหมายขององค์กร
- ลักษณะผสมของผู้ป่วย (mix of patients) ที่องค์กรให้บริการ รวมถึงความซับซ้อนและความรุนแรงของความต้องการของผู้ป่วย
- บริการวินิจฉัยโรคและบริการทางคลินิกที่จัดให้โดยองค์กร
- ปริมาณผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
- เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

องค์กรปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับซึ่งกำหนดระดับการศึกษา ทักษะ หรือคุณสมบัติอื่นๆ ที่พึงประสงค์ของบุคลากร กฎหมายและระเบียบข้อบังคับซึ่งกำหนดจำนวนบุคลากรหรือสัดส่วนผสมของบุคลากรสำหรับองค์กร (ดูที่ QPS.1, ME 2 และ GLD.8)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.1

- 1. มีการใช้เป้าหมายขององค์กร ลักษณะผสมของผู้ป่วย บริการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในการวางแผนบุคลากร
- 2. มีการกำหนดการศึกษา ทักษะ และความรู้ที่พึงประสงค์ สำหรับบุคลากร
- 3. มีการนำกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนบุคลากร

มาตรฐาน SQE.1.1

มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรแต่ละคนไว้ในคำบรรยายลักษณะงานที่เป็นปัจจุบัน ②

เจตนาของ SQE.1.1

มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่จะปฏิบัติงานโดยอิสระไว้ในคำบรรยายลักษณะงานที่เป็นปัจจุบัน | คำบรรยายลักษณะงานเป็นฐานสำหรับการมอบหมายงาน การปฐมนิเทศหรือสร้างความคุ้นเคยกับงาน และการประเมินผลว่าบุคลากรทำตามหน้าที่รับผิดชอบได้ดีเพียงใด

คำบรรยายลักษณะงาน มีความจำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ ในกรณีต่อไปนี้

- a) บุคคลซึ่งมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการ เช่น ผู้จัดการแผนก หรือผู้ที่มีหน้าที่ควบคู่กันทั้งด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการ โดยระบุหน้าที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน

- b) บุคคลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบทางด้านคลินิกที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติด้วยตนเองตามลำพัง เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพที่กำลังเรียนรู้อาชีพใหม่หรือทักษะใหม่
- c) บุคคลซึ่งอยู่ระหว่างการศึกษาศึกษาและอยู่ภายใต้การควบคุมดูแล ซึ่งโปรแกรมการศึกษาจะระบุว่าสิ่งใดที่สามารถทำได้โดยอิสระ สิ่งใดที่ต้องทำภายใต้การควบคุมดูแล ในแต่ละขั้นตอนหรือระดับของการฝึกอบรม รายละเอียดของโปรแกรมการศึกษาสามารถใช้เป็นคำบรรยายลักษณะงานได้ในกรณีดังกล่าว และ
- d) บุคคลที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานให้บริการในองค์กรชั่วคราว เช่น พยาบาลจากหน่วยงานจัดหาบุคลากรชั่วคราว (ดูที่ SQE.10)

เมื่อองค์กรใช้คำบรรยายลักษณะงานทั่วไปหรือของประเทศ เช่น คำบรรยายลักษณะงานสำหรับ “พยาบาล” จำเป็นต้องปรับคำบรรยายลักษณะงานลักษณะนี้ด้วยหน้าที่รับผิดชอบที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาลประเภทต่างๆ เช่น พยาบาลหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ พยาบาลเด็ก พยาบาลห้องผ่าตัด และอื่นๆ | สำหรับบุคคลที่ได้รับอนุญาตโดยกฎหมายและโดยองค์กรให้ทำงานอย่างอิสระ มีกระบวนการที่จะระบุและให้สิทธิการปฏิบัติแก่บุคคลบนพื้นฐานของการศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ (ดูที่ SQE.9) | ข้อกำหนดของมาตรฐานนี้ประยุกต์ใช้กับ “บุคลากร (staff)” ทุกประเภท ผู้ซึ่งต้องมีคำบรรยายลักษณะงาน (เช่น บุคลากรประจำ พนักงานชั่วคราว ผู้ได้รับค่าจ้าง อาสาสมัคร หรือบุคลากรชั่วคราว) (ดูที่ PCI.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.1.1

- 1. มีคำบรรยายลักษณะงานสำหรับบุคลากรที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติงานอย่างอิสระ
- 2. มีคำบรรยายลักษณะงานสำหรับบุคลากรที่ระบุไว้ในเจตนาข้อ a) ถึง d) ที่มาทำงานในองค์กรอย่างเหมาะสมกับกิจกรรมและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรดังกล่าว หรือได้รับสิทธิการดูแลถ้ามีระบุไว้เป็นทางเลือก (ดูที่ AOP.3, ME 1)
- 3. คำบรรยายลักษณะงานเป็นปัจจุบันตามนโยบายขององค์กร

มาตรฐาน SQE.2

ผู้นำองค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการสำหรับการสรรหา การประเมินคุณสมบัติ และการบรรจุบุคลากร รวมถึงวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่องค์กรกำหนด

เจตนาของ SQE.2

องค์กรจัดให้มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ อาจเป็นลักษณะประสานความร่วมมือหรือรวมศูนย์ สำหรับ

- การสรรหาบุคคลสำหรับตำแหน่งงานที่ว่าง
- การประเมินการฝึกอบรม ทักษะ และความรู้ของผู้สมัคร และ
- การบรรจุบุคคลเป็นบุคลากรขององค์กร

มีการใช้เกณฑ์ กระบวนการ และแบบฟอร์ม เพื่อให้มีกระบวนการที่เป็นแนวทางเดียวกัน ในกรณีที่ไม่มีกรรวมศูนย์ กระบวนการดังกล่าวสำหรับบุคลากรที่มีตำแหน่งคล้ายกัน เช่น พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด | ผู้บริหารของแผนกและงานบริการมีส่วนร่วมโดยการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับจำนวนและคุณสมบัติของบุคลากรที่ต้องการเพื่อให้บริการทางคลินิกแก่ผู้ป่วย การทำหน้าที่สนับสนุนที่มีขีดงานด้านคลินิก และทำหน้าที่สอน วิจัยหรือหน้าที่อื่นๆ ของแผนก | ผู้บริหารของแผนกและงานบริการช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับตัวบุคคลที่จะได้รับการบรรจุเป็นบุคลากร | ดังนั้น มาตรฐานในบทนี้จึงเป็นส่วนเสริมให้แก่มาตรฐานการกำกับดูแลกิจการ การนำ และทิศทางองค์กร (GLD) ซึ่งอธิบายหน้าที่รับผิดชอบของผู้บริหารแผนกหรืองานบริการ



องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.2

- 1. มีกระบวนการที่พร้อมปฏิบัติในการสรรหาบุคลากร
- 2. มีกระบวนการที่พร้อมปฏิบัติในการประเมินคุณสมบัติของบุคลากรใหม่
- 3. มีกระบวนการที่พร้อมปฏิบัติในการบรรจุบุคคลเป็นบุคลากร
- 4. กระบวนการดังกล่าวเป็นไปในแนวทางเดียวทั้งองค์กร

มาตรฐาน SQE.3

องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรสายงานคลินิก สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

เจตนาของ SQE.3

องค์กรจ้างบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมโดยใช้กระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าคุณสมบัติของบุคคลที่จะรับเป็นบุคลากร สอดคล้องกับข้อกำหนดของตำแหน่ง | กระบวนการนี้ยังสร้างความมั่นใจว่าทักษะของบุคลากรสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกและตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพขององค์กรที่เป็นอิสระ (ซึ่งมิได้ปฏิบัติงานภายใต้คำบรรยายลักษณะงาน) มีกระบวนการระบุไว้ใน SQE.9 ถึง SQE.12

กระบวนการสำหรับบุคลากรสายงานคลินิกที่ปฏิบัติงานภายใต้คำบรรยายลักษณะงานประกอบด้วย

- การประเมินขั้นต้นเพื่อสร้างความมั่นใจว่าบุคคลผู้นั้นสามารถปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบในคำบรรยายลักษณะงานได้ | การประเมินนี้กระทำขึ้นก่อนหรือในเวลาที่จะเริ่มต้นปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบ | องค์กรอาจจะมีระยะเวลา “ทดลองปฏิบัติงาน” ซึ่งบุคลากรสายงานคลินิกจะได้รับการควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด และประเมินผล หรือใช้กระบวนการที่ไม่เป็นทางการมากนัก | ไม่ว่าจะใช้กระบวนการใด องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรที่ให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการประเมิน
- จากนั้นองค์กรกำหนดกระบวนการและความถี่สำหรับการประเมินความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

การประเมินอย่างต่อเนื่องสร้างความมั่นใจว่ามีการฝึกอบรมเมื่อต้องการ และบุคลากรสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ใหม่หรือหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงได้ | การประเมินดังกล่าวจะดีที่สุดเมื่อดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประเมินบุคลากรสายงานคลินิกที่ทำงานภายใต้คำอธิบายลักษณะงานแต่ละคนและบันทึกไว้อย่างน้อยปีละครั้ง (ดูที่ COP.3.1, ASC.3.1, MMU.6, GLD.11.1, และ SQE.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.3

- 1. องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อจัดให้ความรู้และทักษะของบุคลากรสายงานคลินิก กับความต้องการของผู้ป่วย มีความสอดคล้องกัน
- 2. มีการประเมินบุคลากรใหม่ในสายงานคลินิกเมื่อเริ่มปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ
- 3. แผนกหรืองานบริการที่บุคลากรได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ทำการประเมิน
- 4. องค์กรกำหนดความถี่ในการประเมินบุคลากรสายงานคลินิกอย่างต่อเนื่อง
- 5. มีการประเมินบุคลากรสายงานคลินิกแต่ละคนที่ปฏิบัติงานภายใต้คำบรรยายลักษณะงานอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่องค์กรกำหนด และบันทึกผลไว้

## มาตรฐาน SQE.4

องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรนอกสายงานคลินิก สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร และข้อกำหนดของตำแหน่ง

### เจตนาของ SQE.4

องค์กรแสวงหาบุคลากรที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามข้อกำหนดในตำแหน่งนอกสายงานคลินิก | ผู้ควบคุมดูแลบุคลากรจัดให้มีการปฐมนิเทศเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับตำแหน่งดังกล่าวและสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรสามารถทำหน้าที่รับผิดชอบตามคำบรรยายลักษณะงานได้ | บุคลากรได้รับการควบคุมดูแลในระดับที่ต้องการ และได้รับการประเมินเป็นระยะเพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีความสามารถในตำแหน่งดังกล่าวตลอดเวลา (ดูที่ AOP.5.2, AOP.6.2)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.4

- 1. องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อจัดให้ความรู้และทักษะของบุคลากรนอกสายงานคลินิก กับข้อกำหนดของตำแหน่ง มีความสอดคล้องกัน
- 2. มีการประเมินบุคลากรใหม่ที่มีใช้ด้านคลินิก เมื่อเริ่มปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ
- 3. แผนกหรืองานบริการที่บุคลากรได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ทำการประเมิน
- 4. องค์กรกำหนดความถี่ในการประเมินบุคลากรที่มีใช้ด้านคลินิกอย่างต่อเนื่อง
- 5. มีการประเมินบุคลากรที่มีใช้ด้านคลินิกอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่องค์กรกำหนด และบันทึกผลไว้

## มาตรฐาน SQE.5

มีแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน **(P)**

### เจตนาของ SQE.5

บุคลากรแต่ละคนในองค์กร รวมถึงผู้ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายและโดยองค์กรให้ทำงานด้วยความอิสระ มีเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติ ผลการประเมิน และประวัติการทำงาน | เอกสารมีรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบันตามนโยบายขององค์กร (ดูที่ SQE.9, SQE.13, และ SQE.15)

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.5

- 1. มีการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน
- 2. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีคุณสมบัติของบุคลากรผู้นั้น
- 3. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีคำบรรยายลักษณะงานของบุคลากรผู้นั้น ถ้ามีกำหนดไว้
- 4. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีประวัติการทำงานของบุคลากรผู้นั้น
- 5. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีผลการประเมิน
- 6. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีบันทึกการเข้าร่วมการศึกษาระหว่างประจำการของบุคลากรผู้นั้น

## มาตรฐาน SQE.6

แผนบุคลากรขององค์กรซึ่งจัดทำด้วยความร่วมมือของผู้นำของแผนกและงานบริการ กำหนดจำนวน ประเภท และคุณสมบัติที่ต้องการของบุคลากร **(P)**

### มาตรฐาน SQE.6.1

มีการทบทวนแผนบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันตามความจำเป็น

เจตนาของ SQE.6 และ SQE.6.1

การจัดให้มีบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับกิจกรรมการสอน และการวิจัยซึ่งองค์กรอาจจะมีส่วนร่วม | ผู้นำองค์กรเป็นผู้วางแผนบุคลากร | กระบวนการวางแผนใช้วิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับสำหรับการกำหนดระดับของบุคลากร | ตัวอย่างเช่น การใช้ระบบการจำแนกอาการหนัก-เบาของผู้ป่วย (patient acuity system) ในการกำหนดจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤติสาขากุมารสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤติกุมารสืบเตียง

มีการจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุจำนวนและประเภทของบุคลากรที่ต้องการในแต่ละแผนกและงานบริการ รวมทั้งทักษะ ความรู้ และคุณสมบัติอื่นๆ | แผนบุคลากรระบุสิ่งต่อไปนี้

- การปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานบุคลากรจากแผนกหรืองานบริการหนึ่งไปยังอีกแผนกหรืออีกงานบริการหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหรือการขาดแคลนบุคลากร
- การพิจารณาคำขอของบุคลากรเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงาน บนพื้นฐานของค่านิยมทางวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา และ
- การปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบข้อบังคับ

มีการเฝ้าติดตามการจัดบุคลากรที่วางแผนไว้และที่เกิดขึ้นจริงอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงแผนตามความจำเป็น | ระหว่างที่มีการเฝ้าติดตามในระดับแผนกและงานบริการ มีกระบวนการที่ผู้นำองค์กรร่วมมือกันปรับปรุงแผนทั้งหมด โดยรวม (ดูที่ GLD.7 และ GLD.9, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.6

- 1. มีแผนเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการจัดบุคลากรขององค์กรโดยผู้นำของแผนกและงานบริการ โดยปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
- 2. แผนบุคลากรระบุจำนวน ประเภท และคุณสมบัติที่พึงประสงค์ของบุคลากร โดยใช้วิธีการจัดอัตรากำลังซึ่งเป็นที่ยอมรับ (ดูที่ AOP.6.2, ME 5)
- 3. แผนบุคลากรระบุการมอบหมายงานและการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานบุคลากร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.6.1

- 1. มีการเฝ้าติดตามประสิทธิผลของแผนการจัดบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- 2. มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการจัดบุคลากรเมื่อจำเป็น
- 3. มีกระบวนการประสานงานเพื่อจัดทำกลยุทธ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้นำของแผนกและงานบริการ

มาตรฐาน SQE.7

บุคลากรทุกคนทั้งสายงานคลินิกและนอกสายงานคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศเมื่อได้รับการบรรจุ ให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนกหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน และเกิดความคุ้นเคยกับหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะของตำแหน่งงาน

เจตนาของ SQE.7

การตัดสินใจบรรจุบุคคลเป็นบุคลากรขององค์กรก่อให้เกิดการเริ่มต้นของกระบวนการหลายอย่าง | การที่บุคลากรใหม่ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งใดจะปฏิบัติงานได้ดี จำเป็นต้องเข้าใจภาพรวมขององค์กร และเข้าใจว่าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ

ของตนจะมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรอย่างไร | สิ่งนี้จะบรรลุได้โดยการปฐมนิเทศทั่วไปให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กรและบทบาทของตนในองค์กร และการปฐมนิเทศเฉพาะเกี่ยวกับหน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งที่ได้รับการบรรจุ | การปฐมนิเทศรวมถึงประเด็นต่อไปนี้ตามความเหมาะสม การรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ นโยบายขององค์กรเกี่ยวกับการส่งยาทางโทรศัพท์ และอื่นๆ (ดูที่ PCI.11 และ GLD.9, ME 4) | ผู้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง (contract workers) อาสาสมัคร และนักศึกษาและผู้อยู่ระหว่างการฝึกอบรม ได้รับการปฐมนิเทศให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร และงานที่ได้รับมอบหมายหรือหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ เช่น ความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.7

- 1. บุคลากรใหม่ทั้งสายงานคลินิกและนอกสายงานคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนกหรือหน่วยงานซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน หน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งงานของแต่ละคน และงานที่ได้รับมอบหมายเฉพาะ
- 2. ผู้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนกหรือหน่วยงานซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน หน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งงานของแต่ละคน และงานที่ได้รับมอบหมายเฉพาะ
- 3. อาสาสมัคร ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร และหน้าที่รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย
- 4. นักศึกษาและผู้อยู่ระหว่างการฝึกอบรม ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร และหน้าที่รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย

มาตรฐาน SQE.8

บุคลากรแต่ละคนได้รับการศึกษาและฝึกอบรมระหว่างประจำการ รวมถึงการศึกษาและฝึกอบรมอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้หรือเพิ่มพูนทักษะและความรู้ของตน

เจตนาของ SQE.8

องค์กรรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้เข้าใจความต้องการการศึกษาของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง | ผลจากการวัดคุณภาพและความปลอดภัยเป็นแหล่งข้อมูลหนึ่งที่ช่วยระบุความต้องการการศึกษาของบุคลากร | ข้อมูลการเฝ้าติดตามจากโปรแกรมบริหารอาคารสถานที่ การนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ ประเด็นความรู้และทักษะที่ค้นพบจากการทบทวนการปฏิบัติงานตามหน้าที่ วิธีปฏิบัติงานทางคลินิกใหม่ และแผนจัดบริการใหม่ในอนาคต เป็นแหล่งข้อมูลดังกล่าวด้วยเช่นกัน | องค์กรมีกระบวนการรวบรวมและรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อวางแผนโปรแกรมการศึกษาของบุคลากร | องค์กรกำหนดว่าบุคลากรกลุ่มใด เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่จะต้องมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งคุณสมบัติ รวมถึงวิธีการเฝ้าติดตามและบันทึกการศึกษาของบุคลากรเหล่านี้ (ดูที่ GLD.3.3, ME 3)

เพื่อคงไว้ซึ่งผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ยอมรับได้ การสอนทักษะใหม่ๆ และการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับเครื่องมือหรือวิธีปฏิบัติงานใหม่ๆ องค์กรควรจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้ให้ความรู้ และเวลา สำหรับการศึกษาระหว่างประจำการและการศึกษาอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง | การจัดการศึกษานี้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรแต่ละคน และสอดคล้องกับความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องขององค์กรในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย | ตัวอย่างเช่น สมาชิกแพทย์อาจได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ความก้าวหน้าของเวชปฏิบัติหรือเทคโนโลยีใหม่ (ดูที่ MOI.8) | มีการบันทึกความสำเร็จด้านการศึกษาของบุคลากรแต่ละคนไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้นำองค์กรสนับสนุนความมุ่งมั่นต่อการศึกษาระหว่างประจำการอย่างต่อเนื่องของบุคลากร โดยจัดให้มีพื้นที่ เครื่องมือ และเวลาสำหรับโปรแกรมการศึกษาและฝึกอบรม | มีสารสนเทศทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันพร้อมสนับสนุนการศึกษา และฝึกอบรม | การศึกษาและฝึกอบรมสามารถทำได้ในสถานที่ที่เป็นศูนย์กลาง หรือสถานที่สำหรับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะขนาดเล็กลงมาที่กระจายทั่วไป | การศึกษาที่จัดให้อาจจะเป็นการจัดครั้งเดียวให้กับทุกคน หรือจัดซ้ำหลายครั้งสำหรับบุคลากรที่ทำงานเป็นผลัด เพื่อลดผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.8

- 1. มีการใช้ข้อมูลและสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ รวมถึงผลจากกิจกรรมวัดคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อระบุความต้องการการศึกษาของบุคลากร
- 2. มีการวางแผนโปรแกรมการศึกษาจากข้อมูลและสารสนเทศเหล่านี้
- 3. บุคลากรขององค์กรได้รับการศึกษาและฝึกอบรมระหว่างประจำการอย่างต่อเนื่อง (ดูที่ AOP.5.3, ME 4 และ AOP.6.3, ME 4)
- 4. การศึกษาสอดคล้องกับความสามารถของบุคลากรแต่ละคนที่จะตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย และ/หรือ ความต้องการการศึกษาต่อเนื่อง (ดูที่ AOP.5.3, ME 4 และ AOP.6.3, ME 4)
- 5. องค์กรจัดให้บุคลากรทุกคนมีเวลาและเครื่องมือเพียงพอที่จะเข้าร่วมการศึกษาและฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐาน SQE.8.1

บุคลากรซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย และบุคลากรอื่นๆ ที่องค์กรระบุ ได้รับการฝึกอบรมและแสดงความสามารถที่เหมาะสมเกี่ยวกับเทคนิคการช่วยฟื้นคืนชีพ

เจตนาของ SQE.8.1

องค์กรระบุบุคลากรที่ต้องเข้าอบรมเทคนิคการช่วยฟื้นคืนชีพ และระดับของการฝึกอบรม (ระดับพื้นฐานหรือระดับก้าวหน้า) ที่เหมาะสมกับบทบาทของแต่ละคนในองค์กร | บุคลากรที่ถูกระบุได้รับการฝึกอบรมในระดับที่เหมาะสมซ้ำตามข้อกำหนด และ/หรือ กรอบเวลาที่โปรแกรมฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับระบุไว้ หรือทั้งสองปีถ้ามิได้มีการใช้โปรแกรมฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับ | มีหลักฐานแสดงว่าบุคลากรแต่ละคนที่เข้าร่วมรับการฝึกอบรมบรรลุความสามารถในระดับที่ต้องการอย่างแท้จริง (ดูที่ COP.3.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.8.1

- 1. องค์กรระบุบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรอื่นๆ ที่จะต้องเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยชีวิต (cardiac life support)
- 2. มีการจัดการฝึกอบรมในระดับที่เหมาะสม โดยมีความถี่ที่เพียงพอสำหรับตอบสนองความต้องการของบุคลากร
- 3. มีหลักฐานแสดงว่าบุคลากรผู้ใดได้ผ่านการฝึกอบรม
- 4. มีการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับที่พึงประสงค์ให้แก่บุคลากรแต่ละคนซ้ำ ตามข้อกำหนด และ/หรือ กรอบเวลาที่โปรแกรมฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับระบุไว้ หรือทั้งสองปีถ้ามิได้มีการใช้โปรแกรมฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับ

มาตรฐาน SQE.8.2

องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร **P**

## เจตนาของ SQE.8.2

สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรในองค์กรเป็นสิ่งสำคัญเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ ความพึงพอใจ การผลิตผลงานของบุคลากร และภาวะความปลอดภัยสำหรับการทำงาน | เนื่องจาก บุคลากรด้านดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ มีการสัมผัสกับผู้ป่วยและวัสดุติดเชื้อจากผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงต่อโรคที่วัคซีนป้องกันได้ | การระบุงการติดเชื้อที่สำคัญ กำหนดบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ และมีการดำเนินการคัดกรองและป้องกัน (เช่น การสร้างภูมิคุ้มกัน การฉีดวัคซีน และการป้องกันโรค) จะช่วยลดอุบัติการณ์การส่งผ่านการติดเชื้อได้อย่างมาก (ดูที่ PCI.5, ME 2)

ความรุนแรงในสถานที่ทำงานเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากขึ้นในองค์กรดูแลสุขภาพ | การขาดแคลนบุคลากร การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยหนัก และความเข้าใจผิดว่าความรุนแรงไม่ได้เกิดขึ้นในองค์กรดูแลสุขภาพ – หรือถ้าความรุนแรงเกิดขึ้น เป็นส่วนหนึ่งของงาน – เป็นอุปสรรคที่จะยอมรับว่าการใช้ความรุนแรงในที่ทำงานมีอยู่และจัดทำกรป้องกันความรุนแรง (ดูที่ QPS.7)

ความปลอดภัยของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร | วิธีการที่องค์กรสร้างความคุ้นเคยและมีกอบรมบุคลากร จัดให้มีสถานที่ที่ปลอดภัย บำรุงรักษาเครื่องมือด้านชีวการแพทย์และเครื่องมืออื่นๆ ป้องกันหรือควบคุมการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ อีกมาก เป็นตัวกำหนดสุขภาพของบุคลากร (ดูที่ PCI.5.1, ME 2) | โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรสามารถจัดขึ้นภายในองค์กรหรือบูรณาการกับโปรแกรมภายนอก | ไม่ว่าจะมึบุคลากรหรือโครงสร้างของโปรแกรมอย่างไร บุคลากรเข้าใจวิธีการรายงาน การได้รับการรักษา การได้รับคำปรึกษาและติดตามสำหรับการบาดเจ็บ (เช่น โดนเข็มแทง) การสัมผัสโรคติดต่อ หรือความรุนแรงในที่ทำงาน การบ่งชี้ความเสี่ยงและสภาพที่อันตรายภายในอาคารสถานที่ ประเด็นด้านสุขภาพและความปลอดภัยอื่นๆ | โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรอาจจัดให้มีการคัดกรองสุขภาพเมื่อแรกเข้าทำงาน การให้ภูมิคุ้มกันและการตรวจร่างกายเป็นระยะ การรักษาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน เช่น ปวดหลัง หรือการบาดเจ็บอื่นที่เรื้อรังกว่า

การออกแบบโปรแกรมดังกล่าวได้รับข้อคิดเห็นจากบุคลากร ใช้ทรัพยากรทางคลินิกขององค์กรและชุมชน

## องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.8.2

- 1. ผู้นำองค์กรและบุคลากรวางแผนโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร ตอบสนองความต้องการของบุคลากรทั้งที่เรื้อรังและไม่เรื้อรังด้วยการรักษาโดยตรงและการส่งต่อ
- 2. มีการระบุงการติดเชื้อที่กำลังระบาด และบุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสหรือส่งผ่านการติดเชื้อ และดำเนินการฉีดวัคซีนและการสร้างภูมิคุ้มกัน
- 3. มีนโยบายในการประเมิน ให้คำปรึกษา และติดตามบุคลากรที่ได้สัมผัสกับโรคติดต่อ ซึ่งมีการประสานงานกับโปรแกรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- 4. มีการระบุพื้นที่ที่มีความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในที่ทำงานและจัดทำตัววัดเพื่อลดความเสี่ยง
- 5. มีนโยบายในการประเมิน ให้คำปรึกษา และติดตามบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บเนื่องจากความรุนแรงในสถานที่ทำงาน

## ♥ SQE.9 – SQE.9.2 | การกำหนดสมาชิกภาพของบุคลากรสายแพทย์ Determining Medical Staff

### Membership

#### SQE การกำหนดสมาชิกภาพของบุคลากรสายแพทย์

##### มาตรฐาน SQE.9 (ทำให้ชัดเจน)

องค์กรมีกระบวนการที่มีประสิทธิผลสำหรับรวบรวมเอกสารคุณสมบัติของบุคลากรสายแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมีการควบคุมดูแล (P)

##### มาตรฐาน SQE.9.1

มีการตรวจสอบและเก็บให้เป็นปัจจุบันสำหรับข้อมูลการศึกษา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การขึ้นทะเบียน และเอกสารคุณสมบัติอื่น ของบุคลากรทางสายแพทย์ ที่กำหนดโดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (P)

##### มาตรฐาน SQE.9.2

มีกระบวนการตัดสินใจที่โปร่งใสและเป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับการรับบุคลากรสายแพทย์ (P)

##### เจตนาของ SQE.9 ถึง SQE.9.2

คำอธิบายคำศัพท์และความคาดหวังในมาตรฐานมีดังนี้:

##### เอกสารคุณสมบัติ

เอกสารคุณสมบัติ เป็นเอกสารที่ออกโดยหน่วยงานที่จะบ่งบอกถึงความสำเร็จของความต้องการหรือการประชุมของข้อกำหนดคุณสมบัติ เช่น ประกาศนียบัตรจากโรงเรียนแพทย์ จดหมายเสร็จสิ้นหรือใบรับรองการอบรมเฉพาะทาง (แพทย์ประจำบ้าน residency) การสำเร็จการศึกษาตามข้อกำหนดขององค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ ใบอนุญาตในการฝึกปฏิบัติ หรือการลงทะเบียนกับสภาทางการแพทย์หรือทางทันตกรรม | เอกสารเหล่านี้ บางส่วนต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ แต่บางส่วนเป็นนโยบายขององค์กร ต้องมีการตรวจสอบกับแหล่งต้นฉบับที่ออกเอกสาร

เอกสารคุณสมบัติยังสามารถเป็นเอกสารจากบุคคลและหน่วยงานที่ระบุประวัติทางวิชาชีพหรือความสามารถของผู้สมัคร ประวัติของการทำงานในโรงพยาบาลก่อนหน้าทั้งหมด บันทึกการดูแลทางคลินิกก่อนหน้า ประวัติสุขภาพ รูปภาพ หรือการตรวจสอบจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ | ตัวอย่างเช่น เอกสารเหล่านี้กำหนดโดยนโยบายองค์กรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรวบรวมเอกสารคุณสมบัติ แต่ไม่ต้องได้รับการตรวจสอบจากแหล่งที่ออกเอกสารถ้านโยบายองค์กรไม่ได้กำหนดไว้ | ข้อกำหนดในการตรวจสอบเอกสารคุณสมบัติจะแตกต่างกันไปโดยตำแหน่งที่กำลังหาผู้สมัคร | ตัวอย่างเช่น สำหรับผู้สมัครหัวหน้าฝ่าย/บริการทางคลินิก องค์กรจะต้องการที่จะตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งการบริหารงานก่อนหน้าและประสบการณ์ | ดังนั้น สำหรับตำแหน่งทางด้านคลินิก องค์กรจะต้องการจำนวนปีของประสบการณ์และจึงตรวจสอบระดับของประสบการณ์

##### บุคลากรสายการแพทย์

บุคลากรสายแพทย์หมายถึง แพทย์ ทันตแพทย์ และบุคคลอื่นซึ่งมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้ทำเวชปฏิบัติได้โดยอิสระ (โดยไม่ต้องมีการควบคุมดูแล) และเป็นผู้ให้บริการป้องกันโรค บำบัดรักษา คินสภาพ ศัลยกรรม ฟันฟู สมรรถภาพ หรือบริการทางการแพทย์และทันตกรรมอื่นๆ ให้แก่ผู้ป่วย หรือเป็นผู้ให้บริการแปลผลการตรวจแก่ผู้ป่วย เช่น การตรวจทางพยาธิวิทยา รังสีวิทยา หรือการตรวจชิ้นสุตรทางห้องปฏิบัติการ | การจำแนกประเภทการจ้าง ได้รวม

ทุกประเภทและระดับพนักงาน (ลูกจ้าง, พนักงานกิตติมศักดิ์, จ้างงานตามสัญญา, การเข้าเยี่ยมชม และชุมชนส่วนตัวพนักงาน) | บุคลากรที่เข้าเยี่ยมชมรวมถึง แพทย์ผู้ทำงานแทน (locum tenentes) หรือผู้เชี่ยวชาญรับเชิญ ครู “ชั้นสูง” และบุคคลอื่นๆ ที่อนุญาตให้ให้บริการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว | องค์กรต้องกำหนดนักปฏิบัติงานอื่นๆ เช่น เจ้าหน้าที่บ้าน แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเท่านั้น (hospitalist) และแพทย์ junior doctors ที่ไม่ได้อยู่ในการฝึกอบรม แต่อาจจะหรืออาจจะไม่ได้รับอนุญาตจากองค์กรในการฝึกอย่างอิสระ | คำว่า บุคลากรสายแพทย์รวมแพทย์และผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตให้รักษาบางส่วนหรือทั้งหมด โดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ต่อองค์กร (ตัวอย่างเช่น พนักงานหรือที่ปรึกษาอิสระ) | หมายเหตุ ในบางวัฒนธรรมผู้ปฏิบัติวิชาชีพทางการแพทย์ดั้งเดิม เช่น แพทย์ฝังเข็ม หมอจัดกระดูก และอื่นๆ อาจได้รับอนุญาตตามกฎหมายและองค์กรจะปฏิบัติได้อย่างอิสระ | ดังนั้น ในการพิจารณาบุคลากรสายแพทย์ใช้มาตรฐานเต็มรูปแบบ (ดูที่ GLD.6.2)

## การตรวจสอบ

การตรวจสอบเป็นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสารคุณสมบัติจากแหล่งที่ออกเอกสารคุณสมบัติ | กระบวนการนี้สามารถทำได้โดยการสอบถามไปยังฐานข้อมูลออนไลน์ที่เชื่อถือได้ เช่น บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตในเมืองหรือประเทศของที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ | กระบวนการนี้ยังสามารถทำได้โดยบันทึกการสนทนาทางโทรศัพท์กับแหล่งที่มาของการออกหรือโดยส่งอีเมลหรือไปรษณีย์ธรรมดา | การตรวจสอบเอกสารคุณสมบัติจากนอกประเทศอาจซับซ้อนมากยิ่งขึ้นและบางกรณีเป็นไปได้ | ควรมีหลักฐานของความพยายามตรวจสอบเอกสารคุณสมบัติ | ความพยายามที่น่าเชื่อถือแบ่งเป็นหลายลักษณะ (อย่างน้อยสองครั้งภายใน 60 วัน) (เช่น โทรศัพท์ อีเมล และจดหมาย) พร้อมกับเอกสารของความพยายามและผลลัพธ์

สถานการณ์สามประการต่อไปนี้ถือว่าเป็นวิธีการทดแทนการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary source verification) ที่ยอมรับได้

1. สำหรับองค์กรที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยตรงของส่วนราชการ กระบวนการสอบทานความถูกต้องของราชการ ซึ่งมีระเบียบข้อบังคับของราชการที่โปร่งใสเกี่ยวกับการสอบทานกับแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ ร่วมกับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของราชการ และการให้สถานะเฉพาะ (เช่น ที่ปรึกษา ผู้ชำนาญ และอื่นๆ) เป็นที่ยอมรับ | เช่นเดียวกับกระบวนการตรวจสอบทั้งหมดของบุคคลที่สาม เป็นสิ่งสำคัญเพื่อตรวจสอบว่าบุคคลที่สาม (เช่น หน่วยงานของรัฐ) ดำเนินการกระบวนการตรวจสอบตามที่ระบุในนโยบายหรือระเบียบข้อบังคับและกระบวนการที่เป็นไปตามความคาดหวังที่อธิบายไว้ในมาตรฐานเหล่านี้

2. สำหรับองค์กรทุกแห่ง การมีองค์กรเครือข่าย (affiliated hospital) ซึ่งมีการสอบทานกับแหล่งข้อมูลปฐมภูมิของผู้สมัคร การสอบทานนั้นเป็นที่ยอมรับตราเท่าที่องค์กรเครือข่ายนั้นได้รับการรับรองจาก JCI โดยปฏิบัติตามกระบวนการตรวจสอบที่ระบุไว้ใน SQE.9.1, MEs 1 และ 2 (SQE.9, ME 3, ในมาตรฐานโรงพยาบาล JCI ฉบับที่ 4) อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ | การปฏิบัติอย่างครบถ้วนสมบูรณ์หมายความว่า รายงานการสำรวจขององค์กรอย่างเป็นทางการระบุองค์ประกอบที่วัดได้ครบถ้วน หรือถ้าไม่ครบถ้วนหรือองค์ประกอบที่วัดได้ที่พบบางส่วน ต้องระบุในแผนปรับปรุงกลยุทธ์ (SIP) และปฏิบัติอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

3. สำหรับองค์กรทุกแห่ง มีการสอบทานเอกสารคุณสมบัติโดยองค์กรที่สามซึ่งมีความอิสระ เช่น หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการกำหนด ตราบเท่าที่เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้: องค์กรที่ตัดสินใจบนพื้นฐานของสารสนเทศจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการระบุไว้ ควรสร้างความเชื่อมั่นในความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และความทันสมัยของสารสนเทศดังกล่าว | เพื่อให้มีความเชื่อมั่นต่อสารสนเทศในระดับนี้ องค์กรควรประเมินหน่วยงานที่ส่งมอบสารสนเทศตั้งแต่แรกเริ่มและเป็นระยะหลังจากนั้น เพื่อให้มั่นใจว่าสอดคล้องกับมาตรฐาน JCI

การเข้าใจกระบวนการออกเอกสารคุณสมบัติเป็นสิ่งสำคัญ | ตัวอย่างเช่น หน่วยงานของรัฐบาลที่ออกใบอนุญาตในการฝึกปฏิบัติขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจบางส่วนหรือทั้งหมดดังต่อไปนี้หรือไม่: การตรวจสอบการศึกษา การ



ตรวจสอบความสามารถ การฝึกอบรมโดยสมาคมการแพทย์ หรือสมาชิกและการชำระค่าธรรมเนียม | นอกจากนี้ ถ้า การเข้าโปรแกรมการศึกษาพิเศษขึ้นอยู่กับตรวจสอบการศึกษาและประสบการณ์ล่าสุด องค์กรไม่จำเป็นต้อง ตรวจสอบการศึกษาอีกครั้งหนึ่ง | กระบวนการโดยหน่วยงานของรัฐมีการบันทึกไว้ในองค์กร | ถ้าองค์กรไม่มีความรู้ โดยตรงต่อกระบวนการโดยตัวแทนเพื่อตรวจสอบการศึกษา หรือองค์กรไม่มีโอกาสตรวจสอบกระบวนการของตัวแทน ตามที่กล่าวมา องค์กรต้องดำเนินการตรวจสอบด้วยตนเอง (ดูที่ SQE.13, ME 3 และ SQE.15, ME 3)

ยกเว้นสำหรับ SQE.9.1, ME 1 สำหรับการสำรวจครั้งแรกเท่านั้น การทดสอบทบทวนหลักฐานคุณสมบัติกับแหล่งข้อมูล ปฐมภูมิเป็นสิ่งที่ต้องกระทำสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพใหม่ที่เริ่มงานสิบสอง (12) เดือนก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจเพื่อ การรับรองครั้งแรก | ผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ จะต้องมีการทดสอบทบทวนหลักฐานคุณสมบัติกับแหล่งข้อมูลปฐมภูมิภายในสิบ สองเดือนเมื่อมีการเยี่ยมสำรวจครั้งแรกเพื่อการรับรอง | การปฏิบัตินี้จะเสร็จสมบูรณ์ภายในช่วงเวลาสิบสองเดือนตาม แผนซึ่งให้ความสำคัญกับการทดสอบทบทวนหลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติงานให้บริการที่มีความ เสี่ยงสูง

หมายเหตุ: ข้อกำหนดนี้อ้างอิงถึงการ “สอบทวน” หลักฐานคุณสมบัติเท่านั้น | สำหรับแพทย์ทุกคนจะต้องมีการ รวบรวมและทบทวนหลักฐานคุณสมบัติ และมอบหน้าที่การดูแลผู้ป่วย | ไม่มีการแบ่งเป็นขั้นตอนในกระบวนการนี้

#### การแต่งตั้ง (Appointment)

การแต่งตั้งเป็นกระบวนการของการทบทวนหลักฐานคุณสมบัติของผู้สมัครเมื่อแรกบรรจุเข้าทำงาน เพื่อการตัดสินใจว่า บุคคลที่มีคุณสมบัติที่จะให้บริการดูแลผู้ป่วยตามที่โรงพยาบาลต้องการและโรงพยาบาลสามารถรองรับกับพนักงานที่มี คุณภาพและมีความสามารถทางเทคนิค | สำหรับผู้สมัครเมื่อแรกบรรจุเข้าทำงาน การตรวจสอบข้อมูลเป็นหลักจาก แหล่งภายนอก | นโยบายโรงพยาบาลระบุบุคคลหรือกลไกรับผิดชอบสำหรับการตรวจสอบ เกณฑ์ใดๆ ที่ใช้ในการทำ การตัดสินใจและวิธีการตัดสินใจที่จะได้รับการบันทึกไว้ | นโยบายโรงพยาบาลระบุขั้นตอนการแต่งตั้ง ผู้ปฏิบัติงานที่ เป็นอิสระสำหรับความต้องการฉุกเฉินหรือเป็นระยะเวลาชั่วคราว | สำหรับบุคคลดังกล่าวได้รับการแต่งตั้ง และการระบุ สิทธิจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าใบอนุญาตขั้นต่ำได้รับการยืนยัน

#### การแต่งตั้งใหม่ (Reappointment)

การแต่งตั้งใหม่เป็นกระบวนการของการตรวจสอบแฟ้มบุคลากรสายแพทย์ เพื่อการตรวจสอบ

- ว่าผู้ประกอบวิชาชีพรายนั้นยังคงได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ไม่ได้ถูกลงโทษโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือ ประกาศนียบัตร
- มีเอกสารหลักฐานที่เพียงพอสำหรับการขอหรือขยายสิทธิการดูแลผู้ป่วยหรือหน้าที่ภายในองค์กร และ
- มีความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยโดยไม่ต้องมีการควบคุมดูแล

ข้อมูลเพื่อการตรวจสอบนี้มาจากทั้งภายในและภายนอก | เมื่อแผนกคลินิก/หน่วยบริการ (ตัวอย่างเช่น บริการเฉพาะ ทางสาขาต่อยอด (subspecialty) ไม่มีผู้ควบคุมดูแล/ผู้นำ นโยบายองค์กรกำหนดว่าใครเป็นผู้ตรวจสอบผู้ประกอบ วิชาชีพในแผนก/หน่วยบริการ | แฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายแพทย์ควรเป็นแหล่งข้อมูลที่มีการเคลื่อนไหว และมีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง | ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคลากรสายแพทย์แสดงใบรับรองของความสำเร็จที่เกี่ยวข้องกับการ ฝึกอบรมเฉพาะทางขั้นสูง หลักฐานคุณสมบัติใหม่ควรจะตรวจสอบได้ทันทีจากแหล่งที่ออก | ในทำนองเดียวกัน เมื่อ หน่วยงานจากภายนอกค้นพบว่า มีเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการคาดการณ์มาก่อนที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาย แพทย์และมีการลงโทษ ควรมีการประเมินหน้าที่ทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์ใหม่ทันที | เพื่อให้มั่นใจว่าแฟ้ม

บุคลากรสายแพทย์สมบูรณ์และถูกต้อง มีการทบทวนเอกสารอย่างน้อยทุกสามปี และหมายเหตุในแฟ้มระบุถึงการดำเนินการหรือการไม่ดำเนินการที่จำเป็นและการแต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

สมาชิกบุคลากรสายแพทย์อาจจะไม่ได้รับอนุญาตเข้าทำงานถ้าองค์กรไม่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นพิเศษ หรือมีพนักงานที่สนับสนุนการปฏิบัติทางวิชาชีพของบุคคลนั้น | ตัวอย่างเช่น นักไตรวิทยาค้นหาการบริการฟอกไตในองค์กร อาจไม่ได้เป็นบุคลากรสายแพทย์ถ้าองค์กรนั้นไม่มีการให้บริการดังกล่าว

เมื่อการขอใบอนุญาต/การลงทะเบียนได้รับการยืนยันจากแหล่งภายนอก แต่เป็นเอกสารอื่น เช่น การศึกษาและการฝึกอบรม จะต้องมีการตรวจสอบบุคคลที่ได้รับอนุญาตให้เป็นบุคลากรสายแพทย์และสิทธิพิเศษสำหรับผู้สมัคร | อย่างไรก็ตาม บุคคลเหล่านี้อาจจะไม่ปฏิบัติตามอิสระจนกว่าหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดได้รับการตรวจสอบ | การกำกับดูแลดังกล่าวกำหนดไว้อย่างชัดเจนในนโยบายขององค์กรให้เป็นไปตามระดับ เงื่อนไข และระยะเวลา (ดูที่ SQE.1.1, SQE.3, และ SQE.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.9

- 1. มีกระบวนการระบุไว้ในนโยบายสำหรับการทบทวนแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายแพทย์แต่ละคน
- 2. มีการระบุตัวผู้ที่ได้รับอนุญาตโดยกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และองค์กร ให้ดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล
- 3. มีการเก็บสำเนาหลักฐานคุณสมบัติที่ต้องการ (หลักฐานการศึกษา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การขึ้นทะเบียน ฯลฯ) ตามข้อกำหนดและนโยบายขององค์กรสำหรับบุคลากรสายแพทย์แต่ละคนไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคล หรือในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของแต่ละคนที่แยกไว้เฉพาะ
- 4. มีการเก็บสำเนาหลักฐานคุณสมบัติอื่นทั้งหมด ตามข้อกำหนดและนโยบายขององค์กรสำหรับบุคลากรสายแพทย์แต่ละคนไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคล หรือในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของแต่ละคนที่แยกไว้เฉพาะ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.9.1

- 1. มีการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติ (หลักฐานการศึกษา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การขึ้นทะเบียน ฯลฯ) กับหน่วยงานซึ่งเป็นผู้ออกหลักฐานดังกล่าว
- 2. มีการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติอื่นที่กำหนดโดยองค์กร กับหน่วยงานซึ่งเป็นผู้ออกหลักฐานดังกล่าว เมื่อต้องการโดยนโยบายองค์กร
- 3. เมื่อมีการตรวจสอบโดยบุคคลที่สาม องค์กรจะต้องตรวจสอบบุคคลที่สาม (ตัวอย่างเช่น หน่วยงานของรัฐ) ตามที่อธิบายไว้ในการกำหนดนโยบายหรือกฎระเบียบและกระบวนการตามความคาดหวังที่ระบุไว้ในเจตนา

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.9.2

- 1. การแต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์จะทำตามนโยบายขององค์กรและมีความสอดคล้องกับประชากรผู้ป่วยในองค์กร เป้าหมายและการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- 2. การแต่งตั้งจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าใบอนุญาต/การลงทะเบียนได้รับการยืนยันจากหน่วยงานซึ่งเป็นผู้ออกหลักฐาน และบุคลากรสายแพทย์จะให้บริการดูแลผู้ป่วยภายใต้การดูแล จนกว่าหลักฐานคุณสมบัติตามที่กฎหมายและกฎระเบียบที่ได้รับการยืนยันจากหน่วยงานซึ่งเป็นผู้ออกหลักฐาน
- 3. วิธีการของการกำกับดูแล ความถี่ของการกำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่รับผิดชอบ ได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของแต่ละบุคคล

## ♥ SQE.10 | การกำหนดสิทธิทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์ The Assignment of Medical Staff Clinical Privileges

### SQE การกำหนดสิทธิทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์

#### มาตรฐาน SQE.10

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่ใช้หลักฐาน เป็นธรรม มีมาตรฐาน (standardized, objective, evidence-based procedure) ในการมอบสิทธิแก่บุคลากรสายแพทย์ที่จะรับและรักษาผู้ป่วย และให้บริการทางคลินิกอื่น อย่างสอดคล้องกับคุณสมบัติของบุคลากรผู้นั้น (P)

#### เจตนาของ SQE.10

การกำหนดความสามารถด้านคลินิกที่เป็นปัจจุบัน และการตัดสินใจว่าจะอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพทำการดูแลด้านคลินิกอะไรบ้าง มักจะเรียกว่า “การให้สิทธิ” (privileging) เป็นการตัดสินใจที่สำคัญยิ่งที่องค์กรทำเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพบริการทางคลินิก

การตัดสินใจให้สิทธิการดูแลผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าทำงานในองค์กรมีดังต่อไปนี้:

- การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพทางคลินิก และทำให้สิทธิประโยชน์ทางคลินิกที่ได้รับขึ้นอยู่กับข้อมูลและเอกสารที่ได้รับจากภายนอกองค์กร | แหล่งข้อมูลอาจรวมถึงโปรแกรมการศึกษาพิเศษ จดหมายจากที่ทำงานเดิม และ/หรือ เพื่อนร่วมงานที่ใกล้ชิด และข้อมูลที่มีคุณภาพที่มาจากองค์กร | โดยทั่วไป แหล่งข้อมูลเหล่านี้ นอกเหนือจากสถาบันการศึกษา เช่น โปรแกรมการศึกษาพิเศษ ไม่ได้มีการตรวจสอบจากแหล่งที่มาเว้นแต่มีความจำเป็นโดยนโยบายองค์กร | ถึงแม้ว่าแหล่งภายนอกอาจจะไม่ให้ความชัดเจน หลักฐานที่เป็นรูปธรรมของความสามารถทางคลินิกในปัจจุบัน อย่างน้อยจะมีการระบุความเชี่ยวชาญไว้ | มีการตรวจสอบการปฏิบัติตามความเชี่ยวชาญในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ดูที่ SQE.11)
- ไม่มีทางที่ดีที่สุดที่จะวิเคราะห์การดำเนินการกิจกรรมทางคลินิกของบุคลากรด้านคลินิกใหม่ | อาจมีการระบุไว้สำหรับโปรแกรมการฝึกอบรมพิเศษ และระบุรายการความสามารถของการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยเป็นพิเศษ องค์กรกำหนดสิทธิในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยสำหรับความเชี่ยวชาญพิเศษเหล่านั้น | องค์กรอื่นๆ อาจเลือกที่จะระบุรายการในรายละเอียดแต่ละประเภทของผู้ป่วยและแต่ละขั้นตอนการรักษา (ดูที่ AOP.1, ME 3; ASC.3.1; MMU.4.2 และ MMU.6)
- ในแต่ละความเชี่ยวชาญพิเศษ มีการกำหนดกระบวนการในการให้สิทธิอย่างเป็นรูปแบบ อย่างไรก็ตาม กระบวนการอาจจะไม่เหมือนกันในทุกความเชี่ยวชาญ | ดังนั้นสิทธิจะแตกต่างกันสำหรับศัลยแพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ ทันตแพทย์หรือนักรังสีวิทยา เช่น แต่ในแต่ละกลุ่มเหล่านี้กระบวนการสำหรับการอธิบายสิทธิจะเป็นมาตรฐาน | สำหรับผู้ปฏิบัติงานในครอบครัว ผู้ปฏิบัติงานการดูแลรักษาเบื้องต้นและอื่น ๆ ที่ให้ความหลากหลายของยาทั่วไป สูติศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และบริการอื่น ๆ การอธิบายสิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้ระบุถึง “ความเชี่ยวชาญ” ที่สามารถให้บริการ
- การตัดสินใจการให้สิทธิความเชี่ยวชาญเชื่อมโยงกับกระบวนการอื่นๆ รวมถึง
  - การคัดเลือกโดยผู้นำของแผนก/หน่วยบริการว่ากระบวนการใดที่ได้รับการตรวจติดตามโดยการเก็บข้อมูล (ดูที่ GLD.11.1 และ SQE.1.1)
  - การนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ในกระบวนการตรวจติดตามและการประเมินอย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสายแพทย์ของแผนก/หน่วยบริการ (ดูที่ SQE.11) และ
  - การใช้ข้อมูลในการตรวจติดตามในกระบวนการแต่งตั้งใหม่และการต่ออายุการทำงาน (ดูที่ SQE.12)
- นอกจากสิทธิที่ได้รับอนุญาตสัมพันธ์กับการศึกษาและการฝึกอบรม องค์กรระบุความเชี่ยวชาญที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การบริหารยาเคมีบำบัด การใช้ยาในชั้นอื่นๆ หรือ ขั้นตอนที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งบุคลากรสายแพทย์มีการกำหนดหรือ

ปฏิเสธรสติดังกล่าว | ขั้นตอน การใช้ยาหรือบริการอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงสูง, จะมีการระบุโดยเฉพาะในแต่ละ ความเชี่ยวชาญและมีหลักฐานที่เห็นได้ชัดในขั้นตอนการอธิบายความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ บางขั้นตอนอาจมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ เช่น การใช้หุ่นยนต์และคอมพิวเตอร์อื่น ๆ หรือเทคโนโลยีการผ่าตัดระยะไกลหรือเทคโนโลยีในการรักษาโรค (therapeutic technology) | นอกจากนี้ยังมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ปลูกถ่ายต้องใช้ทักษะในการปลูก การสอบเทียบและการตรวจสอบสัทธิที่ได้รับอนุญาต (ดูที่ ASC.7.4)

- นอกจากนี้สิทธิที่ไม่ได้รับอนุญาตถ้าองค์กรไม่ได้มีเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นพิเศษหรือพนักงานสนับสนุนการใช้ ความเชี่ยวชาญพิเศษ ตัวอย่างเช่น ไตวิทยาที่มีอำนาจที่จะทำล้างไต หรือจะไม่ได้รับสิทธิทำงานสำหรับความสามารถที่จะ ใส่ขดลวดเพื่อรักษาโรคหัวใจ ถ้าองค์กรไม่ได้ให้บริการดังกล่าว

- เมื่อการยื่นคำขอใบอนุญาต/การลงทะเบียนได้รับการยืนยันจากแหล่งที่ออก แต่เอกสารอื่น ๆ เช่น การศึกษาและการ ฝึกอบรมจะต้องได้รับการตรวจสอบก่อนที่จะมีการระบุสิทธิทำงานสำหรับการสมัคร อย่างไรก็ตามผู้สมัครเหล่านี้อาจไม่ ปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระจนกระทั่งหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดได้รับการตรวจสอบโดยกระบวนการที่อธิบายข้างต้น การกำกับดูแลดังกล่าวกำหนดไว้อย่างชัดเจนในนโยบายขององค์กรให้เป็นไปตามระดับ เงื่อนไข และระยะเวลา

หมายเหตุ: เมื่อบุคลากรสายแพทย์มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการบริหาร เช่น เป็นประธานหรือหัวหน้าของแผนกคลินิก งานบริหารขององค์กร หรือตำแหน่งอื่นๆ ดังกล่าว ความรับผิดชอบต่อบทบาทนี้จะมีการระบุในคำบรรยายลักษณะงาน (ดูที่ SQE.1.1) | มีการระบุการตรวจสอบแหล่งที่มาหลักของหลักฐานคุณสมบัติในนโยบายขององค์กร เพื่อสนับสนุนบทบาท ของการบริหารนี้

ขั้นตอนการอธิบายสิทธิการทำงาน

- เป็นมาตรฐาน มีวัตถุประสงค์ และมีหลักฐาน
- มีการบันทึกไว้ในนโยบายขององค์กร
- มีการใช้งานอย่างต่อเนื่องและเป็นหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายแพทย์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
- มีการปฏิบัติตามโดยบุคลากรสายแพทย์สำหรับทุกระดับ และ
- สามารถแสดงให้เห็นวิธีการที่เป็นขั้นตอนที่มีการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีการจัดทำข้อมูลสิทธิทางคลินิก ให้บุคคลหรือหน่วยงานในองค์กร (เช่น ห้องผ่าตัด แผนกฉุกเฉิน) ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพ จะให้บริการ ในรูปแบบของสิ่งพิมพ์ อิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีการอื่น | บุคลากรสายแพทย์ให้สำเนาสิทธิทางคลินิก | มีการ สื่อสารข้อมูลที่มีการปรับปรุงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์ (ดูที่ GLD.6.2 และ SQE.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.10

- มีขั้นตอนการอธิบายสิทธิการทำงานตาม a) ถึง e) ในหัวข้อเจตนา
- มีการจัดทำข้อมูลสิทธิทางคลินิก ให้บุคคลหรือหน่วยงานในองค์กร (เช่น ห้องผ่าตัด แผนกฉุกเฉิน) ซึ่งผู้ประกอบ วิชาชีพจะให้บริการ ในรูปแบบของสิ่งพิมพ์ อิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีการอื่น
- บุคลากรสายแพทย์ให้บริการด้วยความเชี่ยวชาญพิเศษเมื่อได้รับอนุญาตจากองค์กรเท่านั้น

## ♥ SQE.11 | การตรวจสอบและประเมินผลบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง Ongoing Monitoring and Evaluation of Medical Staff Members

SQE การตรวจสอบและประเมินผลบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน SQE.11

องค์กรใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐานและต่อเนื่อง ในการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วย โดยบุคลากรสายแพทย์แต่ละคน

เจตนาของ SQE.11

คำอธิบายคำศัพท์และความคาดหวังในมาตรฐานนี้มีดังต่อไปนี้:

การตรวจสอบและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย กระบวนการของการสะสมและวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศอย่างต่อเนื่องในพฤติกรรม ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์ | ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการรับผิดชอบต่อการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศของบุคลากรสายแพทย์และดำเนินการที่เหมาะสม | การดำเนินการโดยทันทีทำได้โดยปรึกษาบุคลากร กำหนดให้อยู่ในการควบคุมดูแล จำกัดสิทธิ หรือการขี้นัดอื่นเพื่อจำกัดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและเพื่อปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ | การดำเนินการในระยะยาวรวมถึงการรวมข้อมูลและสารสนเทศเข้าด้วยกันเพื่อแนะนำบุคลากรสายแพทย์และผู้มีสิทธิในคลินิกที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง | กระบวนการนี้จัดทำขึ้นอย่างน้อยทุกๆ สามปี | การดำเนินการอื่นอาจทำได้โดยจัดบันทึกข้อมูลและสารสนเทศเพื่อให้บุคลากรสายแพทย์อื่นๆ ทราบถึงพฤติกรรมและหลักฐานผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน

การตรวจสอบและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของสมาชิกในบุคลากรสายแพทย์ให้ข้อมูลที่สำคัญในการดำเนินการของการรักษาบุคลากรสายแพทย์ไว้และถึงกระบวนการของการให้สิทธิประโยชน์ทางคลินิก (ดูที่ SQE.9 ถึง SQE.9.2) | แม้ว่าต่ออายุสมาชิกและการให้สิทธิประโยชน์ทางคลินิกในรอบสามปีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคลากรสายแพทย์ กระบวนการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทำอย่างต่อเนื่องและมีการเคลื่อนไหว | เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับคุณภาพและปลอดภัยที่สำคัญของผู้ป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ ถ้าประสิทธิภาพการทำงานทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์ ไม่ได้มีการสื่อสารและการดำเนินการเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น

กระบวนการของการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องและการประเมินผลมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- ปรับปรุงการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องให้มีคุณภาพสูงและดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
- กำหนดพื้นฐานสำหรับการลดความแตกต่างในการทำงานภายในแผนก/หน่วยบริการโดยการเปรียบเทียบระหว่างเพื่อนร่วมงานและพัฒนาแนวทางการปฏิบัติและเครือข่ายทางคลินิก และ
- กำหนดพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงผลลัพธ์ของทั้งแผนก/หน่วยบริการโดยการเปรียบเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติภายนอกองค์กรและการวิจัยที่ตีพิมพ์และผลลัพธ์ทางคลินิก

การตรวจสอบและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของบุคลากรสายแพทย์ครอบคลุมสามหัวข้อ – พฤติกรรม ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิก

พฤติกรรม

บุคลากรสายแพทย์เป็นตัวอย่างและเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร | วัฒนธรรมความปลอดภัยมีลักษณะพิเศษด้วยการมีส่วนร่วมเต็มรูปแบบโดยเจ้าหน้าที่ทุกคนโดยไม่ต้องกลัวการแก้แค้นหรือไม่มี

ความสำคัญ | วัฒนธรรมที่ยังปลอดภัยรวมถึงความเคารพเป็นอย่างสูงระหว่างกลุ่มทางวิชาชีพที่ไม่มีพฤติกรรมก่อวนและอื่นๆ | ความคิดเห็นของพนักงานจากการสำรวจและรูปแบบอื่น ๆ สามารถสร้างพฤติกรรมที่ต้องการและสามารถสนับสนุนบทบาทของบุคลากรสายแพทย์

การประเมินพฤติกรรม รวมถึง

- การประเมินว่าบุคลากรสายแพทย์มีความเข้าใจและสนับสนุนมาตรการทางพฤติกรรมขององค์กรและมีการระบุพฤติกรรมที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้
- มีการระบุไว้ว่าการไม่มีรายงานพฤติกรรมโดยบุคลากรสายแพทย์เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ และ
- การรวบรวม การวิเคราะห์ และการใช้สารสนเทศและข้อมูลจากการสำรวจบุคลากรและแหล่งอื่นๆ ที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

กระบวนการตรวจสอบและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบ ควรระบุความสำเร็จและความท้าทายที่เกี่ยวข้องของบุคลากรสายแพทย์ในความพยายามที่จะเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างเต็มรูปแบบในวัฒนธรรมที่ปลอดภัยและเหมาะสม

ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (แก้คำผิด)

บุคลากรสายแพทย์มีความก้าวหน้าและมีประสบการณ์ในองค์กรในการที่พวกเขาปฏิบัติงานอย่างมีวิวัฒนาการ แนะนำกลุ่มผู้ป่วย เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ทางคลินิกใหม่ๆ | บุคลากรสายแพทย์ที่มีการศึกษาที่แตกต่างกัน จะสะท้อนให้เห็นถึงการเจริญเติบโตและการพัฒนาต่อไปในมิติที่สำคัญของการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ:

a) การดูแลผู้ป่วย รวมถึงการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเมตตา เหมาะสมและมีประสิทธิผลสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (มาตรการที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงความถี่ของการบริการป้องกันและรายงานจากผู้ป่วยและครอบครัว) (ดูที่ PFR.3)

b) ความรู้ทางการแพทย์/คลินิก รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการจัดตั้งและการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์ ด้านคลินิก ด้านโรคระบาด และด้านสังคมศาสตร์ รวมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการให้ศึกษาแก่ผู้อื่น (มาตรการที่อาจเกิดขึ้นรวมถึง การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้ง การปรับตัวและการแก้ไขแนวทางการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการประชุมวิชาชีพและการตีพิมพ์ผลงานวิจัย) (ดูที่ GLD.11.2)

c) การเรียนรู้จากการปฏิบัติและการปรับปรุง รวมถึงการใช้หลักฐานและวิธีการ ทางวิทยาศาสตร์ เพื่อสืบค้น (investigate) ประเมิน และปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับประเมินตนเองและการเรียนรู้ตลอดชีวิต (ตัวอย่างของมาตรการที่เป็นไปได้ รวมถึงการสอบถาม/การวิจัยทางคลินิกด้วยความอยากรู้ของตนเอง การได้รับสิทธิประโยชน์ทางคลินิกใหม่บนพื้นฐานของการศึกษาและการมีทักษะใหม่ และมีส่วนร่วมในการประชุมความต้องการพิเศษทางวิชาชีพหรือ การศึกษาอย่างต่อเนื่องตามที่กำหนดของใบอนุญาต)

d) ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร รวมทั้งผู้ประกอบวิชาชีพสามารถสร้างและคงไว้สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย ครอบครัว และสมาชิกในทีมดูแลสุขภาพอื่นๆ (ตัวอย่างของมาตรการที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการเข้าร่วมในรอบการเรียนการสอน การให้คำปรึกษากับทีมงาน ความเป็นผู้นำ และการให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว)

e) ความเป็นวิชาชีพ รวมถึง ความมุ่งมั่นในการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเข้าใจและมีความไวต่อความหลากหลาย และทัศนคติที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย วิชาชีพและสังคม (ตัวอย่างของมาตรการที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการเป็นผู้นำความคิดระหว่างบุคลากรสายแพทย์ เมื่อมีปัญหาวงทางคลินิกและวิชาชีพ การให้บริการบนหลักจริยธรรมหรือการอภิปรายประเด็นด้านจริยธรรม การรักษาตารางเวลาที่ได้รับการแต่งตั้ง และการมีส่วนร่วมในชุมชน)

f) การปฏิบัติบนพื้นฐานเชิงระบบ (system-based practices) รวมทั้งการรับรู้และตอบสนองต่อเนื้อหาและระบบการดูแลสุขภาพ เช่นเดียวกับความสามารถในการเรียกใช้ทรัพยากรอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระบบเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด (ตัวอย่างของมาตรการที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการทำความเข้าใจความหมายที่ใช้บ่อยในระบบโรงพยาบาล เช่นระบบยา และตระหนักถึงผลกระทบของการใช้มากเกินไป ใช้น้อยเกินไป และการใช้ที่ไม่ถูกต้อง)

g) การให้บริการโดยทรัพยากร รวมถึงความเข้าใจในความจำเป็นในการดูแลทรัพยากรและการฝึกการดูแลค่าใช้จ่าย รวมทั้งหลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยที่ใช้มากเกินไปและใช้ผิดวัตถุประสงค์ และการรักษาที่ไม่ได้รับประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย แต่เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ (ตัวอย่างของมาตรการที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการซื้อที่สำคัญ ภายในพื้นที่การปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในความพยายามที่จะเข้าใจการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและการตระหนักถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้จ่ายเงินของการบริการ) (ดูที่ GLD.7)

ขั้นตอนในการตรวจสอบและการประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบ ควรตระหนักที่เกี่ยวข้องความสำเร็จและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสายแพทย์เหล่านี้โดยมีความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

#### ผลลัพธ์ทางคลินิก

ขั้นตอนในการตรวจสอบและการประเมินอย่างต่อเนื่องสำหรับการตรวจสอบข้อมูลของบุคลากรสายแพทย์ใช้กันโดยทั่วไป เช่นเดียวกับ ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ทางคลินิกของสมาชิกและผู้ให้บริการโดยเฉพาะ

แหล่งข้อมูลในระดับองค์กร | องค์กรเก็บรวบรวมความหลากหลายของข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดการ ตัวอย่างเช่น การรายงานไปยังหน่วยงานด้านสุขภาพที่จะสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรหรือการชำระเงินค่าบริการ | เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของบุคลากรสายแพทย์ของแต่ละบุคคล เช่นข้อมูลในระดับองค์กร

- จะต้องมี การเก็บรวบรวมไว้ในลักษณะที่ผู้ปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลได้อย่างง่ายดายสามารถระบุได้
- ต้องเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์ของแต่ละบุคคล และ
- สามารถวัดประสิทธิผลภายในและ/หรือภายนอกที่จะเข้าใจรูปแบบการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล

ตัวอย่างของแหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้ดังกล่าว รวมถึงระยะเวลาในการเข้าพัก ความถี่ของการทดสอบวินิจฉัย การใช้เลือด และการใช้ยาบางชนิดอื่นๆ

แหล่งข้อมูลเฉพาะแผนก | ข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวมในระดับของแต่ละแผนก/หน่วยบริการ | ผู้นำของแผนก/หน่วยบริการกำหนดลำดับความสำคัญสำหรับการตรวจวัดในแผนกเพื่อวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบรวมทั้งการปรับปรุง | มีมาตรการเฉพาะในการให้บริการและสิทธิประโยชน์ทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์ในแต่ละแผนก | เช่นเดียวกับข้อมูลในระดับองค์กร เป็นประโยชน์ในการประเมินผลของแต่ละสมาชิกในแผนก/หน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลดังกล่าว

- จะต้องมี การเก็บรวบรวมในลักษณะดังกล่าวที่ผู้ปฏิบัติงานแต่ละบุคคลสามารถระบุได้อย่างง่ายดาย
- ต้องเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์แต่ละบุคคล และ
- สามารถวัดประสิทธิผลภายในและ/หรือภายนอกของแผนก/หน่วยบริการ เพื่อที่จะเข้าใจรูปแบบการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล

ตัวอย่างของข้อมูลของแผนก/หน่วยบริการที่เป็นไปได้ดังกล่าว รวมถึงความถี่ของการดำเนินการทางคลินิกภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ และการใช้ทรัพยากรเช่นที่ปรึกษา | นอกจากนี้ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะทราบว่าไม่ได้เป็นที่คาดหวังว่าแผนก/หน่วยบริการใดๆ จะมีความสามารถหรือความต้องการในการตรวจสอบทุกสิทธิที่ระบุไว้ของผู้ประกอบวิชาชีพ

ทุกคน | มีความเป็นไปได้มากขึ้นในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการบริการที่สำคัญหรือแง่มุมของการบริการที่สำคัญในระดับแผนกสำหรับสิทธิที่สมาชิกในทีมมีในแผนก/หน่วยบริการ ทั้งหมดหรือมากที่สุด | ดังนั้นไม่มีข้อมูลเพียงหนึ่งชุดที่จะพอเพียงในการตรวจสอบและประเมินผลการบุคลากรสายแพทย์ทุกคน | ข้อมูลที่เป็นตัวเลือก ความถี่ของการตรวจสอบและการวิเคราะห์ และการใช้งานจริงของข้อมูลและเอกสารในการบันทึกของบุคลากรสายแพทย์ที่มีความเฉพาะเจาะจงมากต่อแผนก/หน่วยบริการ ต่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และต่อสิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพ | การตรวจสอบและประเมินผลของบุคลากรสายแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุนโดยแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย รวมทั้งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และกระดาษ การสังเกตการณ์ และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

ขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญคือการถามคำถาม: “การเปรียบเทียบผู้ประกอบการวิชาชีพกับเพื่อนร่วมงานคนอื่นๆ ภายในแผนก และการเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมวิชาชีพในโรงพยาบาลอื่นๆ ในภูมิภาคหรือ ประเทศ ทำอย่างไร?” การเปรียบเทียบภายในองค์กรเป็นการลดการเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติและผลลัพธ์ภายใน แผนกและเป็นเรียนรู้จากการปฏิบัติที่ดีที่สุดภายในแผนก | การเปรียบเทียบจากภายนอกเพื่อให้แน่ใจว่าองค์กรประสบความสำเร็จในการปฏิบัติที่ดีที่สุดในอาชีพที่เกี่ยวข้อง | แต่ละแผนกจะมีฐานข้อมูลซึ่งเป็นความรู้ของผู้ประกอบวิชาชีพ แนวปฏิบัติทางคลินิก และแหล่งข้อมูลบทความทางวิทยาศาสตร์ที่อธิบายมาตรฐานการปฏิบัติงานที่เป็นที่น่าพอใจ | ตัวอย่างเช่นการลงทะเบียนเนื่องอกจะมีประโยชน์ หรือข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพโดยใช้หลักวิทยาศาสตร์เดียวกัน (แนวปฏิบัติทางคลินิก) | ในทำนองเดียวกันสมาคมศาสตร์ระดับประเทศหรือระดับต่างประเทศอาจเก็บรวบรวมข้อมูลผลการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนไว้

ในบทสรุป ขั้นตอนการตรวจสอบและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของบุคลากรสายแพทย์

- เป็นมาตรฐานตามประเภทของบุคลากรสายแพทย์และ/หรือแผนกหรือหน่วยบริการทางคลินิก
- ใช้ข้อมูลการตรวจสอบและข้อมูลสำหรับการเปรียบเทียบภายในเพื่อลดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิก
- ใช้ข้อมูลการตรวจสอบและข้อมูลสำหรับการเปรียบเทียบภายนอกที่มีสามารถใช้ได้ ตรงตามวัตถุประสงค์ หลักฐานที่ใช้ปฏิบัติที่ดีที่สุด หรือแหล่งข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน
- จะดำเนินการโดยผู้นำของแต่ละแผนกหรือหน่วยบริการ ผู้จัดการอาวุโสทางการแพทย์ หรือผู้ตรวจสอบบุคลากรสายแพทย์
- รวมถึงการตรวจสอบและประเมินผลของบุคลากรสายแพทย์อาวุโสและหัวหน้าแผนกโดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เหมาะสม (ดูที่ GLD.11.1, ME 1) และ
- ให้ข้อมูลที่ถูกรับบันทึกไว้ในแฟ้มบุคลากรสายแพทย์ รวมทั้งผลของการสอบทาน การดำเนินการ และผลกระทบจากการกระทำของผู้ที่มีสิทธิ (ถ้ามี)

ในที่สุด ขณะที่กระบวนการของการตรวจสอบและการประเมินผลของบุคลากรสายแพทย์มีวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง และข้อมูลและสารสนเทศอาจมีการสะสมอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการตรวจสอบนโยบายองค์กรอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ในช่วงระยะเวลา 12 เดือน | การตรวจสอบจะดำเนินการโดยหัวหน้าของแผนกหรือหน่วยบริการ ผู้จัดการอาวุโสทางการแพทย์ หรือผู้ตรวจสอบบุคลากรสายแพทย์ | มีการบันทึกผลการวิจัย บทสรุป และการกระทำใด ๆ หรือคำแนะนำไว้ในแฟ้มบุคลากรสายแพทย์ | เมื่อมีการค้นพบที่ส่งผลกระทบต่อแต่งตั้งหรือสิทธิทำงานของบุคลากรสายแพทย์ มีกระบวนการที่จะดำเนินการกับการค้นพบดังกล่าวทันที | มีการบันทึกการดำเนินการโดยทันที “สำหรับสาเหตุ” ดังกล่าวไว้ในแฟ้มของผู้ประกอบวิชาชีพและจะสะท้อนให้เห็นในรายการของสิทธิทางคลินิก | การแจ้งเตือนจะถูกส่งไปที่หน่วยงานที่ผู้ประกอบการวิชาชีพให้บริการ (ดูที่ QPS.4 และ SQE.3)



องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.11

- 1. มีการติดตามและประเมินผลการประกอบวิชาชีพของบุคลากรสายแพทย์แต่ละคนอย่างต่อเนื่อง ใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐานของแต่ละแผนก/หน่วยบริการตามนโยบายขององค์กร (ดูที่ SQE.3, ME 5)
- 2. มีการติดตามและประเมินผลระดับถึงความสำเร็จและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสายแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์เปรียบเทียบกับบุคลากรสายแพทย์ในแผนก/หน่วยบริการอื่น
- 3. มีการทบทวนผลลัพธ์ทางคลินิกจากข้อมูลและสารสนเทศที่มีอยู่ของบุคลากรสายแพทย์ กับวัตถุประสงค์และหลักฐานที่ใช้ปฏิบัติ ที่มีอยู่ สำหรับมาตรฐานภายนอกองค์กร
- 4. มีการทบทวนข้อมูลและสารสนเทศจากการติดตามอย่างน้อยทุกๆ 12 เดือน โดยผู้นำของแต่ละแผนกหรือหน่วยบริการ ผู้จัดการอาวุโสทางการแพทย์ หรือผู้ตรวจสอบบุคลากรสายแพทย์ และมีการบันทึกผลลัพธ์ ข้อสรุป และการดำเนินการไว้ในแฟ้มข้อมูลหลักฐานคุณสมบัติหรือแฟ้มข้อมูลอื่นๆ ของบุคลากรสายแพทย์
- 5. เมื่อมีการค้นพบที่ส่งผลกระทบต่อแต่งตั้งหรือสิทธิทำงานของบุคลากรสายแพทย์ มีกระบวนการที่จะดำเนินการกับการค้นพบดังกล่าวทันที มีการบันทึกการดำเนินการโดยทันที “สำหรับสาเหตุ” ดังกล่าวไว้ในแฟ้มของผู้ประกอบวิชาชีพและจะสะท้อนให้เห็นในรายการของสิทธิทางคลินิก การแจ้งเตือนจะถูกส่งไปที่หน่วยงานที่ผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการ

### ♥ SQE.12 | การแต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์ใหม่และการต่ออายุสิทธิทางคลินิก Medical Staff

Reappointment and Renewal of Clinical Privileges

SQE การแต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์ใหม่และการต่ออายุสิทธิทางคลินิก

มาตรฐาน SQE.12

องค์กรกำหนดการตรวจสอบและประเมินผลของบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุกๆ สามปี ว่าจะมีการต่อสมาชิกภาพและมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์หรือไม่ (P)

เจตนาของ SQE.12

คำอธิบายคำศัพท์และความคาดหวังในมาตรฐานนี้มีดังต่อไปนี้:

การแต่งตั้งใหม่

การแต่งตั้งใหม่เป็นกระบวนการของการตรวจสอบบุคลากรสายแพทย์อย่างน้อยทุกๆ สามปี เพื่อตรวจสอบ

- หลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน
- ว่าบุคลากรสายแพทย์ไม่ได้ถูกดำเนินการทางวินัยจากหน่วยงานที่ออกใบอนุญาตและให้การรับรอง
- ว่ามีแฟ้มเอกสารเพียงพอที่จะหาสิทธิใหม่หรือขยายสิทธิหรือหน้าที่ในองค์กร และ
- ว่าบุคลากรสายแพทย์มีความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่สามารถดูแลผู้ป่วยและให้การรักษาโดยไม่มีผู้ควบคุมดูแล

ข้อมูลเพื่อการตรวจสอบนี้จะถูกรวบรวมจากข้อมูลภายใน การตรวจสอบและการประเมินผลของบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจากแหล่งภายนอก เช่น การกำกับดูแล องค์กรหรือหน่วยงานวิชาชีพ | มีการระบุบุคคลดังกล่าวในนโยบายองค์กร เช่น ผู้นำในการให้บริการพิเศษ หรือกลไก เช่น มีสำนักงานบุคลากรสายแพทย์ เมื่อผู้นำของแผนก/หน่วยบริการไม่สามารถรับผิดชอบต่อการตรวจสอบนี้ได้ มีการบันทึกไว้สำหรับกรณีใดๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจ และวิธีการตัดสินใจ | แฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ควรจะเป็นแหล่งข้อมูลที่มีการเคลื่อนไหวและมีการทบทวนอย่างต่อเนื่อง | ตัวอย่างเช่นเมื่อบุคลากรสายแพทย์นำเสนอใบรับรองของความสำเร็จที่เกี่ยวข้องกับปริญญา

ที่สูงขึ้นหรือการฝึกอบรมพิเศษขั้นสูง หลักฐานคุณสมบัติใหม่ควรตรวจสอบได้ทันทีจากแหล่งที่ออก | ในทำนองเดียวกัน เมื่อหน่วยงานจากภายนอกค้นพบว่า มีเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่มี การคาดการณ์มาก่อนที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์และมีการลงโทษ ควรมีการประเมินหน้าที่ทางคลินิกของบุคลากรทางการแพทย์ใหม่ทันที | เพื่อให้มั่นใจว่าแฟ้มบุคลากรสายแพทย์สมบูรณ์และถูกต้อง มีการทบทวนเอกสารอย่างน้อยทุกสามปี และหมายเหตุในแฟ้มระบุถึงการดำเนินการหรือการไม่ดำเนินการที่จำเป็นและการแต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ข้อควรพิจารณาเกี่ยวกับการอธิบายการแต่งตั้งสิทธิทางคลินิกใหม่ รวมถึงต่อไปนี้:

- เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อาจจะได้รับสิทธิพิเศษเพิ่มเติมตามการศึกษาขั้นสูงและการฝึกอบรม | การศึกษาและฝึกอบรมได้รับการยืนยันจากแหล่งที่ให้การศึกษาหรือการฝึกอบรมหรือการออกหลักฐานคุณสมบัติ | การดำเนินการที่เต็มรูปแบบของสิทธิพิเศษที่เพิ่มขึ้นอาจจะเลื่อนออกไปจนกว่ากระบวนการตรวจสอบสมบูรณ์หรือเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาของการปฏิบัติภายใต้การดูแลก่อนที่จะอนุญาตให้สิทธิพิเศษใหม่โดยไม่จำกัด ตัวอย่างเช่นจำนวนผู้ดูแลหุ่นยนต์ผ่าตัด
- บุคลากรสายแพทย์อาจจะได้รับสิทธิประโยชน์ ที่ต่อเนื่อง โดยมีข้อจำกัด ที่ลดลง หรือสิ้นสุด ขึ้นอยู่กับ
  - ผลของการปฏิบัติวิชาชีพจากกระบวนการตรวจสอบอย่างต่อเนื่อง (ดูที่ SQE.11)
  - ข้อจำกัดสิทธิของแต่ละบุคคลจากหน่วยงานวิชาชีพภายนอก ภาครัฐ หรือหน่วยงานที่กำกับดูแล - การค้นพบโดยองค์กรจากการประเมินเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์อื่นๆ
  - สุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือ
  - การร้องขอจากผู้ประกอบวิชาชีพ (ดูที่ SQE.3 และ SQE.10)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.12

- 1. องค์กรมีกำหนดการตรวจสอบและประเมินผลของบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุกๆ สามปี ว่าจะมีการต่อสมาชิกภาพและมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิทางคลินิกของบุคลากรสายแพทย์หรือไม่
- 2. มีหลักฐานในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดของบุคลากรสายแพทย์ ที่แสดงถึง ระยะเวลาอายุ การชำระเงินค่าลงทะเบียน หรือการดำเนินการอื่นๆ โดยเป็นสมาชิกบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นปัจจุบัน
- 3. หลักฐานคุณสมบัติที่ได้รับต่อการแต่งตั้งครั้งแรกมีอยู่ในแฟ้มของบุคลากรสายแพทย์และได้รับการยืนยันจากแหล่งที่มาหลักก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มสิทธิทางคลินิก
- 4. มีการบันทึกการต่ออายุในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายแพทย์และรวมถึงบัตรประจำตัวของผู้ที่ตรวจสอบและมีการระบุเงื่อนไขพิเศษใดๆ ในระหว่างการตรวจสอบ

### ♥ SQE.13 – SQE.14.1 | บุคลากรสายพยาบาล Nursing Staff

SQE บุคลากรสายพยาบาล

มาตรฐาน SQE.13

องค์กรมีกระบวนการที่มีประสิทธิผลในการรวบรวม สอบทาน และประเมิน หลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายพยาบาล (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์)

เจตนาของ SQE.13

องค์กรต้องสร้างความมั่นใจว่ามีบุคลากรสายพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับเป้าหมายขององค์กร ทรัพยากร และความต้องการของผู้ป่วย | บุคลากรสายพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง | นอกจากนี้ การ

ดูแลทางการแพทย์ยังมีส่วนต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยรวม | องค์กรต้องสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลมีคุณสมบัติเพียงพอที่จะให้การดูแลทางการแพทย์ และต้องระบุประเภทของการดูแลที่พยาบาลได้รับอนุญาตให้ทำถ้ามีได้กำหนดไว้ในกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ | องค์กรสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลแต่ละคนมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลแก่ผู้ป่วยโดย

- ทำความเข้าใจกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลและปฏิบัติการทางพยาบาล
- รวบรวมหลักฐานคุณวุฒิของพยาบาลแต่ละคน โดยมีหลักฐานต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย
  - o หลักฐานการศึกษาและฝึกอบรม
  - o หลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน
  - o หลักฐานของความสามารถในปัจจุบันจากสารสนเทศขององค์กรอื่นซึ่งพยาบาลเคยปฏิบัติงาน
  - o จดหมายรับรอง (letter of recommendation) และ/หรือ สารสนเทศอื่นๆ ซึ่งองค์กรต้องการ เช่น ประวัติสุขภาพ ภาพถ่าย และอื่นๆ และ
- การตรวจสอบสารสนเทศที่จำเป็น เช่น การขึ้นทะเบียนหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเอกสารดังกล่าวมีการต่ออายุเป็นระยะ ประกาศนียบัตรและหลักฐานการสำเร็จการศึกษาเฉพาะทางหรือขั้นสูง

องค์กรจะต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติ แม้เมื่อการศึกษาดังกล่าวเกิดขึ้นในต่างประเทศและเป็นเวลานานมาแล้ว | วิธีการที่สามารถใช้ได้ คือ การตรวจสอบผ่านเว็บไซต์ที่ปลอดภัย การโทรศัพท์สอบถามจากแหล่งข้อมูลและบันทึกไว้ คำยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษร และองค์กรที่สาม (third party) เช่น หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการระบุไว้ | สถานการณ์ที่อธิบายไว้สำหรับแพทย์ในเจตจำนงของมาตรฐาน SQE.9 ถือว่าเป็นวิธีการทดแทนที่ยอมรับได้สำหรับการสอบทานหลักฐานคุณวุฒิของพยาบาลกับแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ

การปฏิบัติตามมาตรฐานหมายความว่าต้องมีการสอบทานกับแหล่งข้อมูลปฐมภูมิสำหรับ

- พยาบาลใหม่ที่เริ่มงานสิบสองเดือนก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพครั้งแรก และ
- พยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานภายในช่วงสิบสองเดือน | การนี้จะสำเร็จได้ถ้าเป็นไปตามแผนซึ่งให้ความสำคัญกับการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลที่กำลังปฏิบัติงานให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ห้องผ่าตัด แผนกฉุกเฉิน หรือหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

มีการบันทึกไว้เมื่อไม่สามารถทำการสอบทานได้ เช่น เอกสารสูญหายไประหว่างเกิดอุบัติเหตุ

องค์กรมีกระบวนการที่สร้างความมั่นใจว่าหลักฐานคุณวุฒิของพยาบาลที่ทำสัญญาจ้างแต่ละคนได้รับการรวบรวม สอบทาน และทบทวนเพื่อสร้างความมั่นใจในความสามารถทางคลินิกที่มีอยู่ในขณะนั้นก่อนที่จะมอบหมายงาน | องค์กรรวบรวมและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลหลักฐานคุณวุฒิของพยาบาลแต่ละคน | แฟ้มข้อมูลประกอบด้วยใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบันถ้าระเบียบข้อบังคับกำหนดให้มีการต่ออายุ | มีเอกสารหลักฐานของการฝึกอบรมเกี่ยวกับความสามารถที่เพิ่มขึ้น (ดูที่ SQE.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.13

- 1. องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายพยาบาลแต่ละคน
- 2. มีบันทึกหลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์
- 3. หลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และการศึกษา การฝึกอบรม ได้รับการสอบทานจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิดตามตัวแปรที่อยู่ในหัวข้อเจตนา SQE.9

- 4. มีการเก็บรักษานันทึกลักษณะคุณวุฒิของบุคลากรสายพยาบาลทุกคน
- 5. องค์กรมีกระบวนการที่สร้างความมั่นใจว่าหลักฐานคุณวุฒิของพยาบาลที่ทำสัญญา มีความถูกต้องและสมบูรณ์ก่อนมอบหมายงาน
- 6. องค์กรมีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าพยาบาลซึ่งติดตามแพทย์อิสระมาให้บริการแก่ผู้ป่วยและมีได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้ที่มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสม (ดูที่ GLD.6)

#### มาตรฐาน SQE.14

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของเอกสารคุณสมบัติของพยาบาลและระเบียบข้อบังคับที่มี

#### มาตรฐาน SQE.14.1

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับการมีส่วนร่วมของพยาบาลในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขององค์กร รวมทั้งการประเมินผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลเมื่อมีข้อบ่งชี้

#### เจตนาของ SQE.14 และ SQE.14.1

การทบทวนคุณสมบัติของพยาบาล เป็นพื้นฐานสำหรับการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในงาน และกิจกรรมการดูแลด้านคลินิก (ดูที่ SQE.3) | การมอบหมายงานนี้อาจจะถูกระบุไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน (ดูที่ SQE.1.1) หรือด้วยวิธีหรือเอกสารอื่นที่สนับสนุนการมอบหมายงาน (ดูที่ SQE.6) เช่น การมอบหมายงานไปที่หน่วยผู้สูงอายุหรือเด็กหรือหน่วยที่มีความรุนแรงสูง | การมอบหมายงานโดยองค์กรสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่รับผิดชอบและการดูแลทางคลินิกของพยาบาล

บทบาททางคลินิกที่จำเป็นของบุคลากรสายพยาบาลกำหนดให้พยาบาลมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในโปรแกรมพัฒนาคุณภาพทางคลินิกขององค์กร | ถ้าพบว่าผลการปฏิบัติงานของพยาบาลมีข้อสงสัยในระหว่างการตรวจสอบ การประเมินผล และการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก องค์กรมีกระบวนการที่จะประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลรายนั้น | ผลของการทบทวน การดำเนินการที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อหน้าที่รับผิดชอบได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลหรือแฟ้มอื่นๆ

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.14

- 1. มีการใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ของพยาบาลในการมอบหมายงานทางคลินิก
- 2. กระบวนการมอบหมายงานนำกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา
- 3. กระบวนการในการสนับสนุนแผนอัตรากำลังพยาบาล

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.14.1

- 1. บุคลากรสายพยาบาลมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขององค์กร (ดูที่ QPS.1, ME 4)
- 2. มีการทบทวนประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสายพยาบาลเมื่อได้รับการบ่งชี้โดยสิ่งที่พบจากกิจกรรมการพัฒนาคูณภาพ (ดูที่ GLD.11.1, ME 2)
- 3. มีการบันทึกสารสนเทศที่เหมาะสมจากกระบวนการทบทวนประเมินผลไว้ในแฟ้มข้อมูลคุณสมบัติหรือแฟ้มข้อมูลอื่นๆ ของพยาบาล

♥ SQE.15 – SQE.16.1 | ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น Other Health Care Practitioners  
SQE ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น

มาตรฐาน SQE.15

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานสำหรับรวบรวม สอบทาน และประเมิน เอกสารคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์) (P)

เจตนาของ SQE.15

สถานพยาบาลมีการจ้างหรืออนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ ให้บริการและดูแลผู้ป่วย หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย | ผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้ เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยผ่าตัด ผู้ชำนาญด้านการดูแลฉุกเฉิน เกสซิกเกอร์และเจ้าพนักงานเกสซิกกรรม | ในบางประเทศหรือบางวัฒนธรรม บุคคลกลุ่มนี้รวมถึงหมอพื้นบ้าน หรือผู้ที่ให้การดูแลเสริมหรือการดูแลทางเลือก (เช่น การฝังเข็ม ยาสมุนไพร) | บ่อยครั้งที่บุคคลกลุ่มนี้ไม่ได้ปฏิบัติงานในองค์กร แต่จะมีการส่งต่อให้แก่องค์กรหรือให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน | หลายวิชาชีพได้รับการฝึกอบรมที่เป็นทางการและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบประกาศนียบัตร หรือขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานที่มีอำนาจของท้องถิ่นหรือประเทศ | บางคนอาจผ่านการฝึกงานจากโปรแกรมหรือประสบการณ์ภายใต้การกำกับดูแลที่ไม่เป็นทางการ

องค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบในการรวบรวมและสอบทานหลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานหรือปฏิบัติงานในองค์กร | องค์กรต้องสร้างความมั่นใจว่าผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะให้การดูแลรักษา และต้องระบุประเภทของการดูแลรักษาที่ได้รับอนุญาต ถ้าไม่มีระบุไว้ในกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ | องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นๆ เหล่านี้มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผล โดย

- ทำความเข้าใจกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว
  - รวบรวมหลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคน โดยอย่างน้อยมีหลักฐานของการศึกษาและฝึกอบรม
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบันถ้ากำหนดไว้ และ
- การตรวจสอบสารสนเทศที่จำเป็น เช่น การขึ้นทะเบียน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือประกาศนียบัตรที่เป็นปัจจุบัน

องค์กรจะต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางสอบทานหลักฐานคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่รับผิดชอบที่จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพปฏิบัติ แม้ว่าการศึกษาดังกล่าวเกิดขึ้นในต่างประเทศและเป็นเวลานานมาแล้ว | วิธีการที่สามารถใช้ได้ คือ การสอบทานผ่านเว็บไซต์ที่ปลอดภัย การโทรศัพท์สอบถามจากแหล่งข้อมูลและบันทึกไว้ คำยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษร และองค์กรที่สาม (third party) เช่น หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการกำหนด

สถานการณ์ที่อธิบายไว้สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพในหัวข้อเจตนาของมาตรฐาน SQE.9 ถือว่าเป็นสิ่งทดแทนที่ยอมรับได้สำหรับองค์กรในการสอบทานแหล่งข้อมูลปฐมภูมิหลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นๆ

การปฏิบัติตามมาตรฐานหมายความว่าต้องมีการสอบทานกับแหล่งข้อมูลปฐมภูมิสำหรับ

- ผู้ประกอบวิชาชีพใหม่ที่เริ่มงานสี่เดือนก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพครั้งแรก และ
- ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่กำลังปฏิบัติงานภายในช่วงสามปี

มีการบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติถ้าไม่มีข้อกำหนดว่าต้องมีกระบวนการศึกษาที่เป็นทางการ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือการขึ้นทะเบียน หรือหลักฐานคุณวุฒิ หรือหลักฐานความสามารถอื่นๆ | มีการบันทึกไว้เมื่อไม่สามารถทำการสอบ ทานได้ เช่น เอกสารสูญหายไประหว่างเกิดอุบัติเหตุ | องค์กรรวบรวมและเก็บรักษาแฟ้มข้อมูลหลักฐานคุณวุฒิของผู้ ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคน | แฟ้มข้อมูลประกอบด้วยใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือการขึ้นทะเบียน ที่เป็นปัจจุบันเมื่อระเบียบข้อบังคับกำหนดให้มีการต่ออายุ (ดูที่ SQE.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.15

- 1. องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพแต่ละคน
- 2. มีการบันทึกหลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้อง
- 3. มีการสอบทานสารสนเทศดังกล่าวจากแหล่งข้อมูลต้นกำเนิดตามตัวแปรที่อยู่ในหัวข้อเจตนา SQE.9
- 4. มีการเก็บรักษานบันทึกหลักฐาน ประกอบด้วย สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ประกาศนียบัตร หรือการขึ้นทะเบียน ที่กำหนดของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ
- 5. องค์กรมีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคลากรอื่นๆ ซึ่งติดตามแพทย์อิสระมาให้บริการแก่ผู้ป่วยและมีได้เป็นบุคลากรขององค์กร เป็นผู้มีหลักฐานคุณสมบัติเหมาะสมตามข้อกำหนดขององค์กร

มาตรฐาน SQE.16

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่รับผิดชอบและจัดมอบหมายงานทางคลินิก บนพื้นฐานของเอกสาร คุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ และระเบียบข้อบังคับที่มี

มาตรฐาน SQE.16.1

องค์กรมีกระบวนการที่มีประสิทธิผลสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขององค์กร

เจตนาของ SQE.16 และ SQE.16.1

องค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบในการระบุประเภทของกิจกรรมหรือบริการต่างๆ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพสาขาอื่นๆ สามารถทำได้ในองค์กร | การระบุนี้ทำได้โดยการจัดทำข้อตกลง การมอบหมายงาน คำบรรยายลักษณะงาน (ดูที่ SQE.1.1) หรือวิธีการอื่นๆ | นอกจากนั้น องค์กรกำหนดระดับของการควบคุมดูแล (ตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ) สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้ ถ้าต้องมี | ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ เข้าร่วมในโปรแกรมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.16

- 1. มีการใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ ในการมอบหมายงานทางคลินิก
- 2. กระบวนการมอบหมายงานนำกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา
- 3. กระบวนการมอบหมายงานสนับสนุนกระบวนการทำงานสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ SQE.16.1

- 1. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพขององค์กร (ดูที่ QPS.1, ME 4)
- 2. มีการทบทวนประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพสาขาอื่นๆ เมื่อมีข้อบ่งชี้โดยสิ่งที่พบจากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (ดูที่ GLD.11.1, ME 3)
- 3. มีการบันทึกสารสนเทศที่เหมาะสมจากกระบวนการทบทวนในแฟ้มข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ

⇒ **การจัดการกับสารสนเทศ Management of Information (MOI)** ((เปลี่ยนแปลง) = หัวข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงจาก ฉบับที่ 4)

♥ **MOI.1 – MOI.8 | การจัดการสารสนเทศ Information Management**

MOI การจัดการสารสนเทศ

การจัดการสารสนเทศ (Information Management)

มาตรฐาน MOI.1

องค์กรวางแผนและออกแบบกระบวนการจัดการสารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการสารสนเทศทั้งภายในและภายนอกองค์กร

เจตนาของ MOI.1

มีการสร้างและใช้สารสนเทศในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการใช้เพื่อบริหารจัดการองค์กรที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ | ความสามารถในการจัดเก็บและจัดให้มีสารสนเทศต้องอาศัยการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ | การวางแผนต้องอาศัยข้อมูลนำเข้าจากแหล่งที่หลากหลาย รวมถึงแหล่งต่อไปนี้

- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ
- ผู้บริหารขององค์กรและผู้นำของแผนก/ฝ่ายบริการ
- ผู้ที่อยู่นอกองค์กรซึ่งต้องการข้อมูลหรือสารสนเทศเกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์กรและกระบวนการดูแล

การวางแผนการจัดการสารสนเทศครอบคลุมวิสัยทัศน์ขององค์กร บริการที่องค์กรมี ทรัพยากร การเข้าถึงเทคโนโลยีที่สามารถทำได้ และการสนับสนุนของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ | ความต้องการสารสนเทศที่มีความสำคัญสูงของแหล่งเหล่านี้มีผลต่อกลยุทธ์การจัดการสารสนเทศขององค์กร และความสามารถในการนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ | กลยุทธ์มีความเหมาะสมกับขนาดขององค์กร ความซับซ้อนของการบริการ ความพร้อมของบุคลากรที่ได้รับการอบรม ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรทางเทคนิค อื่นๆ | แผนมีความครอบคลุมกว้างขวาง รวมหน่วยงานและงานบริการทั้งหมดขององค์กร | การวางแผนการจัดการสารสนเทศไม่จำเป็นต้องเป็นแผนสารสนเทศที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ต้องมีหลักฐานการปฏิบัติตามแผนซึ่งระบุความต้องการสารสนเทศขององค์กร (ดูที่ ACC.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.1

- 1. มีการพิจารณาความต้องการสารสนเทศของผู้ให้บริการด้านคลินิกในกระบวนการวางแผน
- 2. มีการพิจารณาความต้องการสารสนเทศของผู้บริหารองค์กรในกระบวนการวางแผน
- 3. มีการพิจารณาความต้องการของบุคคลและหน่วยงานนอกองค์กรในกระบวนการวางแผน

## ○ 4. การวางแผนเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร

### มาตรฐาน MOI.2

มีการรักษาภาวะความเป็นส่วนตัว ความลับ และความปลอดภัย (information security) รวมทั้ง การคงสภาพของสารสนเทศ (data integrity) (P)

### เจตนาของ MOI.2

องค์กรได้รักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ และให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศที่มีความอ่อนไหว (sensitive) | มีการจัดการให้เกิดความสมดุลระหว่างการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับการรักษาความลับของข้อมูล | องค์กรกำหนดระดับของความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับสำหรับสารสนเทศประเภทต่างๆ (เช่น เวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลการวิจัย และ ข้อมูลคุณภาพอื่นๆ)

การรักษาให้ข้อมูลคงสภาพไว้เป็นมุมมองที่สำคัญของการจัดการสารสนเทศ | สารสนเทศอยู่ในฐานข้อมูลจะต้องถูกต้องเพื่อที่จะให้ความเชื่อมั่นในการตีความของผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ข้อมูล

นโยบายและระเบียบปฏิบัติระดับวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งอนุญาตให้บุคลากรที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศ | การเข้าถึงสารสนเทศประเภทต่างๆ ขึ้นกับความต้องการที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งหน้าที่การงาน รวมถึงนักศึกษาในองค์กรที่จัดการศึกษา | กระบวนการที่มีประสิทธิผลกำหนดสิ่งต่อไปนี้

- ผู้มีสิทธิเข้าถึงสารสนเทศ
  - สารสนเทศที่บุคลากรแต่ละคนสามารถเข้าถึงได้
  - ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ
  - กระบวนการรักษาการคงสภาพไว้ของข้อมูล
  - กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับ ความปลอดภัย และการคงสภาพไว้ของข้อมูล
- หมายเหตุ สำหรับความลับของเวชระเบียนคลินิกผู้ป่วย ดูที่ MOI.11

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.2

- 1. องค์กรมีนโยบายการปกป้องความเป็นส่วนตัว ความลับ ความปลอดภัย และการคงสภาพไว้ของข้อมูลและสารสนเทศเป็นลายลักษณ์อักษร
- 2. นโยบายได้ปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ
- 3. นโยบายระบุระดับของความลับสำหรับข้อมูลและสารสนเทศประเภทต่างๆ
- 4. มีการระบุผู้ที่จำเป็นหรือผู้ที่อยู่ในตำแหน่งที่ได้รับสิทธิในเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
- 5. มีการตรวจติดตามการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้ระบุไว้

### มาตรฐาน MOI.3

องค์กรมีนโยบายกำหนดระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียน ข้อมูล และสารสนเทศ

### เจตนาของ MOI.3

องค์กรมีนโยบายกำหนดระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียนคลินิกผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลและสารสนเทศอื่นๆ | เวชระเบียนผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลและสารสนเทศอื่นๆ มีระยะเวลาการเก็บรักษาตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การวิจัยและการศึกษา | นโยบายการเก็บรักษาเวชระเบียน ข้อมูล และสารสนเทศนี้สอดคล้องกับความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศดังกล่าว |



เมื่อครบกำหนดการเก็บรักษา เวชระเบียนรวมถึงบันทึก ข้อมูล และสารสนเทศอื่นๆ ได้รับการทำลายอย่างเหมาะสม และต้องไม่ได้รับการประนีประนอมสำหรับความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.3

- 1. องค์กรมีนโยบายเรื่องระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลและสารสนเทศอื่นๆ
- 2. กระบวนการเก็บรักษามีการรักษาความลับและความปลอดภัยตามที่คาดหวังไว้
- 3. เวชระเบียน ข้อมูล และสารสนเทศ ถูกทำลายอย่างเหมาะสมและต้องไม่ได้รับการประนีประนอมสำหรับความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศ

มาตรฐาน MOI.4

องค์กรได้กำหนดรหัสการวินิจฉัย รหัสหัตถการ สัญลักษณ์ ตัวย่อ และคำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน

เจตนาของ MOI.4

คำศัพท์เฉพาะ คำจำกัดความ คำศัพท์ และ ระบบการตั้งชื่อที่เป็นมาตรฐาน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเปรียบเทียบข้อมูลและสารสนเทศภายในและระหว่างองค์กร | นอกจากนี้ การมีมาตรฐานเป็นการป้องกันการสื่อสารที่ผิดและความผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ | การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการการรักษาที่เป็นแนวทางเดียวกัน จะสนับสนุนการรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล | ตัวย่อสามารถสร้างปัญหาและแม้กระทั่งเวลาที่เกิดอันตราย โดยเฉพาะข้อมูลของใบสั่งยา นอกจากนี้เมื่อตัวย่อได้ถูกใช้กับหลายๆ คำศัพท์ทางการแพทย์ ทำให้เกิดความสับสนถึงความหมายของผู้เขียนส่งผลให้เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ได้ | มีการกำหนดตัวย่อและสัญลักษณ์ที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงบัญชีรายการตัวย่อและสัญลักษณ์ที่ห้ามใช้ (“do not use” listing) | การกำหนดนั้นสอดคล้องกับมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับระดับประเทศและระดับชาติ

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.4

- 1. มีการใช้รหัสการวินิจฉัยโรคที่เป็นมาตรฐานและมีการตรวจติดตามการใช้
- 2. มีการใช้รหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐานและมีการตรวจติดตามการใช้
- 3. มีการใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน
- 4. มีการใช้สัญลักษณ์ที่เป็นมาตรฐาน และมีการระบุและตรวจติดตามสัญลักษณ์ที่ห้ามใช้
- 5. มีการใช้ตัวย่อที่เป็นมาตรฐาน และมีการระบุและตรวจติดตามตัวย่อที่ห้ามใช้

มาตรฐาน MOI.5

มีการตอบสนองความต้องการข้อมูลและสารสนเทศ ของบุคลากรภายในและภายนอกองค์กร ตามกำหนดเวลา ในรูปแบบและความถี่ที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง

เจตนาของ MOI.5

มีการปรับรูปแบบและวิธีการเผยแพร่ข้อมูลและสารสนเทศให้เหมาะสมและตอบสนองความคาดหวังของผู้ที่จะใช้งาน | กลยุทธ์การเผยแพร่ข้อมูลประกอบด้วย

- การจัดข้อมูลและสารสนเทศให้เฉพาะผู้ที่ใช้ต้องการหรือร้องขอเท่านั้น
- การจัดรูปแบบรายงานเพื่อช่วยในกระบวนการตัดสินใจ
- การจัดทำรายงานให้ตามความถี่ที่ผู้ต้องการ

- การเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลและสารสนเทศ
- การแปลผลหรือให้ความกระจ่างเรื่องข้อมูล

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.5

- 1. การเผยแพร่ข้อมูลและสารสนเทศตอบสนองความต้องการของผู้ใช้
- 2. ผู้ใช้ได้รับข้อมูลและสารสนเทศในเวลาที่เหมาะสม
- 3. ผู้ใช้ได้รับข้อมูลและสารสนเทศในรูปแบบที่ตรงความต้องการใช้
- 4. บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อปฏิบัติหน้าที่ของตนได้

มาตรฐาน MOI.6

มีการประเมินและทดสอบระบบสารสนเทศ ก่อนที่จะนำมาใช้ในองค์กร และจะต้องมีการประเมินถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมีการนำไปใช้

เจตนาของ MOI.6

เทคโนโลยีสารสนเทศสามารถปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยงานที่เป็นขั้นตอนและเป็นไปอย่างอัตโนมัติ ส่งผ่านสารสนเทศผู้ป่วยโดยไม่มีการติดขัด และ เสนอเครื่องมือที่ปลอดภัยที่จะช่วยลดความเสี่ยงของความผิดพลาด | ตัวอย่างเช่น การลดจำนวนการจดยาที่ผิดโดยมีกลไกจัดยาด้วยอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และการใช้บาร์โค้ดสำหรับการบริหารงานที่เกี่ยวข้องยา | อย่างไรก็ตามถ้าไม่ได้มีการประเมินและทดสอบก่อนการนำไปใช้จริง เทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน

เทคโนโลยีการจัดการสารสนเทศแสดงถึงการลงทุนทรัพยากรที่สำคัญของโรงพยาบาล | ด้วยเหตุนี้ ต้องมีการเลือกเทคโนโลยีอย่างระมัดระวังเพื่อให้ตรงกับความต้องการในปัจจุบันและอนาคตและทรัพยากรขององค์กร | อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีใหม่ๆ อาจจะไม่สามารถรวมกันกับเทคโนโลยีและกระบวนการที่มีอยู่ได้เป็นอย่างดี | ระบบเทคโนโลยีใหม่ อาจจะไม่รวมถึงการให้บริการทั้งหมด (ตัวอย่างเช่น ห้องผ่าตัดหรือหน่วยฉุกเฉิน) หรืออาจจะไม่เชื่อมโยงกับระบบปัจจุบัน | ดังนั้นระหว่างการประเมินและทดสอบจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถประเมินว่ากระบวนการและขั้นตอนในปัจจุบันและเทคโนโลยีสามารถทำให้ดีขึ้น เปลี่ยนแปลง และทำให้เกิดขึ้นโดยการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศไม่ได้ดำเนินการด้วยตนเองเท่านั้น | เทคโนโลยีสารสนเทศเกี่ยวข้องกับกระบวนการและขั้นตอนในโรงพยาบาล, หน่วยงานอื่นนอกโรงพยาบาล, และผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอก รวมถึง ผู้ป่วยและครอบครัว | เนื่องจากขนาดของความซับซ้อนในการรวมกันนี้ ทำให้ต้องการความร่วมมือของคณะกรรมการที่เป็นหลักของเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น พนักงานด้านคลินิก พนักงานที่ไม่ใช่ด้านคลินิก และฝ่ายบริหาร ในการเลือกขั้นตอนการนำไปใช้ และการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยี

การรวมกันของเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพอันใหม่และระบบปัจจุบันทั้งหมดหรือบางส่วนอาจจะทำได้โดยการบริการที่มีสัญญากันไว้ | ระดับของการประเมินและทดสอบก่อนที่มีการนำไปใช้และประเมินเมื่อมีการนำไปใช้ต้องการการบริการที่มีสัญญากันไว้ | นอกจากนี้การละเอียดของสัญญาจะต้องจัดโดยบุคคลซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศ (ดูที่ GLD.6 และ GLD.6.1)

การติดตามการนำไปใช้ของระบบเทคโนโลยี เน้นความสำคัญที่โรงพยาบาลจะมีขั้นตอนที่จะประเมินการใช้งานและประสิทธิภาพของเทคโนโลยี | การประเมินรวมถึง, แต่ไม่จำกัด, เทคโนโลยีได้ถูกออกแบบและนำไปใช้งานได้หรือไม่. การรวมเทคโนโลยีกับเทคโนโลยีปัจจุบันดีมากแค่ไหน, และเทคโนโลยีใดที่ ปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความผิดพลาด และ ทำให้ประสิทธิภาพโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.6

- 1. คณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศมีส่วนร่วมในการเลือก การนำไปใช้ และการประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศ
- 2. มีการประเมินและทดสอบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศก่อนนำไปใช้
- 3. มีการประเมินระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งรวมถึง การใช้งาน ความมีประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย

มาตรฐาน MOI.7

บันทึกและสารสนเทศได้รับการปกป้องจากการสูญหาย ถูกทำลาย แก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้ โดยผู้ที่ไม่มีอำนาจ **Ⓟ**

เจตนาของ MOI.7

เวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลและสารสนเทศอื่นๆ มีความปลอดภัยและได้รับการปกป้องตลอดเวลา | ตัวอย่างเช่น เวชระเบียนผู้ป่วยที่ยังใช้งานอยู่ได้รับการจัดเก็บไว้ในที่ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และเป็นที่ยังไม่เกิดความเสียหายจากความร้อน น้ำ ไฟ หรือสาเหตุอื่นๆ | องค์การนำกระบวนการที่จะป้องกันการเข้าถึงสารสนเทศที่จัดเก็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ไม่มีสิทธิเข้าถึงมาปฏิบัติ (ดูที่ PFR.1.3, ME 3)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.7

- 1. มีการปกป้องข้อมูลและสารสนเทศจากการสูญหาย
- 2. มีการปกป้องข้อมูลและสารสนเทศจากการถูกทำลาย
- 3. มีการปกป้องข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ไม่มีสิทธิ

มาตรฐาน MOI.8

มีการให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรอื่นที่เหมาะสม เกี่ยวกับการใช้และจัดการสารสนเทศ

เจตนาของ MOI.8

มีการให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรในองค์กรซึ่งสร้าง รวบรวม วิเคราะห์ ใช้ข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการจัดการสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ | การศึกษาและฝึกอบรมนี้ทำให้บุคคลเหล่านี้สามารถ

- เข้าใจเรื่องความปลอดภัยและการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ
- ใช้เครื่องมือวัด เครื่องมือทางสถิติ และ วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
- ช่วยในการแปลความหมายข้อมูล
- ใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อช่วยในการตัดสินใจ
- ให้ความรู้และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการดูแล และ
- ใช้เครื่องมือวัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการดูแลและกระบวนการทำงาน

มีการให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรตามหน้าที่รับผิดชอบ คำบรรยายลักษณะงาน และความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศ

กระบวนการจัดการระบบสารสนเทศทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และการสร้างรายงานเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ | โดยเฉพาะ การรวบรวมข้อมูลด้านคลินิกและการบริหารจัดการ ช่วยผู้นำองค์กรในการวางแผนร่วมกัน | กระบวนการจัดการสารสนเทศสนับสนุนผู้นำด้วยข้อมูลระยะยาวและข้อมูลเปรียบเทียบ (ดูที่ SOE.8)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.8


- 1. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการของการจัดการสารสนเทศแก่ผู้ทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจและบุคคลอื่นๆ
- 2. การให้ความรู้ที่นั้นเหมาะสมกับความต้องการข้อมูลและสารสนเทศและความรับผิดชอบของตำแหน่งงาน
- 3. มีการรวมความต้องการข้อมูลและสารสนเทศด้านคลินิกและการบริหารจัดการตามที่ต้องการได้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ

## ♥ MOI.9 – MOI.9.1 | การจัดการเอกสารและการนำไปใช้ Management and Implementation of Documents

MOI การจัดการเอกสารและการนำไปใช้

การจัดการเอกสารและการนำไปใช้ (Management and Implementation of Documents)

มาตรฐาน MOI.9

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ได้มีการจัดการอย่างสม่ำเสมอ และเป็นนโยบายและระเบียบปฏิบัติ 

เจตนาของ MOI.9

นโยบายและระเบียบปฏิบัติมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้ที่เสมอเหมือนกันเกี่ยวกับการทำหน้าที่ขององค์กรด้านคลินิกและไม่ใช่คลินิกในองค์กร | นโยบายหรือระเบียบวิธีประกอบด้วยสารสนเทศที่จะพัฒนาและควบคุมนโยบายอย่างไร ได้รวมถึงขั้นตอนต่อไปนี้

- a) การทบทวนและอนุมัตินโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมดโดยผู้มีอำนาจก่อนประกาศใช้
- b) กระบวนการและความถี่ของการทบทวนและต่ออายุนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- c) การควบคุมเพื่อให้มั่นใจว่ามีนโยบายและระเบียบปฏิบัติฉบับที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบันเท่านั้นพร้อมใช้ในทุกที่ที่มีการใช้
- d) การระบุการเปลี่ยนแปลงในนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- e) การรักษาเอกสารอย่างมีเอกลักษณ์และเอกสารชัดเจนอ่านง่าย (document identity and legibility)
- f) กระบวนการสำหรับการจัดการกับนโยบายและระเบียบปฏิบัติซึ่งมีกำเนิดจากภายนอกองค์กร
- g) การเก็บรักษานโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ล้าสมัยเป็นระยะเวลาอย่างน้อยตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับกำหนด โดยสร้างความมั่นใจว่าจะไม่นำเอกสารเหล่านั้นไปใช้โดยไม่ตั้งใจ และ
- h) การระบุและติดตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมดที่ยังใช้งานอยู่

มีการนำกระบวนการในการจัดทำและรักษาไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติเหล่านั้นไปใช้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.9

- 1. มีนโยบายหรือระเบียบวิธีที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งระบุข้อกำหนดสำหรับการจัดทำและรักษาไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อ a) ถึง b)
- 2. มีรูปแบบสำหรับเอกสารที่มีความเหมือนกันอย่างเป็นทางการ อย่างเป็นมาตรฐาน เช่น นโยบายทั้งหมด

- 3. ความต้องการของเอกสารที่เป็นแนวทางได้ถูกนำไปใช้และมีหลักฐานใน นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และโปรแกรม ได้ถูกค้นพบในโรงพยาบาล
- 4. มีนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นแนวทางเพื่อติดตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมด ที่ใช้อยู่

#### มาตรฐาน MOI.9.1

มีการนำไปใช้อย่างเต็มรูปแบบ สำหรับ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แผนงาน และเอกสารอื่นๆ ซึ่งเป็นแนวทางอย่าง สม่าเสมอและเป็นรูปแบบเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติด้านคลินิกและไม่ใช้คลินิก (P)

#### เจตนาของ MOI.9.1

คู่มือ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แผนงาน และเอกสารอื่นๆ จะต้องตรวจสอบตลอดระยะเวลาการรับรอง (โปรดสังเกตจะมี สัญลักษณ์ (P) ระบุไว้ด้านบน) | เอกสารนี้ต้องการเพื่อที่จะลดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการและลดความเสี่ยงที่จะ เกิดขึ้นจากกระบวนการ | สิ่งนี้เป็นสิ่งที่สำคัญในกระบวนการด้านคลินิกเพื่อที่จะปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัย ของผู้ป่วย

ระบบการติดตามจะต้องมีเอกสารที่ระบุถึง หัวข้อ วันที่ออกเอกสาร ครั้งที่จัดทำและหรือวันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็น ปัจจุบัน จำนวนหน้า ผู้ออกและ/หรือผู้ทบทวนเอกสาร และการระบุถึงฐานข้อมูล (ถ้ามี) | ระบบการติดตามช่วยเหลือ พนักงานที่จะใช้นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานหรือสถานการณ์โดยเฉพาะได้อย่างรวดเร็ว | ตัวอย่างเช่น พนักงานในแผนกฉุกเฉินสามารถเข้าไปใช้นโยบายเกี่ยวกับความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent) เมื่อผู้ป่วยต้องการหัตถการการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

มีขั้นตอนที่ทำให้มั่นใจได้ว่าพนักงานได้อ่านและคุ้นเคยกับ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนที่เกี่ยวข้องกับงาน | กระบวนการนี้อาจจะเป็นส่วนหนึ่งในการแนะนำงานให้กับบุคลากรในแผนกและหน้าที่ของบุคลากร หรือ อาจจะเป็น ส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมพิเศษเป็นกลุ่มหรือทั้งสถานพยาบาล | สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ มีกำหนดแนวทางการทำงานได้ ระบุไว้ในเอกสารเป็นหลักฐานถึงการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล เพื่อติดตามการปฏิบัติตาม นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ หรือ แผน ที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานของบุคลากร

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.9.1

- 1. มีไว้ซึ่ง นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงานที่ต้องการ และมีความเข้าใจที่จะเข้าไปใช้เอกสารโดยบุคลากรที่มี หน้าที่รับผิดชอบ
- 2. มีการฝึกอบรมและทำความเข้าใจถึงเอกสารเหล่านี้ ให้กับบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ
- 3. มีการนำ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงาน ไปใช้อย่างเต็มรูปแบบ และมีหลักฐานในการปฏิบัติงานของแต่ละ บุคลากร
- 4. มีการตรวจติดตาม การนำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงาน ว่าได้นำไปปฏิบัติ และสารสนเทศได้สนับสนุน การนำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่

♥ MOI.10 – MOI.12 | เวชระเบียนผู้ป่วย Patient Clinical Record

MOI เวชระเบียนผู้ป่วย

เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Clinical Record)

## มาตรฐาน MOI.10

องค์กรจัดทำและเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจประเมินหรือรักษาอย่างเป็นทางการเป็นมาตรฐาน และกำหนดเนื้อหาในเวชระเบียน รูปแบบ และสถานที่ของการบันทึกรายการ (P)

### มาตรฐาน MOI.10.1

เวชระเบียนผู้ป่วยมีสารสนเทศเพียงพอที่จะระบุตัวผู้ป่วย สนับสนุนการวินิจฉัยโรค อธิบายเหตุผลของการรักษา บันทึกความเป็นไปและผลการรักษา

#### เจตนาของ MOI.10 และ 10.1

มีเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการประเมินหรือรักษาในสถานพยาบาล | ในฐานะผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือ การดูแลเร่งด่วน มีการกำหนดตัวบ่งชี้เวชระเบียนที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย หรือมีกลไกอื่นที่ใช้เชื่อมผู้ป่วยกับเวชระเบียนของตน | การมีเวชระเบียนหนึ่งฉบับและมีหมายเลขบ่งชี้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยให้องค์กรกำหนดที่เก็บและค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยได้ง่าย และบันทึกการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่ผ่านมา

เนื้อหา รูปแบบ และสถานที่ของการบันทึกรายการสำหรับเวชระเบียนผู้ป่วยได้กำหนดเป็นมาตรฐานเพื่อที่จะช่วยสนับสนุนการรวบรวมและการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยผู้ประกอบวิชาชีพหลายๆ คนในการดูแลผู้ป่วย | องค์กรกำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับการประเมินและรักษาสำหรับกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน | เวชระเบียนผู้ป่วยต้องการข้อมูลที่เพียงพอต่อการวินิจฉัย การรักษา และระบุหลักสูตรและผลการรักษา และเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบวิชาชีพที่ทำการดูแลผู้ป่วยต่อไป (ดูที่ COP.2.2 และ MMU.4.1)

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.10

- 1. มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการประเมินและรักษาในองค์กร
- 2. เวชระเบียนผู้ป่วยได้รับการเก็บรักษาไว้โดยการใช้ตัวบ่งชี้ซึ่งเป็นเอกลักษณ์สำหรับผู้ป่วยหรือวิธีการอื่นที่ได้ผล
- 3. องค์กรได้กำหนดเนื้อหาเฉพาะของเวชระเบียนผู้ป่วย รูปแบบ และสถานที่ของการบันทึกรายการ

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.10.1

- 1. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอเพื่อระบุตัวผู้ป่วย
- 2. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค (ดูที่ AOP.1.1)
- 3. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอเพื่อแสดงเหตุผลของการดูแลรักษา (ดูที่ AOP.1.2)
- 4. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศเพียงพอที่จะบันทึกการรักษาและผลของการรักษา (ดูที่ COP.2.1, ME 6; COP.3, ME 2; ASC.5; และ ASC.7)

### มาตรฐาน MOI.10.1.1

เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน ระบุเวลาที่มาถึงและเวลาที่ออก สรุปผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา อาการของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และคำแนะนำในการมาตรวจติดตาม

#### เจตนาของ MOI.10.1.1

เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละราย ระบุเวลาที่มาถึงและเวลาที่ออก | ข้อมูลนี้ใช้กับผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินทุกคน รวมถึงผู้ซึ่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล การโอนย้ายผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่น หรือผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล |

เวลาออกอาจจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยออกจากแผนกฉุกเฉินโดยกลับบ้านหรือไปยังสถานพยาบาลอื่น หรือ เป็นเวลาที่ผู้ป่วยย้ายไปหน่วยอื่นเป็นผู้ป่วยใน | สำหรับผู้ป่วยที่ออกจากแผนกฉุกเฉิน เวชระเบียนจะรวมการสรุปผลเมื่อสิ้นสุดการรักษาอาการของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และคำแนะนำในการมาตรวจติดตาม (ดูที่ ACC.1.1, ME 5)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.10.1.1

- 1. เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินระบุเวลาที่มาถึงและเวลาที่ออก
- 2. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ออกไป มีการระบุสรุปผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- 3. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ออกไป มีการระบุอาการของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
- 4. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ออกไป มีการระบุคำแนะนำในการมาตรวจติดตาม

มาตรฐาน MOI.11

นโยบายขององค์กรระบุบุคคลที่มีสิทธิบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย **Ⓟ**

มาตรฐาน MOI.11.1

เวชระเบียนผู้ป่วยทุกฉบับระบุผู้บันทึก และวันที่บันทึก

เจตนาของ MOI.11 และ 11.1

การเข้าถึงของข้อมูลแต่ละประเภทอยู่บนพื้นฐานของความต้องการและการกำหนดโดยตำแหน่งหน้าที่ รวมถึงนักศึกษาในสถาบันการศึกษา | กระบวนการที่มีประสิทธิภาพ กำหนดสิ่งต่อไปนี้

- ผู้ที่สามารถเข้าถึงสารสนเทศ
- สารสนเทศซึ่งแต่ละบุคคลเข้าถึงได้
- ข้อมูลพันธุกรรมที่ผู้ใช้จะรักษาความลับของสารสนเทศ และ
- กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับและความปลอดภัย

ลักษณะอย่างหนึ่งของการรักษาความปลอดภัยของสารสนเทศผู้ป่วยคือการกำหนดผู้มีสิทธิในการได้รับและบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย | องค์กรจัดทำนโยบายที่จะให้สิทธิแก่บุคลากรเหล่านั้น | ระบุเนื้อหาและรูปแบบสำหรับบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย | มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคคลที่ได้รับสิทธิเท่านั้นที่ลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย และการบันทึกแต่ละครั้งระบุชื่อของผู้บันทึกและวันที่บันทึก | นโยบายจะต้องระบุกระบวนการในการแก้ไขหรือเขียนทับบนบันทึกเวชระเบียนที่ได้เขียนไว้แล้ว | มีการบันทึกเวลาตามที่ต้องการกำหนด เช่น เวลาในการรักษา หรือเวลาในการส่งยา (ดูที่ COP.2.2, MMU.4.2, และ MOI.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.11

- 1. มีการระบุบุคคลที่มีสิทธิบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนในนโยบายขององค์กร (ดูที่ IPSPG.2)
- 2. มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะผู้ที่ได้รับสิทธิเท่านั้นที่บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3. มีกระบวนการระบุวิธีการแก้ไขหรือเขียนทับบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย
- 4. มีกระบวนการเพื่อทำให้มั่นใจว่าผู้ได้รับอนุญาตเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยได้

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.11.1

- 1. สามารถระบุตัวบุคคลผู้บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนแต่ละครั้งได้
- 2. สามารถระบุวันที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนแต่ละครั้ง
- 3. สามารถระบุเวลาที่มีการบันทึกข้อมูล ในกรณีที่ต้องครกำหนด

มาตรฐาน MOI.12

องค์กรประเมินเนื้อหาและความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

เจตนาของ MOI.12

แต่ละองค์กรกำหนดเนื้อหาและรูปแบบของเวชระเบียนผู้ป่วย และมีกระบวนการประเมินเนื้อหาและความสมบูรณ์ของบันทึก | กระบวนการนี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะขององค์กรและทำอย่างสม่ำเสมอ | การทบทวนเวชระเบียนใช้การสุ่มตัวอย่างตามผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแล และประเภทของการดูแลที่ให้ | กระบวนการทบทวนนี้ทำโดยแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับสิทธิในการบันทึกเวชระเบียน | การทบทวนดังกล่าวเน้นที่การบันทึกในเวลาที่กำหนด ความสมบูรณ์ การอ่านออกได้ ของเวชระเบียนและสารสนเทศทางคลินิก และประเด็นอื่นๆ | กระบวนการทบทวนรวมถึงการประเมินเนื้อหาที่กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้ | กระบวนการทบทวนเวชระเบียนขององค์กรใช้กับเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังรับการดูแลและของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายแล้ว

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MOI.12

- 1. มีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังรับการดูแลและของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายแล้วแบบสุ่ม อย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยกว่าขึ้นอยู่กับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
- 2. การทบทวนทำโดยแพทย์ พยาบาล และบุคคลที่ได้รับสิทธิให้บันทึกหรือจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย
- 3. การทบทวนเน้นถึงการบันทึกในเวลาที่กำหนด การอ่านออกได้ และความสมบูรณ์ของเวชระเบียน
- 4. กระบวนการทบทวนครอบคลุมเนื้อหาในเวชระเบียนที่กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้
- 5. ผลลัพธ์จากกระบวนการทบทวน ถูกนำมาเข้าสู่กลไกกำกับดูแลคุณภาพขององค์กร



**ตอนที่ 4 Section IV:** มาตรฐานของศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ขององค์กร Academic Medical Center Hospital Standards ((ใหม่) = หัวข้อใหม่เมื่อเทียบกับ ฉบับที่ 4 ฉบับก่อนหน้า)

⇒ การให้การศึกษแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ Medical Professional Education (MPE)  
การให้การศึกษแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ Medical Professional Education (MPE)

มาตรฐาน MPE.1

ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลและเป็นผู้นำขององค์กรอนุมัติและตรวจสอบติดตามการมีส่วนร่วมขององค์กรในการให้การศึกษทางการแพทย์

เจตนาของ MPE.1

การรวบรวมการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดในการดำเนินงานขององค์กรต้องการความมุ่งมั่นในการกำหนดเวลา พลังงาน และทรัพยากรอย่างมีสาระสำคัญ | ผู้ฝึกอบรมรวมถึง แพทย์ใช้ทุน (interns) แพทย์ประจำบ้าน (residents หรือ house officers) และ แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (fellows) | การตัดสินใจรวมการศึกษาและการดำเนินงานที่จะทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ระดับสูงสุดขององค์กร | เมื่อตัดสินใจให้การศึกษที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายหรือหุ้นส่วนขององค์กร การกำกับดูแลจะได้รับแจ้งทุกความสัมพันธ์และความรับผิดชอบ | ในฐานะที่เป็นระดับการกำกับดูแลมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายองค์กร แผนกลยุทธ์ การจัดสรรทรัพยากร และโปรแกรมคุณภาพด้วยเช่นกัน (ดูที่ GLD.1.1 ถึง GLD.1.6) เป็นสิ่งจำเป็นที่จะรวบรวมการตัดสินใจ | ตัวอย่างเช่น ความมุ่งมั่นในการให้การศึกษแก่นักศึกษาแพทย์และผู้ฝึกอบรมสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรหรือไม่ และความมุ่งมั่นนี้นำเสนอบริการต่อประชาชนและผู้ป่วยอย่างไร

ผู้กำกับดูแลและผู้นำขององค์กรมีความรับผิดชอบต่อการได้มา การทบทวน และการยอมรับต่อตัวแปรโปรแกรม การศึกษาของผู้ให้การสนับสนุนหลักสูตรการศึกษาด้วยเช่นกัน

ชุดของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการศึกษาในองค์กรถูกเลือกและรายงานไปยังผู้กำกับดูแลและผู้นำองค์กรเป็นประจำทุกปีเพื่อตรวจสอบขอบเขตและกิจกรรมของโปรแกรม ความสำเร็จของเป้าหมายโปรแกรม การปฏิบัติตามกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และความพึงพอใจกับโปรแกรมของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MPE.1

- 1. การตัดสินใจให้การศึกษทางการแพทย์จะทำในระดับสูงสุดของการกำกับดูแลและความเป็นผู้นำขององค์กร ที่มีความสอดคล้องกับภารกิจขององค์กร และได้บันทึกไว้
- 2. ผู้กำกับดูแลและผู้นำองค์กรได้รับ ตรวจสอบ และยอมรับตัวแปรของการเข้าร่วมโครงการโรงเรียนแพทย์ และได้บันทึกการทำงานไว้
- 3. ผู้กำกับดูแลและผู้นำองค์กรรับรองชุดของตัวชี้วัดเพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินการของโปรแกรม การศึกษทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และมีการบันทึกการติดตามและตรวจสอบไว้
- 4. ผู้กำกับดูแลและผู้นำองค์กรตรวจสอบโปรแกรมการศึกษทางการแพทย์ในองค์กรอย่างน้อยปีละครั้ง และมีการบันทึกการตรวจสอบไว้
- 5. การตรวจสอบรวมถึงความพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการให้บริการทางคลินิกในโปรแกรม

## มาตรฐาน MPE.2

เจ้าหน้าที่คลินิก ประชากรผู้ป่วย เทคโนโลยี และอาคารสถานที่ขององค์กรสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการศึกษา

### เจตนาของ MPE.2

การให้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายและมีความหมายสำหรับนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดต้องมีปัจจัยหลายอย่าง ที่นอกเหนือจากความมุ่งมั่นของการกำกับดูแลและการนำองค์กร | เจ้าหน้าที่ทางคลินิกขององค์กรต้องมีจำนวนเพียงพอ และมีความเชี่ยวชาญเพื่อให้การศึกษาแก่นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดเพิ่มมากขึ้น | ตัวอย่างเช่น จำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาล สนับสนุนโปรแกรมการศึกษา และเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้าใจความสัมพันธ์เพื่อโปรแกรมการศึกษา

ประชากรผู้ป่วยขององค์กรมีจำนวนเพียงพอและต้องการการสนับสนุนการศึกษาและประสบการณ์การเรียนรู้ด้านคลินิก | นอกจากนี้ต้องมีห้องเรียนที่เพียงพอ กับการศึกษาแบบออกปฏิบัติหน้าที่ และ สถานที่พัก และเอกสารประกอบการสอนที่พิมพ์ขึ้นและแบบออนไลน์สนับสนุนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ | มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่จำเป็นเพื่อฝึกสอน จากหลักฐานที่ใช้ปฏิบัติทางด้านดูแลสุขภาพ

### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MPE.2

- 1. มีหลักฐานว่าเจ้าหน้าที่ทางคลินิกขององค์กรมีจำนวนเพียงพอและมีการศึกษา ฝึกอบรม และมีความสามารถในการสนับสนุนและให้การศึกษาแก่นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดเพิ่มขึ้น
- 2. มีหลักฐานว่าประชากรผู้ป่วยขององค์กรมีจำนวนเพียงพอและมีความต้องการทางคลินิกเพื่อสนับสนุนการศึกษานักศึกษาแพทย์ฝึกหัด
- 3. มีหลักฐานว่า อาคารสถานที่ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นสนับสนุนการศึกษานักศึกษาแพทย์ฝึกหัด

## มาตรฐาน MPE.3

มีการระบุ ผู้สอนด้านคลินิก และบทบาทของเจ้าหน้าที่แต่ละคนและความสัมพันธ์กับสถาบันการศึกษา

### เจตนาของ MPE.3

มีการระบุ เจ้าหน้าที่ทางคลินิกที่มีความรับผิดชอบต่อนักศึกษาแพทย์และให้การศึกษาอบรมและควบคุมดูแล ไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้การศึกษาแพทย์ฝึกหัดและเจ้าหน้าที่องค์กรอื่นเข้าใจความรับผิดชอบและอำนาจในการสั่งการขณะศึกษา | ตัวอย่างเช่น เมื่อเจ้าหน้าที่องค์กรมีความคิดเห็น ความกังวล หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการโปรแกรมการศึกษา หรือนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดมีความเข้าใจว่าใครรับผิดชอบในการรับข้อมูลนั้นและดำเนินการต่อไป

ความสัมพันธ์ของผู้สอนด้านคลินิกขององค์กรต่อสถาบันที่ให้การสนับสนุนทางการศึกษาจะต้องชัดเจน | ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการหารือตำแหน่งทางวิชาการของเจ้าหน้าที่ทางคลินิก มีความชัดเจนของรายได้และรางวัลของตำแหน่งนั้น การใช้ตำแหน่งอย่างไร และตำแหน่งมีความหมายต่อประชาชนทั่วไปอย่างไร | องค์กรมีรายชื่อของผู้สอนด้านคลินิกและตำแหน่งทางการแพทย์และวิชาการ | มีการตรวจสอบการปฏิบัติตามข้อกำหนดสำหรับการต่ออายุหรือการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งทางวิชาการ (ดูที่ SQE.9 ถึง SQE.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MPE.3

- 1. มีการระบุผู้สอนด้านคลินิกให้แก่เจ้าหน้าที่องค์กร และมีรายชื่อผู้สอนด้านคลินิกทั้งหมด รวมถึงตำแหน่งทางวิชาชีพและการศึกษา
- 2. เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการศึกษาเกี่ยวกับหน้าที่ ความรับผิดชอบและอำนาจในการสั่งการ
- 3. องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบตำแหน่งทางวิชาการ และข้อกำหนดสำหรับการต่ออายุหรือการเปลี่ยนแปลง และปรับปรุงตำแหน่งให้เป็นปัจจุบัน

มาตรฐาน MPE.4

องค์กรเข้าใจและกำหนดความถี่และความจำเป็นของการควบคุมดูแลทางการแพทย์สำหรับนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดแต่ละประเภทและแต่ละระดับ (P)

เจตนาของ MPE.4

การควบคุมดูแลมีความจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและให้แน่ใจว่าโปรแกรมการฝึกอบรมเป็นประสบการณ์สำหรับนักศึกษาแพทย์ฝึกหัด | ระดับการควบคุมดูแลที่ต้องการมีความสอดคล้องกับระดับการฝึกอบรม และระดับของความสามารถของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัด | องค์กรเข้าใจว่าความสามารถของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัด ไม่สามารถสันนิษฐานได้และจะต้องแสดงให้เห็นในช่วงต้นโปรแกรมการฝึกอบรม

นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดแต่ละคนเข้าใจกระบวนการควบคุมดูแลด้านคลินิก รวมถึงผู้ใดคือผู้ควบคุมดูแล และความถี่ในการกำกับดูแล | ตัวอย่างเช่น นักศึกษาแพทย์เข้าใจว่าการควบคุมดูแลทำโดยแพทย์ประจำบ้าน หรือโดยแพทย์หลักของผู้ป่วย หรือโดยอาจารย์ของโรงเรียนแพทย์ | นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดเข้าใจว่าการควบคุมดูแลรวมถึงการลงนามในบันทึกและใบสั่งยาทุกฉบับของทุกวัน การลงนามในแผนการดูแลและบันทึกความคืบหน้าของอาการทุกๆ วัน หรือการบันทึกรายการในทะเบียนผู้ป่วย | ในทำนองเดียวกัน เป็นที่ชัดเจนว่ามีการบันทึกวิธีการที่เป็นหลักฐานของการกำกับดูแลไว้ รวมถึงความถี่และตำแหน่งของเอกสาร | เพื่อให้มั่นใจว่าประสบการณ์จากการเรียนรู้เป็นรูปแบบเดียวกัน องค์กรมีการระบุและตรวจสอบความคาดหวังที่เป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับกระบวนการให้คำปรึกษา/กำกับดูแล

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MPE.4

- 1. นโยบายองค์กรระบุระดับการควบคุมดูแลที่ต้องการของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดแต่ละระดับ
- 2. ระดับกำหนดบนพื้นฐานของความสามารถในการอธิบายให้นักศึกษาแพทย์ฝึกหัด
- 3. นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดเข้าใจระดับ ความถี่ และเอกสารของการควบคุมดูแล
- 4. องค์กรมีระดับของการดูแลที่ต้องการสำหรับนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดแต่ละคน
- 5. มีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับการบันทึกการควบคุมดูแลที่ต้องการซึ่งสอดคล้องกับ นโยบายองค์กร เป้าหมายของโปรแกรม และคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- 6. องค์กรมีการกำหนดความคาดหวังที่เป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับเจ้าหน้าที่กำกับดูแลทุกคน เพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการทำให้นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดมีประสบการณ์ในรูปแบบเดียวกัน
- 7. มีการตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนดของการบันทึกเอกสารและความถี่ในการตรวจสอบ

มาตรฐาน MPE.5

มีการประสานงานและการบริหารจัดการการศึกษาทางการแพทย์ในองค์กรผ่านกลไกการดำเนินงานที่กำหนดไว้และโครงสร้างการบริหารจัดการ

#### เจตนาของ MPE.5

โปรแกรมการศึกษาทางการแพทย์ในองค์กรต้องมีโครงสร้างการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และความมุ่งมั่นของเวลาของบุคลากรสำหรับการดำเนินการประสานงานและชีวิตประจำวัน | มีการจัดทำและตรวจสอบข้อตกลงระหว่างองค์กรและโรงเรียนแพทย์ | มีรายชื่อของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดที่ถูกต้องในองค์กร | มีเอกสารสำหรับนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดแต่ละคน ดังนี้

- a) สถานะการลงทะเบียน
- b) การจำแนกประเภทวิชาการ
- c) ใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองที่จำเป็น
- d) รายงานความสำเร็จของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัด
- e) บัตรประจำตัวของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดและความสามารถ
- f) ปัจจัยอื่นๆ ที่ต้องการการอำนวยความสะดวก
- g) ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อระดับการกำกับดูแลที่จำเป็น

เมื่อโปรแกรมการศึกษาได้รับการสนับสนุนโดยองค์กร มีการกำหนดวิธีการและสถานที่จัดกิจกรรมไว้

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MPE.5

- 1. มีการกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานสำหรับการศึกษาทางการแพทย์และมีการดำเนินงานตามที่ต้องการ
- 2. โครงสร้างการบริหารจัดการสำหรับการศึกษาทางการแพทย์ในองค์กรและมีการดำเนินงานตามที่ต้องการ
- 3. มีรายชื่อนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดในองค์กรที่สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน
- 4. มีการบันทึกไว้ซึ่งข้อ a) ถึง g) ในหัวข้อเจตนา ของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดแต่ละคน

#### มาตรฐาน MPE.6

นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมดขององค์กร และการดูแลทั้งหมดที่มีภายในคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์กร (P)

#### เจตนาของ MPE.6

โปรแกรมการฝึกอบรมและผู้เรียนเป็นปัจจัยสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม | ถึงแม้ว่านักศึกษาแพทย์ฝึกหัดมีความประสงค์ที่จะมีการศึกษาขั้นพื้นฐานในคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโปรแกรมการศึกษาแต่ไม่ค่อยเกิดขึ้น | ดังนั้น องค์กรต้องมีโปรแกรมที่วางแผนไว้และรอบคอบเพื่อแนะนำแนวคิดดังกล่าว สนับสนุนนักศึกษาแพทย์ฝึกหัด ในการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางที่เกี่ยวข้อง และรวมนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดในโปรแกรมการติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย | ตัวอย่างเช่น นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดได้รับการศึกษาให้สอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล

นอกจากนี้ จำเป็นต้องมีแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก ขั้นตอนการขอเวลานอกในการผ่าตัด นโยบายในการสั่งยา และกลไกอื่นเพื่อลดความแตกต่างในกระบวนการดูแล – และ ดังนั้นลดความเสี่ยงในกระบวนการ – เป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศนักศึกษาฝึกหัดและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและการตรวจสอบ | การปฐมนิเทศสำหรับนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดรวมถึงดังนี้ เป็นอย่างน้อย

- a) โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร (คู่มือ GLD.4, GLD.4.1, GLD.5, GLD.11 และ GLD.11.2)
- b) โปรแกรมควบคุมการติดเชื้อ (คู่มือ PCI.5)
- c) โปรแกรมความปลอดภัยด้านยา (คู่มือ MMU.1)
- d) เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล
- e) การปฐมพยาบาลอื่นๆ ที่จำเป็น รวมถึงระดับแผนกและหน่วยบริการ (คู่มือ SQE.7) และ
- f) การศึกษาต่อเรื่องที่จำเป็นอื่นๆ

กระบวนการติดตามรวมถึงการที่บุคคลเหล่านั้นให้การกำกับดูแลนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดเพื่อให้แน่ใจว่ามีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัย (คู่มือ MOI.9.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MPE.6

- 1. นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดได้รับการปฐมพยาบาล ที่มีข้อ a) ถึง f) ในหัวข้อเจตนา เป็นอย่างน้อย
- 2. โปรแกรมการติดตามคุณภาพขององค์กร รวมข้อมูลนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดที่รวบรวมไว้ด้วย
- 3. ผู้ดูแลนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดแน่ใจว่านักศึกษาแพทย์ฝึกหัดมีความรู้ของโปรแกรมและมีส่วนร่วมในโปรแกรม
- 4. นักศึกษาแพทย์ฝึกหัดสามารถแสดงให้เห็นถึงความรู้ของโปรแกรมเหล่านี้
- 5. ผู้ดูแลนักศึกษาแพทย์ฝึกหัดพิจารณาการปฏิบัติตามโปรแกรมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ฝึกหัด

มาตรฐาน MPE.7

การฝึกอบรมทางการแพทย์ที่ให้การดูแลหรือบริการในโรงพยาบาล – นอกตัวแปรของโปรแกรมทางวิชาการ – ได้รับสิทธิ์ในการให้บริการโดยต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติและการกำหนดสิทธิการดูแล คำบรรยายลักษณะงานหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ขององค์กร

เจตนาของ MPE.7

กฎหมายและระเบียบปฏิบัติในหลายๆ ประเทศอนุญาตให้ผู้ฝึกหัด มีความก้าวหน้าในโปรแกรม ให้บริการในองค์กร นอกเหนือจากโปรแกรมการศึกษา | เช่น ผู้ฝึกหัดอาจจะให้การดูแลทางการแพทย์ในแผนกฉุกเฉินในตอนเย็นหรือวันหยุดสุดสัปดาห์ หรืออาจจะทำงานเป็น “แพทย์ประจำบ้าน” ในช่วงกะดึก | ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ฝึกหัดแต่ละคนจะต้องได้รับการประเมินและได้รับอนุญาตที่จะให้บริการเหล่านั้นผ่านกระบวนการที่จัดทำขึ้นตามปกติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ ตามที่อธิบายไว้ในมาตรฐานคุณสมบัติและการศึกษาของบุคลากร (SQE) | งานของเขาถูกประเมินเป็นไปตามมาตรฐาน SQE

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ MPE.7

- 1. องค์กรกำหนดประเภทของการฝึกอบรมและภายใต้สถานการณ์ที่สามารถจ้างหรือมีการกำหนดโดยองค์กรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหรือบริการอื่น
- 2. การฝึกอบรมการให้บริการดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติและกำหนดสิทธิการให้บริการ (คู่มือ SQE.9 และ SQE.10)
- 3. มีการประเมินผู้ฝึกหัดที่ให้การบริการดังกล่าว (คู่มือ SQE.11)

## ⇒ โปรแกรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ Human Subjects Research Programs (HRP)

โปรแกรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ Human Subjects Research Programs (HRP)

มาตรฐาน HRP.1

ผู้อำนวยการรับผิดชอบต่อการพิทักษ์สิทธิ์ในการวิจัยในมนุษย์

มาตรฐาน HRP.1.1

ผู้อำนวยการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและความต้องการด้านวิชาชีพและจัดให้มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานโครงการวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ ⑥

เจตนาของ HRP.1 และ HRP.1.1

การวิจัยในมนุษย์เป็นความพยายามที่ซับซ้อนและสำคัญสำหรับองค์กร | ผู้อำนวยการตระหนักถึงระดับความต้องการของความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของบุคคลที่จำเป็นเพื่อการสืบค้นความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในเนื้อหาของการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยที่พวกเขาได้ทำการวินิจฉัยและรักษา

ความมุ่งมั่นของผู้นำแผนก/หน่วยบริการต่อการวิจัยในมนุษย์ไม่ได้แยกจากความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย – ความมุ่งมั่นรวมในทุกระดับ | ดังนั้น องค์กรประกอบของความมุ่งมั่นนี้ประกอบด้วย การพิจารณาด้านจริยธรรม การสื่อสารที่ดี ความรับผิดชอบของผู้นำแผนก/หน่วยบริการ การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ และทรัพยากรทางการเงินและไม่ใช่ทางการเงิน | ทรัพยากรหนึ่งดังกล่าวเป็นการประกันที่เพียงพอที่จะชดเชยผู้ป่วยสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการวิจัย | ผู้อำนวยการตระหนักถึงภาระหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผู้สนับสนุนการวิจัย

ผู้อำนวยการมีความรู้เกี่ยวกับและปฏิบัติตามกฎระเบียบและมาตรฐานวิชาชีพโดยเฉพาะสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ เช่นจาก International Conference on Harmonisation (ICH)/องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO)) มาตรฐานการปฏิบัติงานทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice (GCP)) (ดูหมายเหตุในท้ายบทนี้ และดูที่ GLD.12.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.1

- 1. ผู้อำนวยการจัดทำและส่งเสริมเกณฑ์ด้านจริยธรรมวิชาชีพ
- 2. ผู้อำนวยการติดต่อสื่อสาร ทางวาจาและลายลักษณ์อักษร ภายในองค์กรในการพิทักษ์สิทธิ์ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์และสนับสนุนเกณฑ์ด้านจริยธรรมวิชาชีพ
- 3. ผู้อำนวยการกำหนดความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการสำหรับการคงไว้ในการพัฒนาและการปฏิบัติตามระเบียบและวิธีปฏิบัติของการวิจัยในมนุษย์
- 4. ผู้อำนวยการรับผิดชอบในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผู้สนับสนุนการวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.1.1

- 1. ผู้อำนวยการตระหนักและจัดทำกลไกสำหรับการปฏิบัติตามกฎระเบียบและความต้องการด้านวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
- 2. ผู้อำนวยการมีกระบวนการในการจัดทำงบประมาณเพื่อให้ทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานโปรแกรมการวิจัยอย่างมีประสิทธิภาพ

○ 3. ผู้นำองค์กรจัดให้มีหรือให้ความเชื่อมั่นว่ามีหลักประกันอย่างเพียงพอที่จะชดเชยผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการวิจัยทางคลินิกสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

#### มาตรฐาน HRP.2

ผู้นำองค์กรกำหนดขอบเขตของกิจกรรมการวิจัย

#### เจตนาของ HRP.2

กิจกรรมการวิจัยสามารถกำหนดให้หน่วยงานทางคลินิกหน่วยหนึ่งหรือกระจายทั่วทั้งองค์กร | การวิจัยสามารถเป็นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งชนิด – เช่น การเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ ยา (จากการทดลองและการไม่มีข้อบ่งชี้) หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | เพื่อให้มั่นใจว่ามีการควบคุมและสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับทุกการวิจัยในองค์กร เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้นำองค์กรตัดสินใจเกี่ยวกับขอบเขตของกิจกรรมการวิจัย รวมถึงประเภทและสถานที่ | ผู้นำยังมีความรับผิดชอบต่อการให้ความเชื่อมั่นว่าบุคลากรที่ได้รับการอบรมมีจำนวนเพียงพอเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้วิจัยหลักและสมาชิกคนอื่นๆ ของทีมวิจัย | มีเอกสารคุณสมบัติที่จำเป็น | ผู้นำต้องจัดตั้งองค์ประกอบสำหรับเมื่อบุคลากรขององค์กรเข้าร่วมในการวิจัย

#### องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.2

- 1. ผู้นำองค์กรกำหนดขอบเขตของโครงการในส่วนของยา เครื่องมือทางการแพทย์ การทดสอบ และหัวข้อและวิธีการในการวิจัยที่มีศักยภาพ
- 2. ผู้นำองค์กรกำหนดอาคารสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ที่จะใช้ในการทำงานวิจัย
- 3. ผู้นำองค์กรกำหนดบุคลากรคุณสมบัติของบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมเป็นผู้วิจัยหลักและสมาชิกคนอื่นๆ ของทีมวิจัย
- 4. มีเอกสารคุณสมบัติของบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
- 5. ผู้นำองค์กรกำหนดสถานการณ์ที่บุคลากรสามารถทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครในการวิจัย

#### มาตรฐาน HRP.3

ผู้นำองค์กรกำหนดความต้องการของผู้สนับสนุนการวิจัยเพื่อให้มั่นใจว่ามีความมุ่งมั่นในการดำเนินการวิจัย ②

#### เจตนาของ HRP.3

ผู้สนับสนุนของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติและมีความรับผิดชอบ | ดังนั้น ผู้นำองค์กรต้องกำหนดคุณสมบัติที่ชัดเจนสำหรับผู้สนับสนุนการวิจัยในองค์กร | ผู้สนับสนุนการวิจัยมีความรับผิดชอบในทุกมุมมองของการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้ง

- การตรวจสอบคุณภาพและความปลอดภัยของการวิจัย
- สร้างความมั่นใจว่าวิธีการและกระบวนการการวิจัยมีจริยธรรม
- ใช้ทีมวิจัยที่ได้รับการฝึกฝนและมีคุณสมบัติ
- ปกป้องข้อมูลที่เกิดขึ้นให้มีความน่าเชื่อถือและถูกต้อง
- สร้างความมั่นใจว่าผลลัพธ์และการรายงานมีความถูกต้องทางสถิติ มีจริยธรรม และมีความเป็นกลาง
- ปกป้องข้อมูลให้มีความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับ และ
- สร้างความมั่นใจว่าแรงจูงใจของผู้ป่วยหรือการวิจัยไม่ประนีประนอมความสมบูรณ์ของการวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.3

- 1. ข้อกำหนดรวมถึงผู้ให้การสนับสนุนปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติขององค์กรสำหรับการตรวจสอบและประเมินคุณภาพ ความปลอดภัยและจริยธรรมของการวิจัย
- 2. ข้อกำหนดรวมถึงผู้สนับสนุนการวิจัยใช้ทีมงานวิจัยที่ได้รับการฝึกฝนและมีคุณสมบัติที่จะดำเนินการวิจัย
- 3. ข้อกำหนดรวมถึงผู้สนับสนุนการวิจัยปกป้องข้อมูลให้มีความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับ (ดูที่ PFR.1.3 และ MOI.2)
- 4. ข้อกำหนดรวมถึงผู้สนับสนุนการวิจัยมั่นใจว่าข้อมูลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและถูกต้อง และผลลัพธ์และการรายงานมีความถูกต้องทางสถิติ มีจริยธรรม และมีความเป็นกลาง
- 5. ข้อกำหนดรวมถึงผู้สนับสนุนไม่อนุญาตให้แรงจูงใจของผู้ป่วยหรือผู้วิจัยประนีประนอมความสมบูรณ์ของการวิจัย

มาตรฐาน HRP.3.1

เมื่อผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหนึ่งคนหรือมากกว่าของผู้สนับสนุนการวิจัยอยู่นอกองค์กรทางธุรกิจหรือการศึกษาวิจัย มีการกำหนดความรับผิดชอบนอกองค์กรการวิจัยไว้อย่างชัดเจน **Ⓟ**

เจตนาของ HRP.3.1

การวิจัยในมนุษย์มีองค์ประกอบหลายอย่าง ผู้สนับสนุนบางคนอาจจะเลือกที่จะทำสัญญานอกองค์กร ปกติเรียกว่า องค์กรที่ทำสัญญาวิจัยไว้ | องค์ประกอบดังกล่าวรวมถึง การสรรหาหัวข้อ การดำเนินการวิจัย ให้มีการจัดการข้อมูล หรือการทำหน้าที่เป็นกลไกตรวจสอบการวิจัย | องค์กรและผู้สนับสนุนการวิจัยมีความรับผิดชอบในการคัดเลือกทำ สัญญาองค์กรวิจัย คำอธิบายอย่างชัดเจนถึงความรับผิดชอบ และการติดตามการปฏิบัติตามสัญญา | เมื่อระเบียบวิธีปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการโอนหน้าที่ปฏิบัติโดยผู้สนับสนุนไปยังองค์กรที่ทำสัญญาวิจัย ผู้สนับสนุนติดตามการปฏิบัติตาม ภาระเปรียบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสอบการทำสัญญา

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.3.1

- 1. องค์กรกำหนดและนำกระบวนการไปปฏิบัติเพื่อกำหนดกิจกรรมและความรับผิดชอบขององค์กรที่ทำสัญญาวิจัย
- 2. หน้าที่และความรับผิดชอบที่โอนไปโดยผู้สนับสนุนไปยังองค์กรที่ทำสัญญาวิจัย มีอยู่ในสัญญาเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3. สัญญาระบุว่าองค์กรที่ทำสัญญาวิจัยหรือผู้สนับสนุนมีความรับผิดชอบในการตรวจสอบและประเมินคุณภาพ ความปลอดภัย และจริยธรรมของการวิจัย
- 4. ผู้สนับสนุนเป็นผู้รับผิดชอบต่อการตรวจสอบสัญญา

มาตรฐาน HRP.4

ผู้นำองค์กรจัดทำหรือทำสัญญาในกระบวนการตรวจสอบเมื่อเริ่มต้นและอย่างต่อเนื่องของการวิจัยในมนุษย์ **Ⓟ**

เจตนาของ HRP.4

หนึ่งในหน้าที่ที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์คือการตรวจสอบและติดตามโดยกลุ่มบุคคลอิสระ โดยทั่วไป จะเรียกว่าเป็นคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional Review Board (IRB)) คณะกรรมการด้าน จริยธรรม หรือการแต่งตั้งที่คล้ายกัน | องค์ประกอบ ขอบเขตความรับผิดชอบ และปัจจัยอื่นๆ อาจบรรยายใน กฎหมายหรือกฎระเบียบข้อบังคับ | กลุ่มนี้ตรวจสอบทุกมุมมองของระเบียบวิธีการวิจัยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการ ปกป้องและเป็นการวิจัยที่ปลอดภัย | หน้าที่นี้อาจมีการทำสัญญากับองค์กรภายนอกเช่นสัญญาองค์กรวิจัย | นโยบาย



ระเบียบวิธีปฏิบัติ และโครงสร้างหน้าที่ในการตรวจสอบการวิจัยนี้กำหนดโดยผู้นำองค์กร | นอกจากนี้ผู้นำองค์กรมีความรับผิดชอบต่อการกำหนดประเภทของการวิจัยที่ได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ตรวจสอบและยกเว้นเอกสารของกิจกรรมของกลุ่มตรวจสอบ | เอกสารนี้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของหน้าที่ของผู้นำในการตรวจสอบว่าการวิจัยเป็นไปได้ด้วยดีเพียงใดอย่างน้อยเป็นประจำทุกปี

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.4

- 1. ผู้นำองค์กรกำหนดและสนับสนุนความต้องการด้านโครงสร้างและการดำเนินงานของหน้าที่ตรวจสอบการวิจัย
- 2. หน้าที่ตรวจสอบการวิจัยปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
- 3. ผู้นำองค์กรระบุข้อกำหนดของหน่วยงานนอกองค์กรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ตรวจสอบการวิจัย เช่น สัญญาองค์กรวิจัย
- 4. ผู้นำองค์กรกำหนดการวิจัยที่ได้รับการยกเว้นจากกระบวนการตรวจสอบอย่างชัดเจน
- 5. ผู้นำองค์กรกำหนดความต้องการสำหรับเอกสารเกี่ยวกับกิจกรรมของการตรวจสอบการวิจัย
- 6. ผู้นำองค์กรมีการทบทวนกระบวนการตรวจสอบการวิจัยอย่างน้อยเป็นประจำทุกปี

มาตรฐาน HRP.5

องค์กรกำหนดและจัดการกับความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับการวิจัยที่ดำเนินการที่องค์กร **Ⓟ**

เจตนาของ HRP.5

ความขัดแย้งทางผลประโยชน์เกิดขึ้นจากหลายแหล่งและในหลายรูปแบบสำหรับการสนับสนุนหรือการเข้าร่วมในการวิจัยในมนุษย์ | ความขัดแย้งอาจจะเป็นทางการเงิน (เช่น การจ่ายเพื่อการรับสมัครของบางวิชา) หรือที่ไม่ใช่ทางการเงิน (เช่น การเดินทางไปพุดในที่ประชุม) | กระบวนการตรวจสอบการวิจัยสามารถระบุและลดความขัดแย้งดังกล่าว หรือองค์กรสามารถใช้หรือพัฒนาชนิดของกลไกที่จะตรวจสอบและลดความขัดแย้ง | กลไกรวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ถือว่าเป็นความขัดแย้งและการจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างประสบความสำเร็จ (ดูที่ GLD.12)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.5

- 1. องค์กรระบุข้อกำหนดสำหรับการจัดการความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ทั้งทางการเงินและไม่ใช่ทางการเงิน
- 2. องค์กรระบุบุคคล คณะกรรมการ และผู้อื่นซึ่งกำหนดไว้
- 3. องค์กรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องและมีกระบวนการตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าปฏิบัติตามข้อกำหนด

มาตรฐาน HRP.6

องค์กรรวมโครงการวิจัยในมนุษย์ในโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กร

เจตนาของ HRP.6

การวิจัยในมนุษย์อาจเกี่ยวข้องกับวิธีการผ่าตัดใหม่ การใช้ยาชนิดใหม่ หรือการไม่มีข้อบ่งชี้ของการใช้ยาในปัจจุบัน การใช้รังสีที่ใช้รักษาผู้ใหญ่ไปใช้กับประชากรเด็ก และหัวข้อและวิธีการวิจัยอื่นๆ | ความสำคัญหลักคือการรวมกิจกรรมการวิจัยในกระบวนการตามปกติขององค์กร เช่น การสั่งซื้อ การจ่ายยา และกระบวนการบริหารยาภายใต้การศึกษา | กระบวนการตามปกติรวมถึงการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพและความ

ปลอดภัยของผู้ป่วย | ดังนั้น การรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยขององค์กรในผู้เข้าร่วมการวิจัย ควรเป็นกลไกการตรวจสอบคุณภาพขององค์กร ผู้สนับสนุนการวิจัย หรือองค์กรการวิจัยที่ทำสัญญา

การรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีการวิจัยสามารถให้ข้อมูลที่สำคัญต่อความเข้าใจโดยรวมในด้านคุณภาพ และความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยในองค์กร | เช่น เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญเมื่อใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้เป็น ข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องของ องค์กร | ความสำคัญเท่าๆ กันคือการจัดการและกำจัดการวิจัยทดลองทางยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการกับวัตถุ อันตราย | นอกจากนี้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ในขั้นตอนการทดลองควรมีการตรวจสอบและคงไว้

ดังนั้นในทุกมุมมองของโปรแกรมการวิจัยในมนุษย์ควรมีการประเมินว่ามีการปรับใช้โปรแกรมคุณภาพและความ ปลอดภัย และดังนั้นกระบวนการรายงานและตรวจสอบอย่างต่อเนื่องในองค์กรควรรวมไว้ในโปรแกรมการวิจัย | นอกจากนี้ควรเป็นกรณีเมื่อกิจกรรมการวิจัยทำโดยองค์กรที่ทำสัญญาวิจัย (ดูที่ GLD.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.6

- 1. โครงการวิจัยเป็นส่วนประกอบของกระบวนการขององค์กรในการรายงานและดำเนินการกับเหตุการณ์ที่ไม่พึง ประสงค์ อุบัติการณ์รุนแรง ของประเภทและกระบวนการที่เรียนรู้จากเหตุการณ์เกือบพลาด (ดูที่ MMU.7.1, QPS.7, QPS.8 และ QPS.9)
- 2. โครงการวิจัยรวมอยู่ในโปรแกรมการจัดการกับวัตถุอันตราย การจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการจัดการ ยา (ดูที่ FMS.5, FMS.8 และ MMU.1)
- 3. การประเมินผลของบุคลากรซึ่งเข้าร่วมในโครงการวิจัยมีการรวมเข้าไปในกระบวนการตรวจสอบการดำเนินงาน ทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ดูที่ SQE.11)

มาตรฐาน HRP.7

องค์กรกำหนดและดำเนินการกระบวนการการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ที่ช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับการบอกกล่าวและตัดสินใจเกี่ยวกับการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยทางคลินิก การสืบสวนทางคลินิก หรือการทดลองทาง คลินิก

มาตรฐาน HRP.7.1

องค์กรแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเข้าถึงการวิจัยทางคลินิก การสืบสวนทางคลินิก หรือการทดลองทาง คลินิก และรวมถึงการคุ้มครองประชากรที่อ่อนแอเพื่อลดการบีบบังคับที่อาจเกิดขึ้นหรืออิทธิพลที่ไม่เหมาะสม (P)

เจตนาของ HRP.7 และ HRP.7.1

องค์กรที่ทำการวิจัยทางคลินิก สืบสวนทางคลินิก หรือทดลองทางคลินิกเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรู้ถึงความรับผิดชอบสิ่งแรก คือสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่ดี | องค์กรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเข้าถึงการวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับความต้องการการรักษาผู้ป่วย

เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจการมีส่วนร่วมในการวิจัย องค์กรจัดตั้งนโยบายและระเบียบวิธีปฏิบัติสำหรับการ ยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (ดูที่ PFR.5) | ตลอดกระบวนการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว ผู้ป่วยและ

ครอบครัวได้รับความเข้าใจของการวิจัยและบทบาทของผู้ป่วยในการวิจัย ให้อิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่ | ข้อมูลที่ให้ไว้ระหว่างกระบวนการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว รวมถึง

- คำอธิบายของการวิจัย ระยะเวลาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และวิธีการที่ปฏิบัติตามโดยผู้ป่วย
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
- ความไม่สะดวกสบายและความเสี่ยง
- การรักษาและวิธีการอื่นที่อาจเป็นประโยชน์ได้เช่นเดียวกัน
- ขอบเขตที่ความลับของทะเบียนผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาไว้
- การชดเชยหรือการรักษาทางการแพทย์ถ้ามีการบาดเจ็บเกิดขึ้น
- ข้อความว่าเป็นการเข้าร่วมโดยสมัครใจ
- ความเชื่อมั่นที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมจะไม่ประนีประนอมการรักษาหรือเข้าถึงบริการขององค์กร และ
- ใครเป็นผู้ติดต่อกับคำถามเกี่ยวกับการวิจัย

การป้องกันใส่เข้าไปในสถานที่ผ่านหน้าทำการทบทวนการวิจัยขององค์กรเพื่อปกป้องผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและอาจเสี่ยงต่อการข่มขู่หรือมีอิทธิพลที่จะเข้าร่วมในการวิจัย | ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงรวมถึง เด็ก นักโทษ สตรีมีครรภ์ บุคคลที่มีปัญหาทางจิต บุคคลที่ด้อยโอกาสทางการศึกษาหรือเศรษฐกิจ และบุคคลอื่นๆ ที่มีความสามารถลดลงหรือไม่สามารถรับข้อมูลหรือตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย | อีกกลุ่มหนึ่งก็คือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงคือบุคลากรขององค์กร | บุคลากรอาจรู้สึกอยู่ภายใต้ความกดดันที่จะเข้าร่วม เช่น เมื่อผู้ตรวจสอบหลักคือหัวหน้างาน

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและได้รับความยินยอม มีการระบุบุคคลที่ให้ข้อมูลและให้ความยินยอมไว้ในทะเบียนผู้ป่วย | ในบางครั้งระเบียบวิธีการวิจัยอาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการค้นพบเมื่อเริ่มแรก เช่น ปริมาณยาอาจมีการเปลี่ยนแปลง | ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งภายใต้สถานการณ์เหล่านี้และคล้ายกัน (ดูที่ PFR.5.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.7

- 1. ผู้ป่วยที่ถูกร้องขอให้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ระยะเวลาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และวิธีการที่ปฏิบัติตาม และใครเป็นผู้ติดต่อกับคำถามเกี่ยวกับการวิจัย
- 2. ผู้ป่วยที่ถูกร้องขอให้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความไม่สะดวกสบายและความเสี่ยง การรักษาและวิธีการอื่นที่อาจช่วยเหลือผู้ป่วย
- 3. ผู้ป่วยที่ถูกร้องขอให้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตที่ความลับของทะเบียนผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาไว้
- 4. ผู้ป่วยที่ถูกร้องขอให้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการชดเชยหรือการรักษาทางการแพทย์ถ้ามีการบาดเจ็บเกิดขึ้น
- 5. ผู้ป่วยที่ถูกร้องขอให้เข้าร่วมมีความเชื่อมั่นว่าการเข้าร่วมเป็นการสมัครใจ และสามารถที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมจะไม่ประนีประนอมการรักษาหรือเข้าถึงบริการขององค์กร
- 6. ตลอดหน้าทำการตรวจสอบการวิจัย องค์กรจัดตั้งและนำไปปฏิบัติซึ่งการยินยอมเข้าร่วมทำได้อย่างไรและมีการบันทึกไว้และสถานการณ์ที่ได้รับความยินยอมอีกครั้งในระหว่างการวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ (ME) ของ HRP.7.1

- 1. มีการระบุผู้ป่วยและครอบครัวและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงการวิจัยทางคลินิก การสืบสวนทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการรักษา

- 2. ตลอดหน้าที่ยอดตรวจสอบการวิจัย องค์กรจัดตั้งและนำไปปฏิบัติซึ่งการปกป้องความปลอดภัย สิทธิ และความ เป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง รวมถึง เด็ก นักโทษ สตรีมีครรภ์ บุคคลที่มีปัญหาทางจิต บุคคลที่ด้อยโอกาสทาง การศึกษาหรือเศรษฐกิจ และบุคคลอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการข่มขู่หรือมีอิทธิพลที่จะเข้าร่วมในการวิจัย
- 3. ตลอดหน้าที่ยอดตรวจสอบการวิจัย องค์กรจัดตั้งและนำไปปฏิบัติซึ่งการปกป้องความปลอดภัย สิทธิ และความ เป็นอยู่ที่ดีของบุคลากรขององค์กรที่มีความเสี่ยงต่อการข่มขู่หรือมีอิทธิพลที่จะเข้าร่วมในการวิจัย