



SPA

(Standards-Practice-Assessment)

Part III

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 3

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)



SPA

(Standards-Practice-Assessment)



Part III

คู่มือมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 3

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

คู่มือนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part III

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5



จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ธันวาคม 2564

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part III

คู่มือนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
สุขภาพ ฉบับที่ 5.--นนทบุรี: สถาบัน, 2562.

152 หน้า.

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

ISBN 978-616-8024-52-2

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

โทร. 0 2903 8257-9

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

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐานสามารถนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น ซึ่งเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ใ้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตราฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ. เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กันยายน 2565

คำนำของฟูรีเยบรีเยง

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

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

การชี้ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายของการนำไปปฏิบัติ อาจจะมีมากเกินไปสำหรับบางองค์กรที่อยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำขององค์กรที่จะพิจารณาว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ แต่สำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ Advanced HA แล้ว ทั้งหมดที่อยู่ในคู่มือนี้คือสิ่งที่พึงใช้ความพยายามดำเนินการให้มากที่สุด

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

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวិเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ performance ขององค์กร

นพ.อนวัชน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

กันยายน 2565

คำนำ	III
คำนำของผู้เรียบเรียง.....	IV
สารบัญ	V
แนวคิด	1
SPA III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)	6
SPA III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment).....	20
SPA III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)	41
SPA III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)	50
SPA III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery).....	58
SPA III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients and High-Risk Services)	65
SPA III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care).....	72
SPA III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families) ..	123
SPA III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care).....	132

SPA (Standards – Practice – Assessment)

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

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

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

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

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

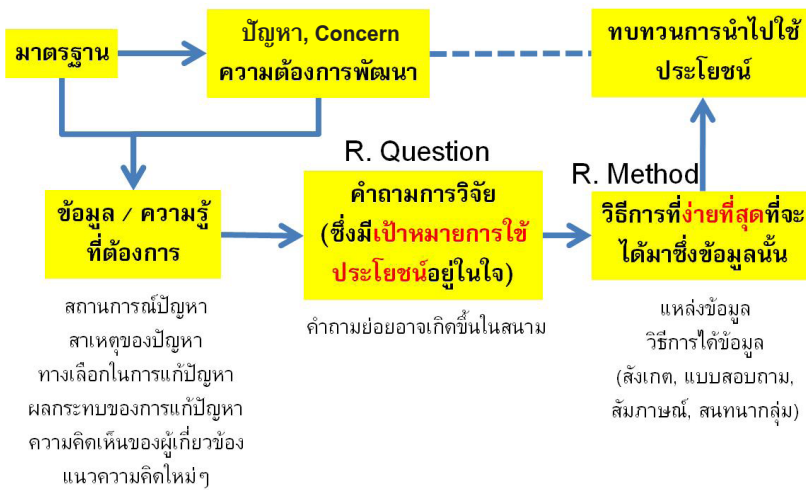
เพื่อให้ก้าวหน้าขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

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

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

Rapid Assessment

เป็นการประยุกต์แนวคิดของการวิจัยมาใช้ในการประเมินสถานการณ์หรือผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยสามารถสรุปข้อมูลหรือความรู้ที่ต้องการได้ในเวลาอันสั้น สามารถนำข้อมูลหรือความรู้นั้นไปใช้ประโยชน์ได้อย่างรวดเร็วทันการณ์



ภาพที่ 1 แนวคิดและแนวทางการทำ Rapid Assessment

แนวคิดสำคัญในการนำ Rapid Assessment มาใช้ ได้แก่

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

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

Clinical Self Enquiry

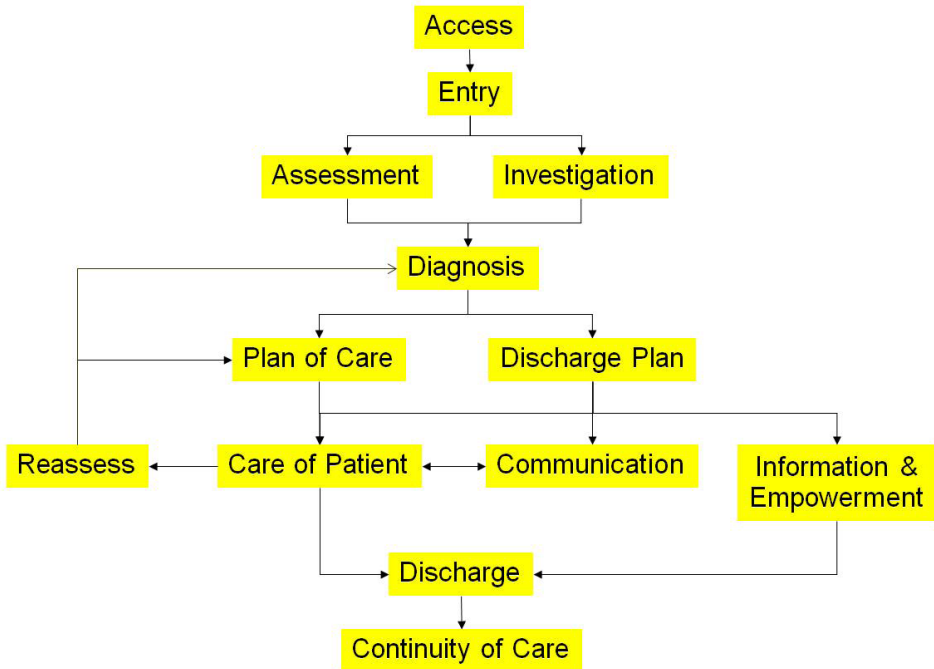
เป็นการเรียนรู้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยทีมงานของโรงพยาบาล ด้วยการใช้เครื่องมือทางคลินิกที่หลากหลาย นำผลทั้งด้านที่เป็นจุดดีและโอกาสพัฒนามาร้อยเรียงกันด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วย ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางหรือแผนแม่บทในการกำหนดความรับผิดชอบในการจัดทำแบบประเมินตนเองที่สะท้อนคุณภาพเชิงลึกด้วยการใช้โรคที่สะท้อนประเด็นคุณภาพในแต่ละขั้นตอนของการดูแล

เครื่องมือคุณภาพต่างๆ ที่นำมาใช้ใน Clinical Self Enquiry ได้แก่

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

แท้จริงแล้วทั้งหมดนี้ก็คือการประมวลกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ควรเริ่มต้นในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA มาสู่การปฏิบัติให้เรียบง่ายขึ้น และมีผลลัพธ์ที่นำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่นำมาใช้ร้อยเรียงผลการทบทวนอาจมีลักษณะดังภาพข้างล่าง หรืออาจขยายให้มีรายละเอียดเพิ่มขึ้นในส่วนของ Care of Patient Care

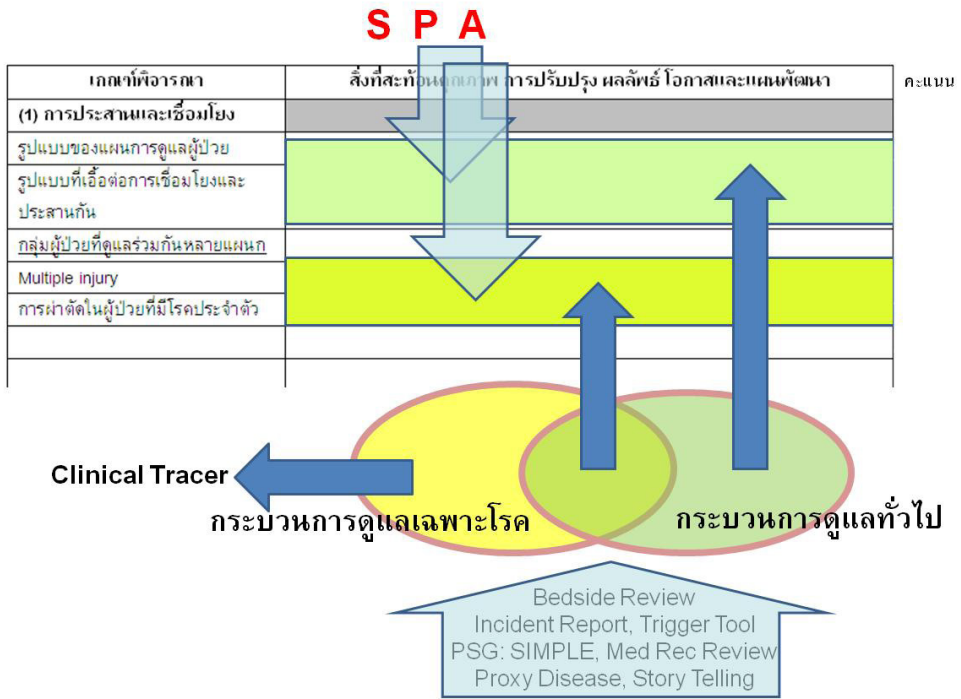


ภาพที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ร้อยเรียงข้อมูลจากการทบทวนด้วยเครื่องมือคุณภาพต่างๆ

การประเมินตนเองสำหรับมาตรฐานตอนที่ III

การตอบแบบประเมินตนเองตอนที่ III จะมีสองส่วนคือ

- 1) การตอบตามมาตรฐานตัวอย่างอย่างในตาราง
 - การสรุปความการปฏิบัติในขั้นตอนนี้โดยทั่วไปอย่างกระชับ
 - การยกตัวอย่างการปฏิบัติในขั้นตอนนี้สำหรับโรคบางโรค ซึ่งอาจจะมี ความซ้ำซ้อนกับเนื้อความบางส่วนใน Clinical Quality Summary (หรือ clinical tracer)
- 2) การตอบในลักษณะ Clinical Quality Summary (หรือ clinical tracer) หรือสรุปย่อ เนื้อความสำคัญในการดูแลโรคใดโรคหนึ่งตั้งแต่ต้นจนจบ อย่างกระชับ เป็นภาคผนวก



ภาพที่ 3 ตัวอย่างแบบประเมินตนเองเรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและที่มาของข้อมูล

ที่มาของข้อมูลที่จะใช้ในการตอบแบบประเมินตนเองในเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีสองแหล่งคือ

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

SPA III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

ก.การจัดบริการ (Service Arrangement)

(1) ทีมผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหารวมทั้งเป็นความต้องการบริการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และชุมชน ในปัจจุบันและอนาคต เพื่อกำหนดและจัดบริการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) องค์กรจัดช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความปลอดภัย และลดการแพร่กระจายเชื้อในกรณีโรคติดต่อ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

บ.การเข้าถึง (Access)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(2) องค์กรประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(3) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (screen) โดยการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพที่จำเป็นเบื้องต้น เพื่อจำแนกกลุ่มการให้บริการตรวจรักษาในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) ผู้ให้บริการมีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ก.การเข้ารับบริการ (Entry)

(1) การรับเข้าหรือย้ายเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(2) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล ผู้ให้บริการมีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว.

(i) ข้อมูลที่ให้อย่างน้อยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:

- สภาพการเจ็บป่วย;
- การดูแลที่จะได้รับ;
- ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.

(ii) องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ สามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นโดยอิสระ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- จัดระบบและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถขอความเห็นเพิ่มเติมจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นสุขภาพอื่นโดยอิสระ
- ให้เวลาผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเพียงพอก่อนที่จะตัดสินใจ

(3) องค์การเครพการตัดสินใจของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน หากมีการปฏิเสธการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ผู้ให้บริการมีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะให้บริการหรือให้เข้าร่วมกิจกรรมต่อไปนี้:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องกับการกระบวนการรับผู้ป่วยไว้ดูแลในโรงพยาบาล ร่วมกันกำหนดวิธีการขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวเพิ่มเติมเป็นการเฉพาะสำหรับบริการและกิจกรรมต่อไปนี้
 - การทำผ่าตัดและหัตถการรุกราน (invasive procedure)
 - การระงับความรู้สึก
 - การทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก
 - บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง
 - การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์
 - การถ่ายภาพเพื่อประกอบการดูแลรักษา อาจควรรวมเข้ากับการขอความยินยอมทั่วไปเพื่อนอนโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และขออนุญาตด้วยวาจาในแต่ละครั้งที่จะมีการถ่ายภาพ
 - การถ่ายภาพผู้ป่วยหรือเพื่อประโยชน์อื่น ๆ เช่น การศึกษา การวิจัย การเขียนตำรา เป็นต้น ควรมีการขอความยินยอมเฉพาะสำหรับวัตถุประสงค์นั้นๆ ระยะเวลาและขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้ด้วย
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประเด็นละเอียดอ่อน เช่น ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มที่มีความต้องการวิธีการได้รับข้อมูลพิเศษ ลักษณะข้อมูลที่มีความอ่อนไหวเป็นพิเศษ การได้รับข้อมูลที่มีความสำคัญต่อกระบวนการดูแล การแจ้งข่าวร้าย เป็นต้น รวมทั้งผลที่เกิดขึ้น เพื่อให้คนไข้และญาติ บรรเทาความทุกข์ และความสูญเสีย และมีคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

(5) องค์กรจัดทำและนำแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกระบวนการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-1)

- การจัดการบริการที่จำเป็น
 - ยังมีบริการที่จำเป็นอะไรอีกที่องค์กรควรจัดการบริการเพิ่มเติม
 - ยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงอะไรอีกที่องค์กรควรปรับปรุงแก้ไข
- การเข้าถึงบริการ
 - ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินว่ามีผู้ป่วยประเภทใดบ้างที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่อื่น โรงพยาบาลได้พยายามทำอะไรเพื่อปรับปรุงศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวหรือไม่

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

- ถ้ามพบยบาลที่ห้องฉุกเฉินว่าเมื่อจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่สถานพยาบาลอื่น มีการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างไร ให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างไร ช่วยหาที่ส่งต่ออย่างไร
- การรับเข้าดูแลในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ
 - ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันประเมินผลในประเด็นต่อไปนี้
 - การปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
 - ความสามารถของโรงพยาบาลในการรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็น ต้องได้รับการดูแลในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ ในเวลาที่เหมาะสม
 - ถ้ามประสบการณัของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถ้ามพบยบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤติว่าในการรับผู้ป่วยหนักเข้า ICU ใช้เกณฑ์อะไรเป็นสำคัญ เกณฑ์นี้มีปัญหาในทางปฏิบัติอะไรบ้าง ถ้ามีความต้องการใช้เตียงมากกว่าเตียงที่มีอยู่ จะดำเนินการอย่างไร
- Informed Consent
 - ความเหมาะสม ชัดเจน เพียงพอของข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับก่อนที่จะนอนโรงพยาบาล
 - สภาพการเจ็บป่วย
 - การดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น
 - การทำหัตถการใดบ้าง ที่ควรมีการจัดทำสื่อเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นพิเศษ
 - ระบบบันทึกข้อมูลยินยอมรับการรักษา/ทำหัตถการที่ใช้อยู่ มีการบันทึกข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงเฉพาะรายที่จะเป็นประโยชน์สำหรับการเตือนใจผู้ให้ข้อมูล หรือใช้เป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูลในอนาคตเมื่อจำเป็นได้อย่างไร
 - ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจและมีเจตคติต่อการลงนามยินยอมรับการรักษาอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการฟ้องร้อง
 - ถ้ามผู้ป่วยและครอบครัว
 - ถ้ามผู้ป่วยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลว่าก่อนที่จะเข้านอนโรงพยาบาล ได้รับข้อมูลอะไรบ้าง มีข้อมูลอะไรที่ผู้ป่วยต้องการแต่ไม่ได้รับคำตอบ เข้าใจข้อมูลที่ได้รับได้ดีเพียงใด

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-1)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<p>การจัดบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการวิเคราะห์ความต้องการบริการสุขภาพที่จำเป็นของชุมชนที่รับผิดชอบและผลลัพธ์ที่ได้ ● ช่องทางการเข้าถึงที่มีการพัฒนาเพิ่มขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของชุมชนที่รับผิดชอบ ● ความเพียงพอ ความเหมาะสม และความปลอดภัยของช่องทางการเข้าถึง (รวมทั้งบริการ EMS)
<p>การเข้าถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● อุปสรรคต่อการเข้าถึงและความพยายามในการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึง ● การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วย ● แนวทางการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วย ● แนวทางการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับไว้ดูแลได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการ (โดยรวมและในประเด็นที่สะท้อนความพยายามในการลดอุปสรรคต่อการเข้าถึง) ● ระยะเวลารอคอยเพื่อการเข้าถึงที่มีผลต่อผลลัพธ์การดูแล ● ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ ● ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการคัดแยกและดูแลผู้ป่วยเร่งด่วน (ความถูกต้อง ความรวดเร็ว ผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความล่าช้า)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเหมาะสมในการประเมิน การดูแลเบื้องต้น การประสานงาน การเคลื่อนย้าย เมื่อไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ดูแลได้
<p>การเข้ารับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ปริมาณความต้องการเตียงวิกฤติและ แนวทางการบริหารจัดการเตียง ในหน่วยบริการวิกฤติ ● แนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ในกรณีทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด และกรณีที่มีความซับซ้อนของข้อมูล ● แนวทาง/นวัตกรรมในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย อย่างถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพและความเหมาะสม ในการรับผู้ป่วยเข้าหน่วยบริการวิกฤติ/ หน่วยบริการพิเศษ (จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถรับไว้ในหน่วย บริการวิกฤติและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น อัตราการใช้เตียงผู้ป่วยวิกฤติกับผู้ป่วย ระยะท้าย/ระดับประคอง) ● ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ครอบครัว ต่อการได้รับข้อมูล ● ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการให้ความ ยินยอมรับการรักษา ● ประสิทธิภาพของการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยอย่าง ถูกต้อง (เช่น จำนวน/อัตราอุบัติการณ์)

SPA III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ครบถ้วนตามข้อกำหนดขององค์กรในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-2 ก)

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

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

- ผู้ที่มีปัญหาในการรับรู้
- ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว
- ตามรอยการประเมินผู้ป่วยที่กำลังนอนอยู่ในโรงพยาบาล สัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่ได้รับผิดชอบผู้ป่วย ร่วมกันการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและทบทวนข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมหรือไม่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-2 ก)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<p>ความเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยที่ควรใส่ใจ ● การกำหนดบทบาทของผู้ทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและแนวทางการศึกษาผู้เชี่ยวชาญในการประเมิน ● การประสาน เชื่อมโยง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลการประเมินร่วมกัน ● แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะต่างๆ ● แนวทางการสร้างหลักประกันความปลอดภัยในการตรวจพิเศษที่มีความเสี่ยง ● ข้อกำหนดในการบันทึกข้อมูลการประเมินผู้ป่วย ● แนวทางการประเมินซ้ำและการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย 	<p>ความเหมาะสมในการประเมินผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ความเหมาะสมของวิธีการประเมิน (เช่น ความครอบคลุมของการใช้ CPG เป็นต้น) ● ความเหมาะสมของผู้ประเมิน ● ความเหมาะสมของการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ ● ความเหมาะสมและปลอดภัยของการตรวจพิเศษต่างๆ ● ความเหมาะสมของการบันทึกข้อมูล ● ความเหมาะสมในการประเมินซ้ำ
<p>ความครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางส่งเสริมให้มีการประเมินครอบคลุมรอบด้าน โดยเฉพาะในประเด็นที่มักเป็นปัญหา ● แนวทางการประเมินและสื่อสารความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ● แนวทางการบันทึกปัญหาและความต้องการที่สำคัญ 	<p>ความครบถ้วนในการประเมินผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ความครอบคลุมในการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ● ความครอบคลุมในการประเมินความเสี่ยงจากการดำเนินโรคและการดูแลรักษา ● ความเพียงพอของข้อมูลเพื่อการวางแผนดูแล

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic Investigation)

(1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร และได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) มีการทบทวนความสอดคล้องระหว่างผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคกับสภาวะโรคของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(3) ระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่ามีความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ชัดเจน โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นกับผู้ป่วย/ญาติ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรมุ่ง Rapid Assessment (III-2 ๖)

- การสอบถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามผู้ป่วยว่าแพทย์ได้สรุปให้ฟังหรือไม่ว่าจากผลการตรวจวินิจฉัยต่างๆ แพทย์สันนิษฐานว่าผู้ป่วยเป็นอะไร คำอธิบายนั้นเข้าใจได้ง่ายหรือไม่
 - ถามแพทย์ว่าความสะดวกและความน่าเชื่อถือของการส่งผู้ป่วยไปตรวจ Investigate ต่างๆ เป็นอย่างไร
 - ถามพยาบาลว่ามีความมั่นใจเพียงพอว่าแพทย์จะได้รับผลการตรวจ Investigate ต่างๆ อย่างครบถ้วน ในเวลาที่เหมาะสม และมีการรักษาความลับที่เหมาะสม
- คุณภาพตามข้อกำหนดของการตรวจ Investigate
 - ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Investigate ที่จำเป็นครบถ้วนหรือไม่
 - ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำการตรวจเองได้ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสมหรือไม่
 - ผลการตรวจ Investigate มีความสอดคล้องกับสภาวะทางคลินิกหรือไม่ มีการตรวจใดบ้างที่แพทย์ผู้ส่งตรวจมักจะมีข้อสงสัยเกี่ยวกับผลการตรวจ
 - Turnaround Time ในการส่งตรวจ Investigate แต่ละประเภทเป็นเท่าไร
 - ความสามารถในการสืบค้นผลการตรวจและการเปรียบเทียบผลในแต่ละช่วงเวลา
 - การรักษาความลับของผลการตรวจ
 - การส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ
 - มีแนวทางที่เป็น Routine ในการตรวจเพิ่มเติมอะไรบ้าง
 - มีบทเรียนอะไรบ้างเกี่ยวกับผลการตรวจที่มีความผิดปกติและต้องมีการส่งตรวจเพิ่มเติม
 - การอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเมื่อผลการตรวจมีความผิดปกติ
- พิจารณาประเด็น Humanized Healthcare
 - ทบทวนสถานการณ์ว่ามีการตรวจอะไรบ้างที่อาจจะต้องส่งผู้ป่วยไปตรวจนอกโรงพยาบาล มีความจำเป็นอย่างไรในการที่จะส่งไปตรวจต่อ มีผลกระทบต่อตัวคนไข้ในเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ สร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการอำนวยความสะดวกในการไปตรวจดังกล่าว ไม่มีความล่าช้าหรือการเสียโอกาสเนื่องจากไม่ได้รับการตรวจ

- ทบทวนสถานการณ์ที่การอธิบายผลการตรวจที่มีความผิดพลาดจะต้องใช้ความละเอียดอ่อนหรือระมัดระวังในการให้ข้อมูล เช่น เมื่อสงสัยว่าจะเป็นโรคร้ายแรง โรคที่รักษาไม่หาย วางแนวทางการอธิบายที่ชัดเจนทั้งในเรื่องผู้ให้ข้อมูล สิ่งแวดล้อมของการให้ข้อมูล การนำครอบครัวมาร่วมรับรู้ การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ปรึกษาประคองการเผชิญความเสียหาย สร้างความหวัง กำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไปอย่างไร เป็นต้น
- ทบทวนสถานการณ์ที่การอธิบายผลการตรวจที่มีความผิดพลาดเป็นเรื่องยากที่จะทำความเข้าใจ วางแนวทางการอธิบายในลักษณะที่คนทั่วไปสามารถเข้าใจความหมายได้ง่าย เช่น การใช้ถ้อยคำ การใช้สื่อประกอบ หรือการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจ มุมมองของคนไข้ หรือญาติ เข้าใจในความเชื่อ ความศรัทธา อะไรคือความต้องการของเขา สุขหรือทุกข์ เกิดจากอะไร อะไรคือความหวังของเขา เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-2 ย)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<p>การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการวิเคราะห์ความต้องการการส่งตรวจ และการจัดระบบเพื่อตอบสนอง ● แนวทางการสื่อสารระหว่างผู้ส่งตรวจกับผู้ทำการตรวจ เมื่อเกิดข้อสงสัยในผลการตรวจ ● แนวทางการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อให้ง่ายในการสืบค้นและใช้ประโยชน์ ● แนวทางการทบทวนความจำเป็นและความเหมาะสมของการส่งตรวจ Investigate 	<p>การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การเข้าถึง (สามารถทำได้เมื่อต้องการในเวลาที่เหมาะสม) ● ประสิทธิภาพของการสื่อสารและบันทึกผลการตรวจ ● การยืนยันและใช้ประโยชน์จากผลการตรวจที่ผิดพลาด

ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

(1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลที่บันทึกเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

(2) มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- ระหว่างการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยประจำวัน
- ระหว่างการส่งเวร
- เมื่อมีการย้ายผู้ป่วย
- เมื่อมีผลการตรวจพิเศษหรือการประเมินอื่นๆ ที่ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค

(3) ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ที่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน (nicotine dependence)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

การวินิจฉัยและวางแผนบำบัดภาวะติดนิโคติน (Nicotine Dependent)

สูบบุหรี่มานานแรกหลังตื่นนอน	
<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที	3
<input type="checkbox"/> 6-30 นาที	2
<input type="checkbox"/> > 30 นาที	1

สูบบุหรี่ยาเส้น/บุหรี่ไฟฟ้าวันละกี่มวน/ที	
<input type="checkbox"/> > 30	3
<input type="checkbox"/> 21-30	2
<input type="checkbox"/> 11-20	1

วินิจฉัย ภาวะติดนิโคติน (F17.2)	
<input type="checkbox"/> รุนแรง (High)	5-6
<input type="checkbox"/> ปานกลาง (Medium)	3-4
<input type="checkbox"/> เล็กน้อย (Low)	0-2

แผนการบำบัดรักษา	
<input type="checkbox"/> การให้คำปรึกษา	
<input type="checkbox"/> แบบสั้น <input type="checkbox"/> แบบเข้ม <input type="checkbox"/> ทางโทรศัพท์ <input type="checkbox"/> ทางไกล	
<input type="checkbox"/> การใช้ยาบำบัดรักษา	
<input type="checkbox"/> การแก้ไขปัจจัยเสี่ยง	

แผนจำหน่าย

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ
 - อัตราการช้กประวัติและวินิจฉัยภาวะติดเชื้อโคตินเทียบกับผู้รับบริการทั้งหมด
 - อัตราการส่งผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อโคตินไปรับการบำบัดรักษา

(4) ทีมผู้ให้บริการทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

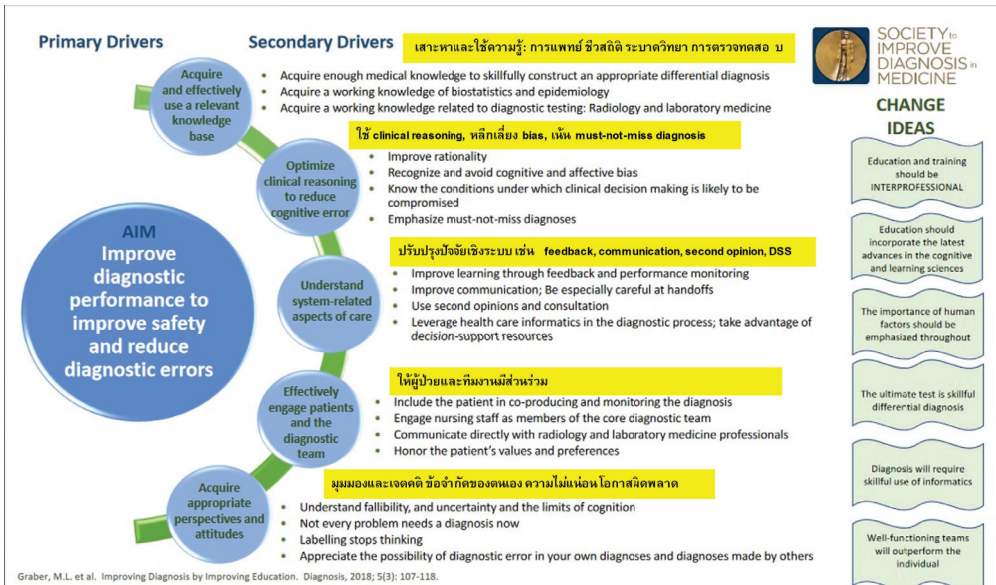
- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการวินิจฉัยโรคอย่างสม่ำเสมอตามวงรอบเวลาที่กำหนดไว้
 - ความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค
 - การทบทวนความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพ
 - เมื่อมีการปรับปรุงการวินิจฉัยโรคของแพทย์ตามข้อ (2)
 - เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย
 - เมื่อมีการทบทวนคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
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

(5) องค์กรกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้มข้น มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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



○ ทบทวนภาพรวมของข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค

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

(6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค และผลการวินิจฉัยโรคให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-2 ก)

- ประสพการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง
 - ถามแพทย์ว่ามีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคอย่างไรบ้าง อะไรเป็นปัญหาการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย
- คุณภาพการบันทึกเวชระเบียน
 - มีการวินิจฉัยโรคในลักษณะที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น วินิจฉัยตามอาการมาก เพียงใด อะไรที่พบบ่อย
 - มีข้อมูลที่จะอธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรคอย่างเพียงพอมากน้อย เพียงใด
 - ประวัติการเจ็บป่วยเพียงพอหรือไม่ที่จะให้การวินิจฉัยโรคดังกล่าว เพียงใด
 - การตรวจร่างกายมีรายละเอียดเหมาะสมกับการวินิจฉัยโรคดังกล่าวเพียงใด
 - การตรวจ Investigate เหมาะสมกับการวินิจฉัยโรคดังกล่าวเพียงใด
 - โอกาสพัฒนาความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคมีอะไรบ้าง
 - จากการเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับและการวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย
 - จากการเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ
 - จากการทบทวนผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำหลายๆ ครั้งด้วยโรคเดิม
 - จากการทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
 - จากการทบทวนการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด
 - จากการทบทวนการวินิจฉัยทางคลินิกกับผลการตรวจทางพยาธิวิทยา
 - ความสอดคล้องระหว่างการวินิจฉัยโรคของแพทย์กับการระบุปัญหาผู้ป่วย โดยวิชาชีพอื่น
 - มีความไม่สอดคล้องกันบ่อยเพียงใด อะไรคือลักษณะของความไม่สอดคล้อง อะไรคือปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่สอดคล้อง

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-2 ก)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
การวินิจฉัยโรค <ul style="list-style-type: none"> ● การปรับปรุงเพื่อส่งเสริมการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในเวลาที่เหมาะสม ● แนวทางการทบทวนเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับ Diagnostic Error 	การวินิจฉัยโรค <ul style="list-style-type: none"> ● ความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค ● ผลการปรับปรุงเพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ● ความครอบคลุมของการวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน
การอธิบายผล <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการอธิบายเกี่ยวกับผลการประเมิน การตรวจ และการวินิจฉัยโรค และข้อบ่งชี้ที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ 	การอธิบายผล <ul style="list-style-type: none"> ● ความพึงพอใจต่อการอธิบายผลการประเมิน ผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคและผลการวินิจฉัยโรค (ในแง่ความชัดเจนและความเข้าใจ)

SPA III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.

(1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินและการตรวจวินิจฉัย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(3) ทีมผู้ให้บริการวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ทีมผู้ให้บริการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.

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

(5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(6) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ซึ่งครอบคลุมทั้งในระยะสั้น ระยะยาว และบริการที่จะให้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(7) ทีมผู้ให้บริการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างได้ผล เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติได้ในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(8) ทีมผู้ให้บริการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-3.1)

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-3.1)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<p>ความเหมาะสมของกระบวนการวางแผน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● รูปแบบและแนวทางในการเชื่อมโยงและประสานงานเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยซับซ้อน) ● แนวทางการคัดเลือกและส่งเสริมให้ใช้แนวปฏิบัติในการวางแผน ● แนวทางการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ● แนวทางการทบทวนและปรับแผน 	<p>ความเหมาะสมของกระบวนการวางแผน</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การเชื่อมโยงและประสานงาน ● การใช้หลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติ ● การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ● การทบทวนและปรับแผน
<p>ความครอบคลุมของแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการทำให้แผนครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ● แนวทางการระบุและวางแผนเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 	<p>ความครอบคลุมของแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตอบสนองปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ● ป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น
	<p>คุณภาพของแผนการดูแลผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ● ง่ายต่อการสื่อสารและใช้ประโยชน์ ● รูปแบบเหมาะสมกับความรุนแรง/ซับซ้อน

SPA III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (discharge planning)

ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

(2) ทีมผู้ให้บริการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะแรกของการดูแลรักษา

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
 - ตามแนวทางซึ่งระบุโรคหรือลักษณะสำคัญของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย
 - ตามผลการประเมินเบื้องต้นที่คาดว่าน่าจะมีปัญหา/ความต้องการในการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
- มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นไปได้ หรือเร็วที่สุดหลังจากรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

(3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

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

(5) ทีมผู้ให้บริการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) ทีมผู้ให้บริการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-3.2)

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-3.2)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย ● แนวทางการให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ● แนวทางการประเมินปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย ● แนวทางการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเข้าใจของผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย ● ความครอบคลุมในการตอบสนองปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย ● ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย ● ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย

SPA III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลในสิ่งแวดลอมที่ดี
 - จัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยใส่ใจในประเด็น เช่น แสง เสียง การระบายอากาศ ระยะห่าง การสัญจร เป็นต้น
 - จัดสิ่งแวดลอมในการดูแลโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยพิจารณาความต้องการพิเศษสำหรับ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ที่ไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยระยะสุดท้าย [ดู 1-3.3ข(5) ร่วมด้วย]
 - จัดสิ่งแวดลอมที่สะดวกสบายและสะอาด มีการเฝ้าติดตามอย่างสม่ำเสมอ
 - จัดสิ่งแวดลอมโดยคำนึงถึงการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ
 - จัดสิ่งแวดลอมโดยคำนึงถึงการป้องกันความเครียด เสียง สิ่งรบกวนต่างๆ
 - พิจารณาส่งแวดลอมทางสังคมและสิ่งแวดลอมเพื่อการเยียวยาร่วมด้วย

(3) ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยความตระหนักและคำนึงถึงโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และผู้ให้บริการ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ในช่วงเย็นของทุกวันนี้ว่ามีอะไรที่ผิดแผนหรือผิดพลาด ที่เราสามารถรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ดีเพียงใด จะวางแผนปฏิบัติให้เกิดความคงเส้นคงวาควบคู่กับความยืดหยุ่นได้อย่างไร เป็นต้น)

- สร้างความตระหนักใน 2P Safety Goals
- สร้างวัฒนธรรมของการสื่อสารความเสี่ยงในงานประจำ เช่น การมีกิจกรรม Safety Brief ในทุกเวร เป็นต้น
- ใช้ผลการประเมินและวางแผนเกี่ยวกับโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย มีการตรวจเยี่ยมหรือติดตามเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง

(4) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความสอดคล้องและความต่อเนื่องในการดูแล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(7) ทีมผู้ให้บริการจัดช่องทางการเข้าถึง อำนาจความสะดวก และจัดบริการเฉพาะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ บริบทเชิงวัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย
 - ความต้องการด้านจิตวิญญาณครอบคลุมความต้องการที่สืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมและความเชื่อด้วย
 - ทีมผู้ให้บริการควรประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณที่มีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย
 - การตอบสนองความต้องการอาจทำได้โดย
 - การจัดช่องทางการเข้าถึง
 - การอำนวยความสะดวก
 - การจัดบริการเฉพาะ

(8) ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าและการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการติดตามความก้าวหน้าหรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
 - มีการกำหนดวิธีการและความถี่ในการติดตามความก้าวหน้าตามความรุนแรงของผู้ป่วย
 - มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายการดูแลในแผนการดูแลผู้ป่วย
- ทีมผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่คาดหวังตามข้อมูลสถานะของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตอบสนองต่อการรักษาที่ให้ไป

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.1)

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

- การสื่อสารภายในทีม
 - ประสิทธิภาพของการสื่อสารภายในทีมเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นอย่างไร
 - การปฏิบัติตามแนวทางการสื่อสารที่แนะนำไว้ใน PSG: SIMPLE เป็นอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.1)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการป้องกันการปฏิบัติที่สุ่มเสี่ยงต่อการปฏิบัติซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับ ● แนวทางการประเมินความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยและสร้างความตระหนักของทีม ● แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉิน ● แนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเป็นองค์รวม รวมทั้งการตอบสนองด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ● แนวทางการสื่อสารและประสานงานภายในทีมดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ความเป็นส่วนตัว ความสะอาดสะดวกสบาย การป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน) ● ความเหมาะสมของบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย (จำนวนและคุณสมบัติ) ● ความเหมาะสมของการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ● ความเหมาะสมของการดูแลในลักษณะองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ● ความเหมาะสมและปลอดภัยของการจัดการภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ ภาวะฉุกเฉิน ● ประสิทธิภาพในการสื่อสารและประสานงานภายในทีมดูแลผู้ป่วย

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

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย การดูแลรักษา/บริการ และหัตถการ ที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อร่วมกันจัดทำแนวทางหรือกระบวนการดูแลเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(2) ทีมผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติ และนำแนวทางการดูแลผู้ป่วย
ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(3) การให้บริการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดบริการหรือหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น การทำหัตถการรูกุล้าต่างๆ นอกห้องผ่าตัด เป็นต้น) และแนวทางปฏิบัติสำหรับการทำหัตถการดังกล่าว
 - สถานที่ที่เหมาะสม มีการระบุชัดเจนว่าต้องทำในสถานที่ประเภทใด และไม่ว่าในสถานที่ประเภทใด มีข้อยกเว้นในกรณีฉุกเฉินอย่างไร
 - เครื่องมือที่ต้องเตรียมให้พร้อม
 - ผู้ช่วยที่จำเป็น

(4) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการหรือทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทันที.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วย กำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
 - เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทั่วไป ควรใช้หลัก Visual Management เข้ามาช่วย เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ดูตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) Chart ของออสเตรเลีย เป็นต้น
 - เครื่องมือที่ใช้เฝ้าระวังเฉพาะสำหรับการให้ยาที่ต้องระมัดระวังหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง
- ทีมดูแลผู้ป่วย ดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันทันที
 - ควรมีแนวทางในการตัดสินใจแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ที่เป็นบทสรุปจากการทบทวนหลักฐานร่วมกับการทบทวนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
 - ควรมีแนวทางปฏิบัติสำหรับกรณีเร่งด่วนที่สามารถนำมาใช้ได้ทันที เช่น การมีการจัดระบบแนวทางปฏิบัติอย่างสั้นๆ ที่เข้าใจง่าย สำหรับกรณีที่อาจไม่พบบ่อย แต่ต้องตอบสนองอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

(5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่า มาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันที่ทั้งที่ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยให้มีอาการคงที่ มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
 - วิเคราะห์แนวโน้มและ Root Cause อย่างสม่ำเสมอ
- ทีมดูแลผู้ป่วยนำผลการทบทวนมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.2)

- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง
 - กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบมีอะไรบ้าง มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวไว้ชัดเจนเพียงใด แนวทางการดูแลดังกล่าวใช้ Scientific Evidence ที่เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติเพียงใด บุคลากรได้รับการฝึกอบรมอย่างไร การปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้เพียงใด ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร
 - บริการหรือการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงในความรับผิดชอบมีอะไรบ้าง มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวไว้ชัดเจนเพียงใด แนวทางการดูแลดังกล่าวใช้ Scientific Evidence ที่เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติเพียงใด บุคลากรได้รับการฝึกอบรมอย่างไร สถานที่ เครื่องมือ และผู้ช่วยในการทำหัตถการมีความพร้อมเพียงใด การปฏิบัติเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ได้เพียงใด ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างไร
 - ตามรอยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือได้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง (อาจใช้การติดตามผู้ป่วยจริงๆ การสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ญาติ และการสนทนากลุ่มร่วมกัน) ว่ามีความรู้สึกอย่างไรในขั้นตอนต่างๆ
 - ทบทวนว่าทีมงานสามารถจัดระบบงานหรือสร้างสิ่งแวดล้อมอย่างไรเพื่อให้ลดความรู้สึกกังวล ไม่มั่นใจ หรือความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย และนำไปดำเนินการ
- การเฝ้าระวังและตอบสนองการเปลี่ยนแปลง
 - โรคหรือสภาวะที่อาการของผู้ป่วยมีโอกาสเปลี่ยนแปลงและจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมมีอะไรบ้าง ผลการเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นอย่างไร สามารถดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันเวลาที่หรือไม่ เพียงใด
 - มีการกำหนด Early Warning Signs ที่จะเป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างไร มีการติดตามและใช้สัญญาณเตือนดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ครอบคลุมหน่วยบริการผู้ป่วยทุกหน่วยหรือไม่ ระบบที่จัดไว้เพื่อตอบสนองต่อสัญญาณเตือนดังกล่าวเป็นอย่างไร เพียงพอที่จะแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างทันเวลาที่หรือไม่ ผลกระทบที่เกิดจากการมีระบบดังกล่าวทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำ CPR ลดลงเพียงใด

- ภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่ระบุไว้ใน 2 Bullet แรกมีแนวโน้มเป็นอย่างไร วิธีการที่ใช้ในการตรวจจับหรือป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีความไวเพียงใด จากการติดตามแนวโน้มดังกล่าว นำมาสู่การปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.2)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การดูแล/บริการที่มีความเสี่ยงสูง การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่อะไรบ้าง ● ตัวอย่างความเสี่ยงสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว การจัดทำ/ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยง ● แนวทางเพื่อส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวมาสู่การปฏิบัติ ● แนวทางการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ● การจัดระบบ Rapid Response System เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ● การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากการวิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือได้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระดับและแนวโน้มของผลการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ● ระดับและแนวโน้มของผลการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ● ระดับและแนวโน้มของผลการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ● ความรวดเร็วของการตรวจพบและการตอบสนองเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง

SPA III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันที่ทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก (Anesthesia Care)

(1) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย และเหมาะสม โดยมีแนวทางที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินขณะการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น มีการซ้อมรับภาวะฉุกเฉิน และมีการเตรียมใช้เครื่องมือ วัสดุ และยา ตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการประเมินและวางแผนระงับความรู้สึกที่เหมาะสม
 - มีการประเมินผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
 - มีการนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสม
 - มีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

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

(3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และอาจมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีกระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย
 - ผู้ให้การระงับความรู้สึกเป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม
 - กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่ดีที่สุดภายใต้

สถานการณ์ของโรงพยาบาล

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

(5) ผู้ป่วยได้รับการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยขณะระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้น

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยผู้มีคุณวุฒิ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. และมีการส่งต่อข้อมูลไปให้ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเกิดการดูแลต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนกระบวนการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นและนำไปปฏิบัติ
 - เกณฑ์การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น
 - แนวทางการส่งต่อข้อมูลให้ทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัดเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ก)

- การประเมิน วางแผน และเตรียมความพร้อม
 - ประสิทธิภาพในการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรับความรู้สึกเป็นอย่างไร มีการค้นพบปัจจัยเสี่ยงในขณะที่กำลังจะให้การรับความรู้สึกโดยที่ไม่พบมาก่อนบ่อยเพียงใด (สำหรับผู้ป่วย elective)
 - มีการนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยล่วงหน้ามาใช้ในการวางแผนการรับความรู้สึกอย่างไร
 - ประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างไร สามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเวลาที่กำหนดไว้ได้ดีเพียงใด
 - ผู้ป่วยได้รับข้อมูล มีส่วนร่วมในการเลือกวิธี และได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจเหมาะสมเพียงใด ผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในประเด็นใดบ้าง
 - ทีมงานจัดระบบงานหรือสร้างสิ่งแวดล้อมอย่างไรเพื่อช่วยลดความรู้สึกกังวล ไม่มั่นใจ หรือความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย
 - ตามรอยผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึก (อาจใช้การติดตามผู้ป่วยจริง ๆ การสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วย และการสนทนากลุ่มร่วมกัน) ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับทราบว่าจะต้องได้รับการรับความรู้สึก ว่ามีความรู้สึกอย่างไร ในขั้นตอนต่างๆ
- กระบวนการรับความรู้สึก
 - มีการนำมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ มาสู่การปฏิบัติอย่างไร สามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด ส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติได้มีอะไร มีวิธีการป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างไร

- บุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึกเป็นใครบ้าง ให้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีต่างๆ แก่ผู้ป่วยมีอะไรบ้าง
- มีการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการระงับความรู้สึกอย่างไร ผลลัพธ์เป็นอย่างไร มีการปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกันเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ก)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการประเมินและวางแผนระงับความรู้สึก ในกรณีทั่วไปและกรณีที่มีความเสี่ยง ● แนวทางการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ● แนวทางการติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึก/ช่วงรอฟื้น และการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ● ความปลอดภัย/การเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการระงับความรู้สึก

ข. การผ่าตัด (Surgical Care)

(1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่ใช้ประโยชน์ได้
 - นำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา
 - มีเกณฑ์และระบบในการประเมินความเสี่ยงและความพร้อมในการรับการผ่าตัดของผู้ป่วย
 - มีการบันทึกการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดและแผนการดูแลผู้ป่วยในเวชระเบียนก่อนทำการผ่าตัด

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(3) ทีมผู้ให้บริการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(4) ทีมผู้ให้บริการมีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) ทีมผู้ให้บริการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและทำให้มั่นใจว่ามีการบันทึกรายละเอียดในการผ่าตัดที่เหมาะสม
 - มีบันทึกการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อช่วยในการดูแลต่อเนื่อง อย่างน้อยประกอบด้วย
 - การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด
 - ชื่อศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดและผู้ช่วย

- ชื่อหัตถการ
 - สิ่งส่งตรวจทางศัลยกรรมที่ส่งไปตรวจ
 - การระบุถึงภาวะแทรกซ้อนหรือการไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 - ปริมาณการสูญเสียเลือด
 - วันที่ เวลา และลายมือชื่อของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
- มีการจัดทำบันทึกการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยเสร็จก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากบริเวณรอฟื้นหลังการระงับความรู้สึก

(7) ทีมผู้ให้บริการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 บ)

- การวางแผนดูแลผู้ป่วย
 - (จากการสุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัด) มีการวางแผนการผ่าตัดก่อนการผ่าตัดชัดเจนเพียงใด มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสมเพียงใด

- การให้ข้อมูลผู้ป่วย
 - (จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย) ผู้ป่วยได้รับการอธิบายความจำเป็น ทางเลือก ของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้น จนเป็นที่เข้าใจเพียงใด
- การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
 - ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ) ได้ดีเพียงใด
 - ตามรอยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (อาจใช้การติดตามผู้ป่วยจริงๆ การสัมภาษณ์ ประสิทธิภาพของผู้ป่วย และการสนทนากลุ่มร่วมกัน) ตั้งแต่ผู้ป่วย ได้รับทราบว่าจะต้องได้รับการผ่าตัด ว่ามีความรู้สึกอย่างไรในขั้นตอนต่างๆ
- เป้าหมายความปลอดภัย
 - มาตรการเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เป็นไปตามที่ องค์การอนามัยโลกแนะนำหรือไม่ มาตรการดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติ ได้ครบถ้วนเพียงใด
- การผ่าตัดภายใต้สิ่งแวดล้อมและระบบงานที่ดี
 - สิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัด มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และ ปลอดภัย สำหรับการผ่าตัดเพียงใด
 - การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียน และการป้องกันการ ปนเปื้อนในห้องผ่าตัด
 - การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด
 - การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ
 - การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับ ผู้ป่วยแต่ละราย
 - การดูแลระหว่างรอผ่าตัด
 - การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์
 - การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากผู้ป่วย
 - การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย
 - ทีมงานทำงานร่วมกันโดยใช้ทั้ง Technical & Non-Technical Skill ที่ดี เพียงใด
- บันทึกการผ่าตัด
 - บันทึกการผ่าตัดมีความสมบูรณ์ เพียงพอสำหรับการสื่อสารและการดูแล ต่อเนื่องเพียงใด มีการบันทึกประเด็นพิเศษที่ต้องใส่ใจหรือดำเนินการ ต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละรายชัดเจนหรือไม่

- การดูแลหลังผ่าตัด
 - การผ่าตัดที่มีลักษณะการดูแลหลังการผ่าตัดที่แตกต่างจากการผ่าตัดทั่วไป มีอะไรบ้าง มีแนวทางการดูแลอย่างไร มีการปฏิบัติตามได้ดีเพียงใด
 - สภาวะของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลหลังผ่าตัดเป็นพิเศษมีอะไรบ้าง มีแนวทางการดูแลอย่างไร มีการปฏิบัติตามได้ดีเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 บ)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยผ่าตัด โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือ การผ่าตัดที่ซับซ้อน ● แนวทางการให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (กรณีทั่วไปและกรณีฉุกเฉิน/เสี่ยงสูง/ซับซ้อน) ● แนวทางการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ● แนวทางการติดตามดูแลหลังผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ● การเกิดอุบัติการณ์หรือภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น Wrong Surgery, Retained FB, SSI เป็นต้น ● การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจาก ERAS Program (ถ้ามี) ● ผลการตรวจสอบสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัด เช่น การหมุนเวียนอากาศ อุณหภูมิ ความชื้น เป็นต้น

ก. อาหารและโภชนาบำบัด (Food and Nutrition Therapy)

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการวางแผนโภชนาบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

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

(3) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการบ่งชี้ผู้ป่วยและครอบครัวที่จำเป็นต้องได้รับความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด
- มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมอาหาร และการบริโภคอาหาร
 - การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลที่แผนกผู้ป่วยนอก
 - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในที่ได้รับโภชนบำบัด
 - การติดตามเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ตามปัญหาที่พบ
- มีการประเมินความรู้พฤติกรรม ก่อน-หลังการให้ความรู้หรือให้คำปรึกษา

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- การจัดการกับภาวะ อนุกรม ของเสีย เศษอาหาร
 - การจัดการกับภาวะ อนุกรม ของเสีย เศษอาหาร เป็นไปอย่างเหมาะสม เพื่อลดการเกิดแหล่งพาหะนำโรคและการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- การปฏิบัติต่างๆ เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และแนวทางซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- มีการประเมินโดยใช้แบบประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารของกระทรวงสาธารณสุข และมีการปรับปรุงตามผลการประเมิน

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ก)

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ก)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากบริการอาหารและโภชนาการและแนวทางป้องกัน ● ผลการตรวจสอบกระบวนการผลิตอาหารและการจัดบริการอาหาร และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความเหมาะสมและประสิทธิผลในการคัดกรอง ประเมิน และดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ● ความเหมาะสมและประสิทธิผลในการให้ความรู้ด้านวิชาการอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด

จ. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care)

(1) ทีมดูแลผู้ป่วยมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีลักษณะเฉพาะ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยมีการนำผลการประเมินที่ได้ มาวางแผนดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) องค์กรประสานเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมและระหว่างหน่วยบริการกับการดูแลที่บ้านหรือชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(7) องค์กรมีระบบดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย (care for carer) เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ๖)

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

- มีระบบที่เอื้อต่อการที่ผู้ป่วยระยะท้ายได้อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างอบอุ่นเพียงใด
- ทีมงานผู้ให้บริการได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองในแง่มุมมองบ้างจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ๖)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านอาการ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ● แนวทางการประสานงานระหว่างผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล ● แนวทางและความครอบคลุมในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้ความรู้ตระหนัก และมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ ● การเข้าถึงและประสิทธิผลของการบำบัด/บรรเทาความปวด ● ความเหมาะสมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือช่วงใกล้เสียชีวิต

ตัวอย่างตัวชี้วัดที่เป็นไปได้

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

จ. การจัดการความปวด (Pain Management)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวดทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- (2) ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการจัดการความปวด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาเป้าหมายที่พึงปรารถนาที่เป็นไปได้ ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังทั้งการตอบสนองต่อการจัดการความปวดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีการประเมินซ้ำและมีการปรับการรักษาที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยใช้แนวปฏิบัติของการจัดการความปวดและทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
 - หาสาเหตุของความปวดและจัดการกับสาเหตุของความปวดตามความเหมาะสม (specific treatment)

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

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

(3) ทีมผู้ให้การรักษาส่งข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการจัดการความปวด ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้การรักษาส่งข้อมูลที่เป็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดแก่ผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว
 - โอกาสเกิดความปวดจากการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค การผ่าตัด หรือการทำหัตถการอื่นๆ
 - ทางเลือกในการจัดการความปวดต่างๆ ที่เป็นไปได้ตามหลักการของ Multimodal Analgesia และ Preventive Analgesia โดยมีสื่อประกอบการให้ข้อมูลตามความจำเป็นและเหมาะสม
 - การจัดการความปวดโดยการใช้ยา (ยาฉีด ยารับประทาน ยาชา)
 - การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น หัตถการระงับปวด กายภาพบำบัด แพทย์ทางเลือก การประคบประครองด้านจิตใจ เป็นต้น
 - ผลข้างเคียงและข้อพึงระวังของทางเลือกในการจัดการความปวดต่างๆ
 - ความร่วมมือที่คาดหวังจากผู้ป่วย
- ทีมผู้ให้การรักษารับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว และชี้แจงข้อมูลในประเด็นสำคัญทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม
- ทีมผู้ให้การรักษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจและแสดงความยินยอมในแผนการบำบัดความปวด

(4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเรื่องการจัดการความปวดจากบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ ตามมาตรฐานวิชาชีพหรือภายใต้การกำกับของบุคลากรดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการความปวด หลังจากจำหน่ายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 จ)

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 จ)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● แนวทางการคัดกรองและประเมินความปวด● แนวทางการให้ข้อมูล ความรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแล ในการจัดการความปวด	<ul style="list-style-type: none">● ประสิทธิภาพของการจัดการความปวดในการจัดการความปวดประเภทต่างๆ● ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาบำบัดความปวด

ตัวอย่างตัวชี้วัดที่เป็นไปได้

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

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

๑. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation Services)

(1) ทีมผู้ให้บริการนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละราย มาวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นและครอบคลุมทางด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระยะเวลาที่เหมาะสม .

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(2) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพของผู้ป่วยตามปัญหาและ
ความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และอยู่บนพื้นฐานหลักฐานวิชาการ
และมีการวัดผลลัพธ์การฟื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรมด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(3) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ:

(i) ให้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจ

(ii) เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ทีมผู้ให้บริการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
 - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ
 - การให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบ
 - การให้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ ครอบคลุมเป้าหมายแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นต้องได้รับ
 - เสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - การเสริมความรู้และทักษะด้านการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติด้วยตนเอง และผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือหรือกระตุ้นเตือน
 - การมีระบบบันทึกเพื่อติดตามความเพียงพอและความก้าวหน้าในการฟื้นฟู
 - การปรับความเชื่อและทัศนคติ ที่อาจมีผลต่อโอกาสในการบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพ

- การให้ข้อมูลแก่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้สะดวกยิ่งขึ้น เช่น เพื่อนที่โรงเรียน หรือ เพื่อนร่วมงาน โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

(4) การให้บริการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ เป็นไปเพื่อบรรลุเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพและความปลอดภัยตามมาตรฐานบริการ มาตรฐานวิชาชีพ กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง โดยบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ง.)

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

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 จ.)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ● แนวทางการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่ครบองค์รวม (โครงสร้างและการทำงานของร่างกาย กิจกรรมและการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคล) ● แนวทางและเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การฟื้นฟู 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

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

(1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานในบริบทและทรัพยากรของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ศูนย์ไตเทียม หรือหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล หรือของหน่วยงานภายนอก (outsource) ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.) และในกรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก โรงพยาบาลต้องมีการกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานเช่นเดียวกับของโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ๖)

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

ประเด็นที่ควรตอบในรูปแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ๖)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● การปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ ตรต. กรณีที่โรงพยาบาลมีบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม● แนวทางการกำกับดูแลหน่วยไตเทียม กรณีที่มีการดำเนินการโดยบริษัทภายนอก	<ul style="list-style-type: none">● ความเหมาะสม ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๖. การแพทย์แผนไทย (Thai Traditional Medicine)

(1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการดูแลรักษา รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการที่จะส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทย
 - ประเมินข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วยมารับบริการแพทย์แผนไทย
 - ประเมินให้มั่นใจว่าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการรับบริการแพทย์แผนไทย
 - ประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล และสื่อสารให้ผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
 - วางแผนการดูแลในลักษณะบูรณาการระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย

(2) องค์กรมีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย โดยบุคคลที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรจัดให้มีกลไกกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย
 - การกำกับดูแลครอบคลุมทั้งกระบวนการดูแลที่เป็นมาตรฐาน มีความปลอดภัย และตัวบุคคลผู้ให้บริการซึ่งต้องเป็นบุคคลที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการแพทย์แผนไทย หรือทำงานภายใต้ผู้ประกอบวิชาชีพ
 - กลไกกำกับดูแลควรประกอบด้วยคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยร่วมกับผู้มีความรู้ด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน
 - กลไกกำกับดูแลควรทำหน้าที่
 - ให้ความเห็นชอบในการอนุญาตให้ใช้วิธีการรักษาหรือการทำหัตถการต่าง ๆ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับตามศาสตร์ของการแพทย์แผนไทย
 - อนุญาตตัวบุคคลผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทย
 - ติดตามความปลอดภัยของการให้บริการ

(3) ทีมผู้ให้บริการ ให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการประเมิน ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรควางแผนการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพและการให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยนำหลักกรรมานามัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยให้บริการแพทย์แผนไทยตามหลักกรรมานามัย เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ และองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้อง
 - ชักประวัติที่มีความจำเพาะเพิ่มเติม เช่น ชาติเจ้าเรือน สมุฏฐาน มูลเหตุการเกิดโรค เป็นต้น
 - ตรวจร่างกายตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย
 - การวินิจฉัยด้านการแพทย์แผนไทย เช่น ตามธาตุ 42 ประการ ตามตรีธาตุ ตามเบญจอินทรีฯ ตามหมอสสมุติ เป็นต้น

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

(4) ทีมผู้ให้บริการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานให้มีความครบถ้วน และเผื่อระวัง การเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน และมีการจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้รับผลงานตามเกณฑ์ที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) องค์กรมีกลไกในการกำกับดูแลการทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ และยาจากสมุนไพร ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้ถูกต้อง มีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานเฉพาะราย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) องค์กรสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และเป็นองค์กรรวม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพเพื่อการดูแลต่อเนื่องและเป็นองค์กรรวม
 - ทีมผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน สังเกตการเปลี่ยนแปลงและแจ้งข้อมูลที่เป็นจำเป็นให้กับทีมผู้ให้บริการ
 - ทีมผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - การสื่อสารความก้าวหน้าและความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
 - การประชุมวิชาการร่วมกันเพื่อมองหาโอกาสใหม่ๆ ร่วมกัน

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ๒)

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ๒)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแนวทางการป้องกัน ● กลไกและมาตรการกำกับดูแลมาตรฐานและความปลอดภัยของการดูแลด้วยแพทย์แผนไทย การทำหัตถการ การใช้เครื่องมือ รวมทั้งตัวชี้วัดที่ใช้กำกับดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการติดตามตัวชี้วัดในการกำกับดูแลการให้บริการการแพทย์แผนไทย

ณ. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

(1) องค์กรวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากร สำหรับการแพทย์ทางไกล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรกำหนดแนวทางปฏิบัติก่อนที่จะให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล ซึ่งอาจจะเป็นการทบทวนประวัติเดิมของผู้ป่วยที่เคยมาติดตามรับการรักษา หรือการนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยตนเองก่อนเริ่มต้นให้บริการการแพทย์ทางไกล

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลและข้อจำกัดของบริการการแพทย์ทางไกล
- การขอรับความยินยอมจากผู้ป่วย และการทำความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยพึงปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย

(3) ผู้ป่วยได้รับการบริการการแพทย์ทางไกล ในกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษา ตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรจัดทำแนวทางปฏิบัติในการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การประเมิน วินิจฉัย วางแผน ส่งการรักษา
 - การบันทึกเวชระเบียนที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง
- ทีมดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

(4) ผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรกำหนดแนวทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสำหรับบุคลากรวิชาชีพผู้ให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - การกำหนดสิทธิในการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย
 - การกำหนดวิธีการในการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยที่ง่าย สะดวก ทันกาล
 - วิธีการรับความยินยอมจากผู้ป่วย

(5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องและแนวปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพและนำมาดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดและแนวปฏิบัติดังกล่าว
 - กฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
 - พระราชบัญญัติธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2562

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

(6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทาง การแพทย์ทางไกลจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(7) ในกรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทาง การแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้หลักประกันความปลอดภัยในการให้บริการการแพทย์ทางไกล
 - ทีมผู้ให้บริการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างการดูแลผ่านบริการการแพทย์ทางไกล
 - ทีมผู้ให้บริการให้คำแนะนำในการสังเกตหรือเฝ้าระวัง รวมทั้งข้อบ่งชี้ที่จะต้องติดต่อกับทีมผู้ให้บริการ และช่องทางในการติดต่อ

- ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม
 - การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัว จัดการกับปัญหาด้วยตนเอง
 - ทางเลือกในการดูแลผ่านวิธีการอื่น
 - การส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรรำ Rapid Assessment (III-4.3 น)

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 น)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการให้บริการการแพทย์ทางไกลและแนวทางการป้องกัน ● กลไกและมาตรการกำกับให้การให้บริการการแพทย์ทางไกล และตัวชี้วัดที่ใช้กำกับดูแล 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการติดตามตัวชี้วัดในการกำกับดูแลการให้บริการการแพทย์ทางไกล

ณ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)

(1) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวันที่เป็น และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
 - ทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแนวทางการประเมินความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม ความพร้อมด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นและความพร้อมด้านอื่นๆ ที่สอดคล้องกับลักษณะความเจ็บป่วยและความต้องการในการดูแลที่บ้าน
 - ทีมผู้ให้บริการนำแนวทางการประเมินความพร้อมไปปฏิบัติ หากพบว่ามีความพร้อมหรือมีความเสี่ยงบางประการ ทีมผู้ให้บริการจะปรึกษารหัสกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อแก้ไข ปรับปรุง ป้องกัน หรือระงับตามความเหมาะสม

(3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน อาจมีได้ดังนี้
 - Companion Care หรือ Non-medical Care การมีผู้มาช่วยดูแลความเป็นอยู่ และกิจวัตรทั่วไป เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เตรียมอาหาร และงานบ้าน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้อย่างอิสระและปลอดภัย
 - Supervised Self-Care การให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีระบบติดตาม สนับสนุน และให้คำปรึกษา เช่น Home Isolation ในสถานการณ์ COVID-19, Home Ventilator Program, Home Nutrition Program เป็นต้น
 - Home Health Care การมีบุคลากรวิชาชีพไปเยี่ยมและให้การดูแลที่บ้าน เป็นระยะในช่วงสั้นๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นตัว
 - Long-Term Nursing Care การที่มีพยาบาลให้การดูแลเป็นประจำที่บ้าน เป็นระยะเวลาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังบาดเจ็บที่ต้องดูแลนาน หรือทุพพลภาพ
- การประเมินความต้องการและวางแผน
 - ทีมผู้ให้บริการประเมินสถานะความเจ็บป่วย ความต้องการด้านสุขภาพ ความพร้อมของครอบครัว เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลที่บ้านและแผนการดูแลที่เหมาะสม

(4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันเวลา

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์การกำหนดแนวทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพสำหรับบุคลากรวิชาชีพผู้ให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ที่ง่าย สะดวก และทันเวลา เช่น
 - การเข้าถึงระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา เสมือนผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล
 - การมีระบบสรุปข้อมูลและแผนการดูแลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - การขอสำเนาข้อมูลเฉพาะส่วนของเวชระเบียน
 - รวมถึงควรพิจารณาการสรุปบันทึกความก้าวหน้าในการดูแล และบันทึกการขอและให้คำปรึกษาต่างๆ เข้าในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาลด้วย

(5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผน และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(7) กรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันการณ์ ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการควรประกอบด้วย
 - แพทย์เจ้าของไข้
 - ผู้รับผิดชอบในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือ Case Manager
 - ทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะปฏิบัติภารกิจดูแลหรือให้คำปรึกษาตามแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (III-4.3 ฅ)

- บั้จจุบันมีการดูแลสุขภาพของผู้นป่วยที่บ้านในรูปแบบใดบ้าง มีโอกาสที่จะขยายให้เกดประโยชน์ต่อผู้นป่วยในพื้นที่อย่างไร
- ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของผู้นป่วยที่บ้านเป็นอย่างไร (ในแง่ความปลอดภัย ความเหมาะสม/ประสิทธิผล/การตอบสนองปัญหาสุขภาพ การลดภาระของผู้นป่วย และประสพการณ์ของผู้นป่วย)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-4.3 ฅ)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none">● ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงของการดูแลสุขภาพของผู้นป่วยที่บ้านและแนวทางการป้องกัน● กลไกและมาตรการกำกับการดูแลสุขภาพของผู้นป่วยที่บ้าน และตัวชี้วัดที่ใช้กำกับการดูแล	<ul style="list-style-type: none">● ผลการติดตามตัวชี้วัดในการกำกับการดูแลการดูแลสุขภาพของผู้นป่วยที่บ้าน

SPA III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

(Information Provision and Empowerment for Patients/Families)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพ และสภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะของตนเอง.

- (1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้อย่างครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับผลการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วย (จาก III-2, III-3) และขีดความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(2) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและครอบครัว:

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

- การพัฒนาผู้ให้ความรู้
 - ด้านเนื้อหาความรู้
 - ด้านทักษะการสื่อสารและสร้างกระบวนการเรียนรู้

(3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งติดตามเพิ่มปัจจัยเอื้อและลดปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

(5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

ประเด็นที่ควรรำ Rapid Assessment (ท้าวของ III-5)

- การประเมินปัญหา/ความต้องการ และการวางแผน
 - การประเมินผู้ป่วยครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย, ขีดความสามารถ ภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้ และดูแลตนเอง ครบถ้วนหรือไม่ มีประเด็นใดที่มักจะเป็นจุดอ่อนในการประเมิน
 - (จากการสัมภาษณ์เวชระเบียน) มีแผนและกิจกรรมการเรียนรู้ที่ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มใดบ้าง แผนดังกล่าวสอดคล้องกับผลการประเมินผู้ป่วยอย่างไร มีบทเรียนในการนำข้อมูลเกี่ยวกับภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเองมาใช้ในการวางแผนการเรียนรู้อย่างไร
- การจัดกิจกรรมการเรียนรู้
 - การให้ข้อมูลมีความเหมาะสมกับปัญหา เวลา ชัดเจน เป็นที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้และนำไปปฏิบัติของผู้ป่วย/ครอบครัว เพียงใด
 - (ถามผู้ป่วย) ถามผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้านหรือกำลังจะกลับบ้านว่าการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเพิ่มเติมในเรื่องอะไรบ้าง เรียนรู้จากอะไร มีสิ่งใดที่คิดว่าอยากจะเรียนรู้เพิ่มเติมอีก
 - (จากการสัมภาษณ์สัมภาษณ์ผู้ป่วยและติดตามผลหลังจำหน่าย) ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้านเพิ่มขึ้นเพียงใด

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

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-5)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และ กิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็น ● แนวทางการให้ความช่วยเหลือด้าน อารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา ● แนวทางการจัดทำแผนการดูแลตนเอง (self-care plan) และการติดตามการ นำไปใช้ ● การปรับปรุงการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และกิจกรรมเสริมทักษะ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมการ เรียนรู้และกิจกรรมเสริมทักษะให้แก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว ● ความสามารถของผู้ป่วย/ครอบครัว (ในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ) ในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง (อาจประมวลจากข้อมูลการติดตาม ทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้าน การติดตามที่ OPD)

SPA III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

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

(1) ทีมผู้ให้บริการมีและปฏิบัติตามแนวทางการจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (health status) และความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยแต่ละราย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) ทีมผู้ให้บริการแจ้งและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่าย

(i) แจ้งในเวลาที่เหมาะสม

(ii) ให้ข้อมูลแก่เกี่ยวกับผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง

(iii) มีระบบนัดหมายและติดตามผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้

(iv) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวและการมาตามนัด ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย รวมทั้งทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ

(v) มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ภายหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการจำหน่าย
 - แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสเตรียมตัว และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ตามกำหนดเวลาที่วางแผนไว้
 - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ
 - ผลลัพธ์ที่คาดหวังหลังจากการจำหน่าย
 - การดูแลต่อเนื่องที่จะเกิดขึ้น
 - ความรู้ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย มีการทวนสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ
 - คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจรักษาตามนัด
 - จัดระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้
 - จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำการนัดติดตามตรวจรักษาในรูปแบบที่เข้าใจง่าย ระบุการนัดติดตาม ภาวะที่ควรได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน และคำแนะนำสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
 - จัดระบบติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดนัด
 - จัดระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม
 - การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
 - การมีทีมเยี่ยมบ้านไปติดตามดูแลให้ความช่วยเหลือที่บ้าน
 - การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน

(3) ทีมผู้ให้บริการตรวจสอบและทำให้มั่นใจว่ายา น้ำยา หรือ วัสดุการแพทย์ ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีการจำหน่ายเป็นไปตามแผนการรักษาล่าสุดของแพทย์และปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน รวมถึงภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล
 - สร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ ชุมชน และองค์กรอื่นๆ ในการติดตามดูแลผู้ป่วย และการให้บริการต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพให้แก่สถานพยาบาลที่ให้การดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยที่ต้องรับดูแล
- จัดระบบการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้ผู้ที่ดูแลต่อเนื่องรับทราบข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย [ดู III-6 ก(6)]
- บูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลต่อเนื่อง
- ทีมผู้ให้บริการทบทวนเพื่อหาโอกาสพัฒนา
 - รับรู้ความรู้สึก ความมั่นใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อสถานพยาบาล ใกล้เคียงกัน ตลอดจนติดตามคุณภาพของการดูแลที่เกิดขึ้น วางแผนร่วมกับสถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมั่นใจว่าจะได้รับการที่มีคุณภาพ เช่น การพัฒนาศักยภาพ ทรัพยากร การสื่อสารข้อมูล การให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาล เป็นต้น

(5) บันทึกเวชระเบียนเอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการบันทึกเวชระเบียนที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องที่ได้ผล
 - บันทึกการจำหน่ายผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันกาล
 - สรุปรายงานการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่องไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน
 - สรุปเหตุผลของการรับไว้ดูแล การวินิจฉัยโรค และโรคร่วม
 - ผลการตรวจร่างกายและการตรวจอื่นๆ ที่สำคัญ
 - หัตถการเพื่อการวินิจฉัยโรคและการบำบัดรักษาที่ได้ทำกับผู้ป่วย
 - ยาสำคัญที่ให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งยาที่ส่งจ่ายเมื่อจำหน่ายทั้งหมด
 - สภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
 - ข้อเสนอแนะในการดูแลต่อเนื่อง

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

(6) ทีมผู้ให้บริการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วย การติดตาม และดูแลตามนัด ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการสื่อสารข้อมูล เพื่อการดูแลต่อเนื่องให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
 - สื่อสารข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างเพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง
 - สื่อสารข้อมูลการติดตามและการดูแลตามนัด
 - คำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย

(7) หลังการจำหน่าย ทีมผู้ให้บริการติดต่อกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(8) องค์กรมีกระบวนการในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจอยู่รับการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และนำข้อมูลมาใช้ปรับปรุงบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ข. การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referral)

(1) ทีมผู้ให้บริการวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยตามสถานะและความต้องการของผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(3) ทีมผู้ให้บริการมีแนวทางการส่งต่อการดูแล การประสานงาน การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยงาน/สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อ เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับสถานะทางคลินิกของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ครบถ้วน และมีแนวทางการติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) ทีมผู้ให้บริการบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทั้งในเวชระเบียนและเอกสารการส่งต่อ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อและเมื่อไปถึงหน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(5) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมข้อบ่งชี้ ความเร่งด่วน กำหนดเวลา หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จะรับดูแลต่อ และความเสี่ยง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(6) ทีมผู้ให้บริการใช้ข้อมูลป้อนกลับ จากผู้ป่วย ครอบครัว หรือหน่วยบริการ/สถานพยาบาล ที่รับดูแลต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนการส่งต่อ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ค. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Patient Transport)

(1) ทีมผู้ให้บริการให้การรักษายาบาลเพื่อควบคุมภาวะฉุกเฉินชีวิตให้มั่นใจว่าผู้ป่วย อยู่ในสภาพคงที่ (stabilization) ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(2) การดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีสมรรถนะ/ขีดความสามารถ มีการเฝ้าติดตาม และสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การจัดระบบเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - มีการประเมินความต้องการด้านการเคลื่อนย้าย เมื่อจะมีการส่งต่อผู้ป่วยหรือส่งกลับบ้าน
 - การกำหนดระยะเวลาที่พร้อมในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
 - การเคลื่อนย้ายที่จัดให้หรือจัดหา มีความเหมาะสมกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย
 - มีกระบวนการติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้าย รวมถึงกระบวนการร้องเรียน
- ทีมผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสม
 - จัดให้มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย ให้การดูแลและเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย
 - มีการดูแลและเฝ้าติดตามที่เหมาะสม
 - การเฝ้าระวังสัญญาณชีพของผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้
 - ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับ ยา สารน้ำ เลือด ออกซิเจน และสารอื่นๆ ผ่านอุปกรณ์ต่างๆ
 - การบันทึกข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็น
 - จัดระบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างการเคลื่อนย้าย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่เมื่อเกิดปัญหา
 - มีอุปกรณ์การสื่อสารที่พร้อมใช้
 - มีข้อบ่งชี้ในการสื่อสารและขอความช่วยเหลือ
 - มีความชัดเจนว่าจะสื่อสารและขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใดระหว่างการเคลื่อนย้าย

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

(4) องค์กรมีระบบตรวจสอบหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรทำ Rapid Assessment (ภาพรวมของ III-6)

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

- มีการพัฒนาศักยภาพให้แก่หน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลต่อเนื้อ
อย่างไร การพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะผู้ป่วยที่ต้องรับดูแลอย่างไร
- (ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง) ถามพยาบาลหน่วย Home Health
Care หรือผู้มีหน้าที่ติดตาม สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายว่ามี
การวางแผนและเตรียมตัวอย่างไร มีการประสานกับหน่วยบริการสุขภาพ
ในพื้นที่อย่างไร สุ่มเวชระเบียนผู้ป่วยในความรับผิดชอบและโทรศัพท์พูด
คุยกับผู้ป่วย/สถานพยาบาลในพื้นที่เกี่ยวกับการดูแลที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย
- การส่งต่อและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - (ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง) ถามพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน
การจัดการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่น ว่ามีข้อแนะนำอะไร
เพื่อให้การจำหน่ายและการส่งต่อเป็นไปอย่างราบรื่น ทันเวลา ปลอดภัย
 - (ถามประสบการณ์ของผู้เกี่ยวข้อง) ถามพยาบาลที่มีประสบการณ์ใน
การไปส่งผู้ป่วยกับรพพยาบาล ว่าได้รับการฝึกอบรมอย่างไร มีการเตรียมตัว
สำหรับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างไร มีการ Monitor และสื่อสารข้อมูล
ระหว่างการเดินทางอย่างไร ยานพาหนะ/อุปกรณ์การแพทย์/เวชภัณฑ์
มีความพร้อมเพียงใด
- การบันทึกและติดตาม
 - (จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียน) ข้อมูลที่บันทึกไว้มีความเพียงพอสำหรับ
การดูแลต่อเนื้อเมื่อผู้ป่วยกลับมาติดตามรับการดูแลที่โรงพยาบาลเพียงใด
 - (จากการติดตามผลจากผู้ป่วยโดยตรงและหน่วยบริการสุขภาพที่รับ
ดูแลต่อเนื้อ) ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื้อที่ตอบสนองต่อปัญหาได้ดี
เพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป (III-6)

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
<p>การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด</p> <ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อการดูแลต่อเนื่อง • แนวทางการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย การตอบสนอง/ให้ความช่วยเหลือ และการปรับปรุงกระบวนการจำหน่าย 	<p>การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ประสิทธิภาพในการนัดหมายและติดตาม เช่น อัตราการมาตรวจตามนัดหรือ อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยบางกลุ่ม • ประสิทธิภาพของระบบให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษา • ตัววัดที่แสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีของการดูแลต่อเนื่อง เช่น TB Conversion Rate, Viral Load, CD4, การพัฒนาการสมวัยของทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น • ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลต่อเนื่องที่ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น Aspiration Pneumonia, UTI, Pressure Injury เป็นต้น
<p>การส่งต่อผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการประสานงานและสื่อสารข้อมูลเพื่อการส่งต่อ • การใช้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนส่งต่อ 	<p>การส่งต่อผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคและการดูแลก่อนส่งต่อ • ความเหมาะสม ปลอดภัย และประสิทธิภาพของการดูแลระหว่างส่งต่อผู้ป่วย
<p>การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • แนวทางการเตรียมความพร้อมของยานพาหนะ/อุปกรณ์เวชภัณฑ์ • แนวทางการดูแลและเฝ้าติดตามระหว่างการเคลื่อนย้าย 	<p>การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> • อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย • ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการเคลื่อนย้าย

“SPA เป็นแนวทางสำหรับสถานพยาบาลในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

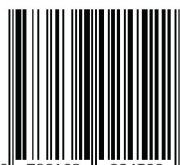
และสามารถทำการประเมินผล เพื่อรับรู้ความสำเร็จ และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง

โดยใช้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับ ซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลการปฏิบัติตามมาตรฐาน

ประกอบด้วย เกณฑ์มาตรฐาน (Standards), กิจกรรมที่ควรดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรม (Practice),

และ ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง (Assessment)”

978-616-8024-52-2



9 786168 024522

ราคา 200 บาท