

ฉบับที่ 4

(ร่าง)

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

เริ่มใช้เพื่อการรับรอง HA ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561

Hospital and Healthcare Standards

4th Edition

Effective for Healthcare Accreditation 1 July 2018



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



คำนำ

ตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้ประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับที่ 3) เพื่อการประเมินและรับรองโรงพยาบาล มาตั้งแต่ปี 2549 และยังคงใช้ต่อมาเมื่อ พรพ.ปรับเป็นสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในปี 2552 มาตรฐานฉบับดังกล่าวได้รับการรับรองจากองค์กรสากลคือ The International Society for Quality in Health Care (ISQua) มาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2553 และมีการปรับปรุงมาเป็นลำดับ

เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย สถาบันจึงปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 4 มีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับโดยยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกัน ก็ได้มีการยกกร่างเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

หวังว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับนี้จะช่วยชี้นำการพัฒนาระบบงานและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ ภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กรกฎาคม 2560

สารบัญ

| | |
|--|-----|
| คำนำ..... | i |
| สารบัญ..... | iii |
| แนวทางการใช้มาตรฐาน | vi |
| ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร..... | 1 |
| I-1 การนำ (LED)..... | 2 |
| I-2 กลยุทธ์ (STG)..... | 10 |
| I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)..... | 16 |
| I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)..... | 25 |
| I-5 กำลังคน (WKF) | 32 |
| I-6 การปฏิบัติการ (OPT) | 42 |
| ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล | 52 |
| II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ) | 53 |
| II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG) | 69 |
| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) | 78 |
| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) | 90 |
| II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)..... | 101 |

| | |
|---|-----|
| II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)..... | 108 |
| II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN) | 121 |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)..... | 137 |
| II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)..... | 143 |
| ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | 149 |
| III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)..... | 150 |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM) | 154 |
| III-3 การวางแผน (PLN) | 159 |
| III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)..... | 165 |
| III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP) | 180 |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)..... | 184 |
| ตอนที่ IV ผลการดำเนินการขององค์กร..... | 187 |
| IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)..... | 188 |
| IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR) | 188 |
| IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)..... | 189 |
| IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)..... | 190 |
| IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR)..... | 191 |

| | |
|---|-----|
| IV-6 ผลด้านการเงิน (FNR)..... | 192 |
| ภาคผนวก..... | 193 |
| ภาคผนวก 1 Scoring Guideline..... | 193 |
| ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation..... | 195 |
| ภาคผนวก 3: ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3..... | 218 |
| ภาคผนวก 4: ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ..... | 225 |

แนวทางการใช้มาตรฐาน

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบจัดการความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมการบริหารโรงพยาบาล การจัดการระบบงานสำคัญ กระบวนการดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท โดยในหน้าแรกของแต่ละบท ได้มีการสรุปเนื้อหาจัดทำเป็นแผนภาพไว้ เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของเนื้อหาภายในบทนั้นๆ นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดหมวดหมู่ของทุกส่วนในมาตรฐานโดยมีการกำหนดและเรียงลำดับรหัสของแต่ละตอน บท และข้อกำหนด เพื่อให้สะดวกต่อการสืบค้น

เนื้อหาของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 4 ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ 3 ในหลายประเด็น **โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วยตัวอักษรสีฟ้า** ผู้ใช้มาตรฐานสามารถดูรหัสของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3 ได้จากตารางเปรียบเทียบในภาคผนวก

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

- การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ

- การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ

- * ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility

- * ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility

- * คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
- * การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
- * พาเรียนรู้: learning, empowerment
- วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
- แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

- ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจ่างชัด สำหรับข้อความหรือศัพท์ที่เข้าใจได้ยากหรือนึกถึงวิธีนำไปปฏิบัติไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอรรถ (footnote)

- เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน

- เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ

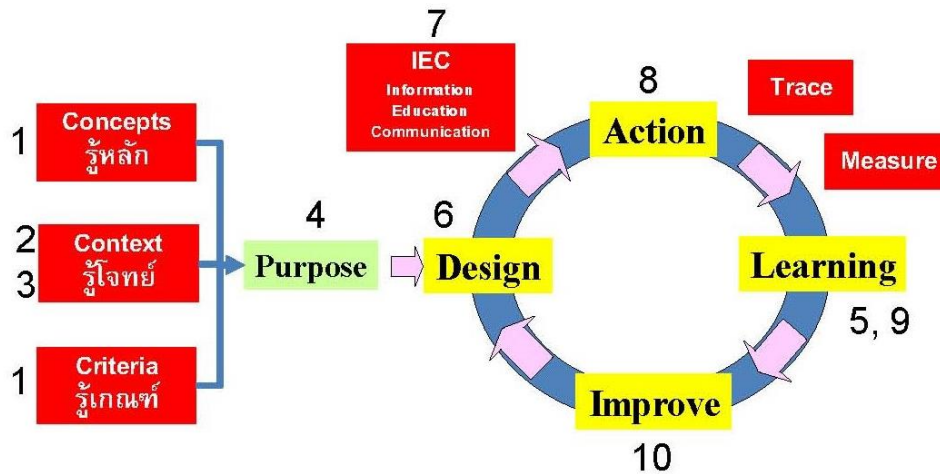
- เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย

- เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง

- ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย
ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง

- เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



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

กิจกรรมการเรียนรู้คู่กับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

1) **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing)** โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งจะให้คำตอบว่าทำอะไรให้ความรู้ในตำราไปสู่การปฏิบัติได้จริง และในกรณีที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอะไรให้ปลอดภัยที่สุด

2) **การอภิปรายกลุ่ม (group discussion & learning)** เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมาอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ

3) **สุนทรียสนทนา (dialogue)** เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า

4) การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราคุ้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมินเสมือนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็ นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้นบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

9) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลเสียของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย

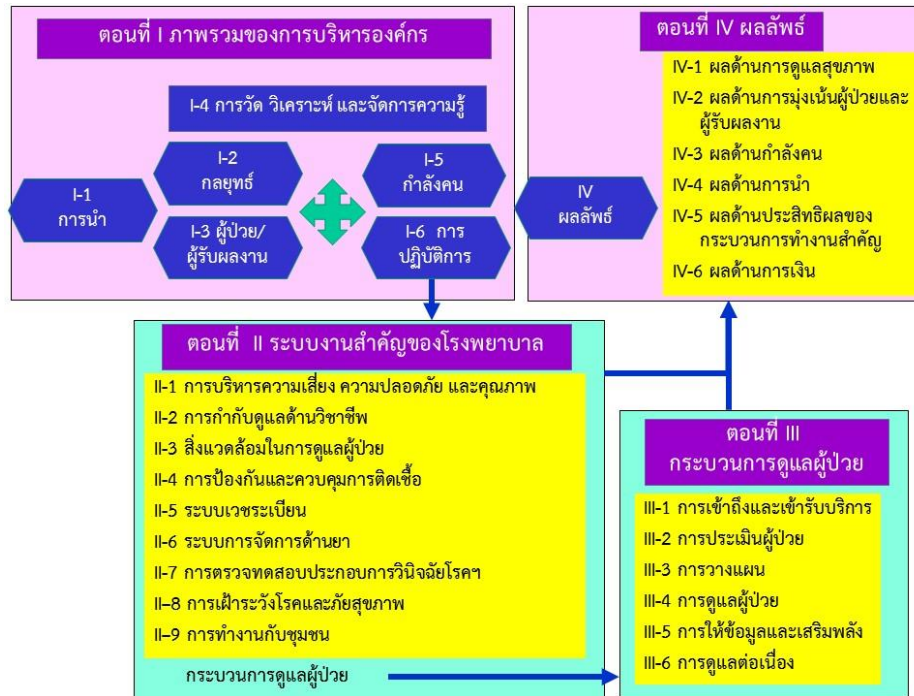
10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเสียงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น พึงระวังว่าจะไม่ใช่การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่มุ่งเรียนรู้สถานการณ์เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึ กและความคิดที่เกิดขึ้น

ในช่วงเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ง่ายขึ้น

11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

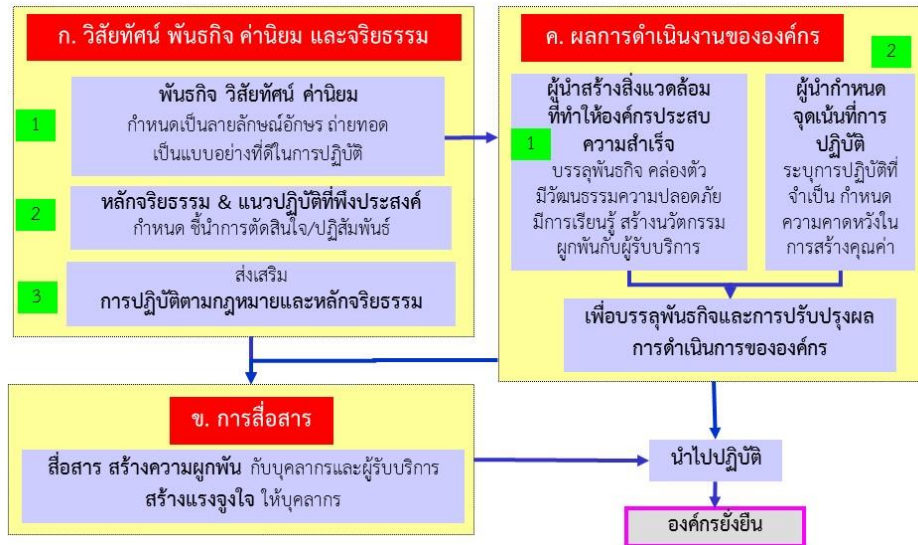


สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-1 การนำ (LED)

I – 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

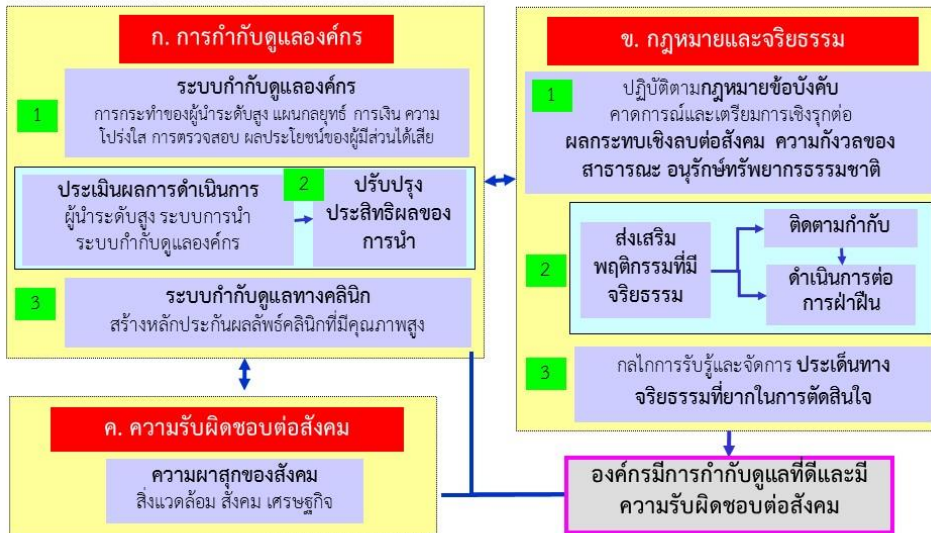
การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

1 – 1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม
(Governance and Societal Responsibility)

องค์กรทำให้นั้นในใจระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบต่อ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

- (1) ผู้นำระดับสูงชี้นำองค์กรด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร ที่ช่วยชี้นำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.
- (3) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ข. การสื่อสาร

- (1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับกำลังคนทั้งองค์กรและผู้รับบริการที่สำคัญ สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง จูงใจกำลังคนเพื่อให้มีผลการดำเนินงานที่ดี.

ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

- (1) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ บรรลุพันธกิจ เป็นองค์กรที่คล่องตัว มีวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการเรียนรู้ มีการสร้างนวัตกรรม และสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ.
- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจและการปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กร ระบุการปฏิบัติที่จำเป็น และกำหนดความคาดหวังในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น.

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในใจระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบต่อ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.

ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร ทบทวนและประสบความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้:

- ความรับผิดชอบต่อในการกระทำของผู้บริหารระดับสูง;
- ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์;
- ความรับผิดชอบด้านการเงิน;
- ความโปร่งใสในการดำเนินการ;
- การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิภาพ;
- การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

(2) องค์กรประเมินผลการดำเนินการของผู้บริหารระดับสูง ระบบการนำ ระบบกำกับกำกับดูแลองค์กร และนำผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก¹ เพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือ การตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล² การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประสบการณ์ของผู้ป่วย. คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอและแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.

¹ การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการธำรงคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

² การเปิดเผยข้อมูล (openness) เช่น การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

- (1) องค์กรปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ คาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อผลกระทบเชิงลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ³ และอนุรักษ์ทรัพยากร ธรรมชาติ.
- (2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพฤติกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิสัมพันธ์ทุกกรณี. มีการติดตามกำกับและดำเนินการต่อพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.
- (3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ⁴ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.

³ ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ สิ่งคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

⁴ ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยหนักรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยหนักซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่อยู่เดิมออกหนึ่งราย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

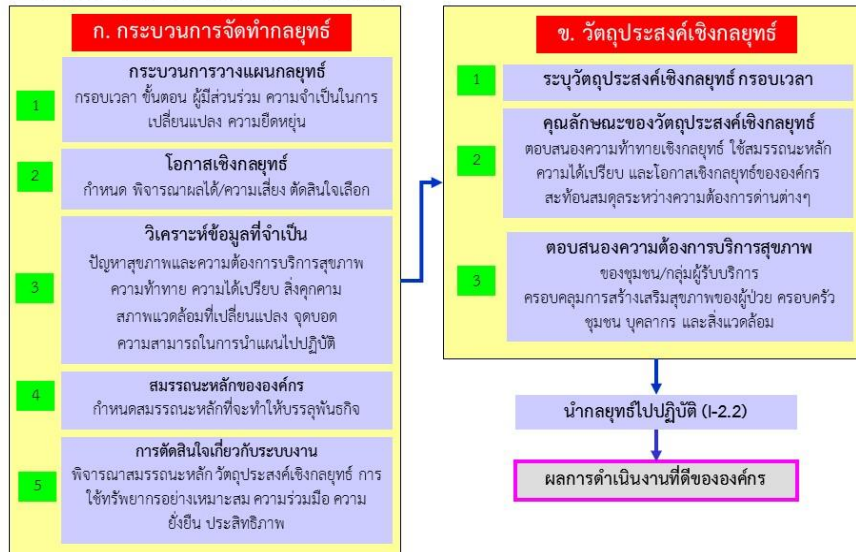
ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

(1) องค์กรมีส่วนรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.

I-2 กลยุทธ์ (STG)

I – 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

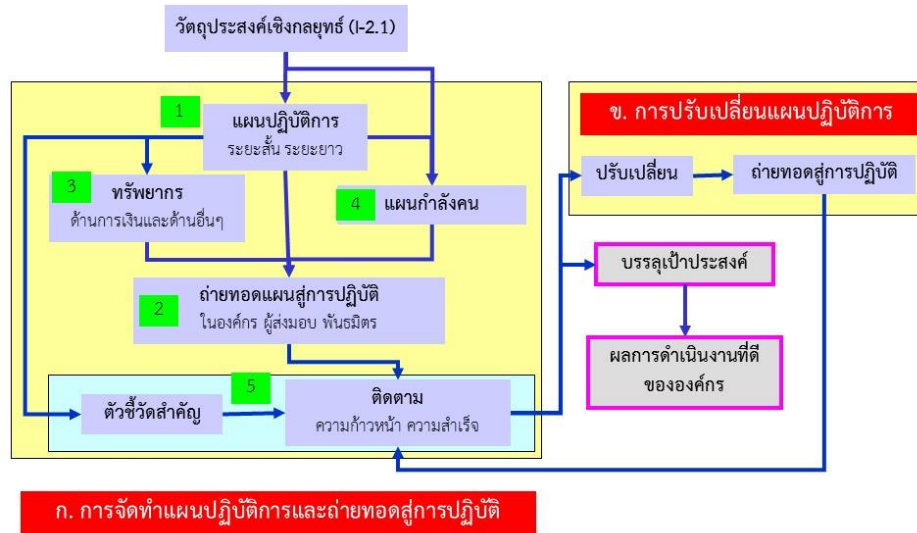
องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I – 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STG.1)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้การดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

- (1) องค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในด้านกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม. มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กร.
- (2) องค์กรกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ ตัดสินใจเลือกโอกาสพัฒนาและความเสี่ยงสำคัญที่จะดำเนินการให้สำเร็จ และส่งเสริมนวัตกรรมในเรื่องดังกล่าว.
- (3) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์: ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สิ่งที่คุณค่าความสำเร็จ โอกาสเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม จุดบอดที่เป็นไปได้ในการวางแผน ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ.
- (4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

(5) องค์กรตัดสินใจเรื่องกระบวนการทำงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเอง และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ โดยพิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรเอง และองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพ.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

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

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

- (1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการระยะสั้นและระยะยาว เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.
- (2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.
- (3) องค์กรจัดสรรทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ เพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ.
- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านกำลังคนที่สำคัญเพื่อสนับสนุนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.
- (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของการดำเนินงานนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

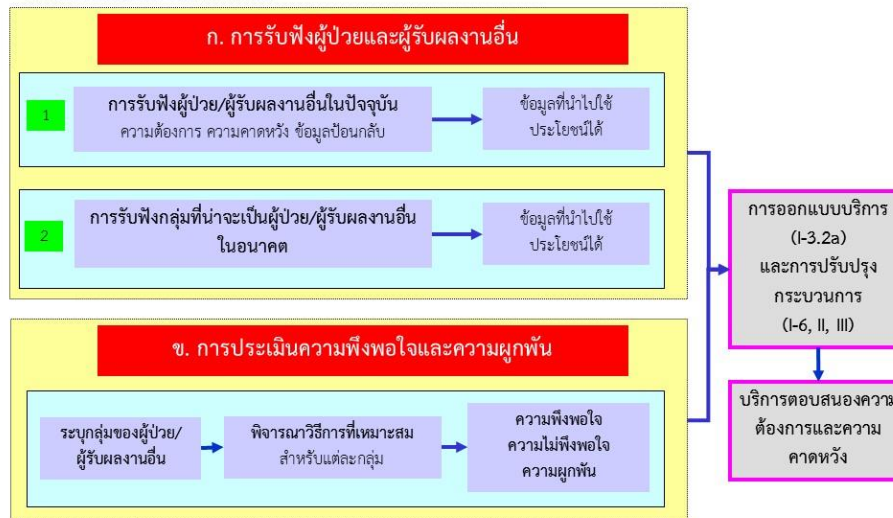
ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

องค์กรปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเมื่อมีความจำเป็น และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ.

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)

I – 3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Voice of Patient/Customer)

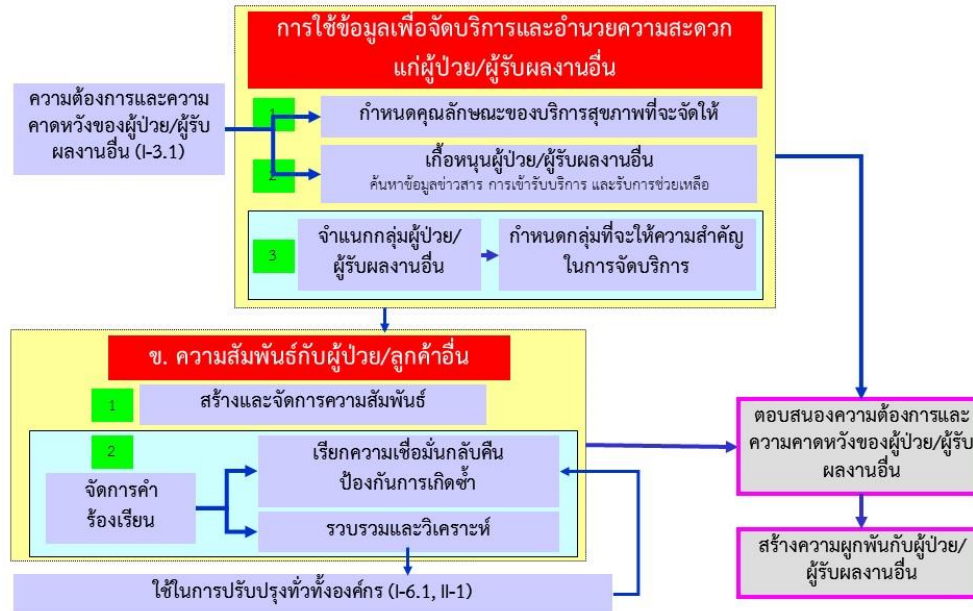
องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

1 – 3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (Patient/Other Customer Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I – 3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patients' Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM.1)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง.

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรรับฟังเสียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) องค์กรรับฟังเสียงจากกลุ่มที่น่าจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์.

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (PCM.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์.

ก. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรนำความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น มากำหนดคุณลักษณะของบริการ.
- (2) องค์กรเกื้อหนุนผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ในการค้นหาข้อมูลข่าวสาร การเข้ารับบริการ และรับการช่วยเหลือ. (ดู II-1.1 ก.(10) ร่วมด้วย)
- (3) องค์กรจำแนกกลุ่มผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และกำหนดกลุ่มที่จะให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ.

ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพันกับองค์กร.
- (2) องค์กรจัดการคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น อย่างทันท่วงทีและได้ผล เพื่อเรียกความเชื่อมั่นกลับคืนมา และป้องกันการเกิดซ้ำ. มีการรวบรวมและวิเคราะห์คำร้องเรียนเพื่อใช้ในการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร.

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCM.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข⁵.

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

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

- (1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.
- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) มีการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยในทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ป่วย.
- (4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
- (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

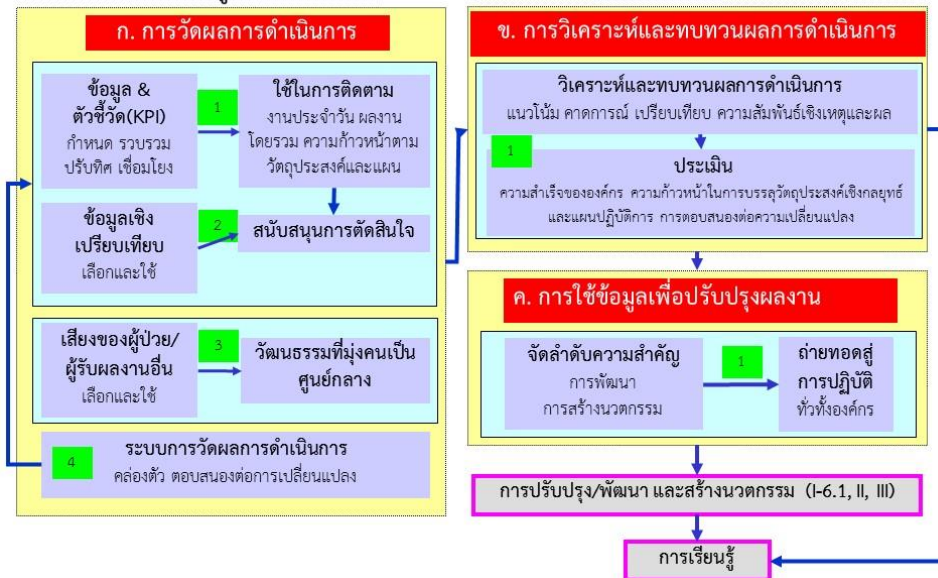
ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างสอดคล้องกับ ข้อบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสม.
- (3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือถูกยึด อย่างเหมาะสม.

I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)

I – 4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร (Measurement, Analysis and Improvement of Organization Performance)

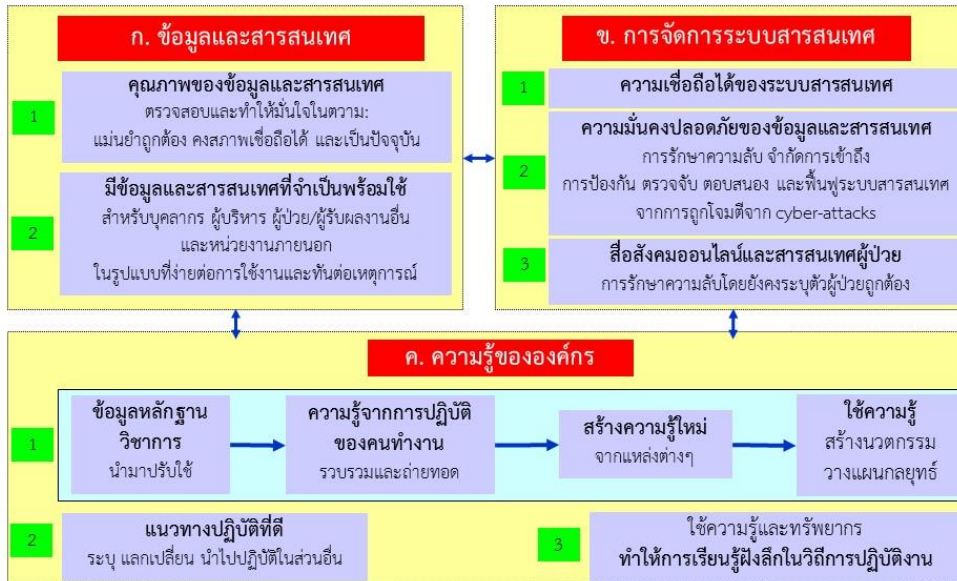
องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร และส่งเสริมการเรียนรู้.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I – 4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ
(Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร และส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ

- (1) องค์กรกำหนด รวบรวม เชื่อมโยงข้อมูล/ตัวชี้วัดสำคัญ ที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตาม การปฏิบัติงานประจำวัน ผลการดำเนินการขององค์กร และความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ. (ดู II-1.1 ก.(6) ร่วมด้วย)
- (2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ⁶ ที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยอิงข้อเท็จจริง.
- (3) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลจากเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็น ศูนย์กลาง. (ดู I-3.2 ก.(1) ร่วมด้วย)

⁶ แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของกลุ่ม, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

(4) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ

(1) องค์กรวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงการตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน

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

I-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ (MAK.2)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

- (1) องค์กรตรวจสอบข้อมูลและทำให้มั่นใจในคุณภาพของข้อมูลและสารสนเทศว่ามีความแม่นยำถูกต้อง คงสภาพเชื่อถือได้ และเป็นปัจจุบัน (accuracy & validity, integrity & reliability, currency).
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่าข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และหน่วยงานภายนอก มีความพร้อมใช้ ในรูปแบบที่ง่ายต่อการใช้งานและทันต่อเหตุการณ์.

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/ สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้ว จะเกิดผลกระทบได้มาก มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม มีการป้องกัน ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.
- (3) ในกรณีที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่าง ถูกต้องไว้.

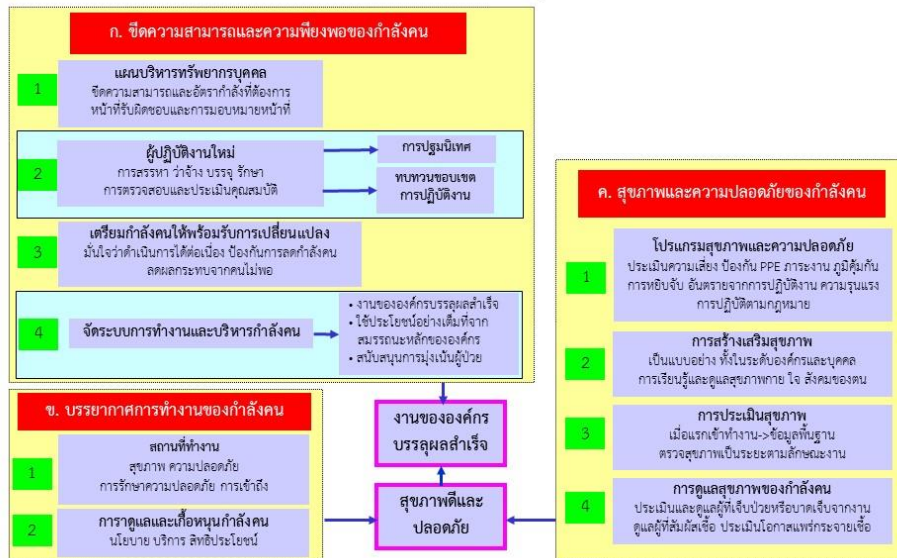
ค. ความรู้ขององค์กร

- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติ ประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์. มีการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับประสิทธิผลของ healthcare intervention & technology มาประยุกต์ใช้.
- (2) องค์กรระบุหน่วยงานหรือปฏิบัติการที่มีผลงานดี ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยนและนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.
- (3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิธีการปฏิบัติงานขององค์กร.

I-5 กำลังคน (WKF)

I – 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (Workforce Environment)

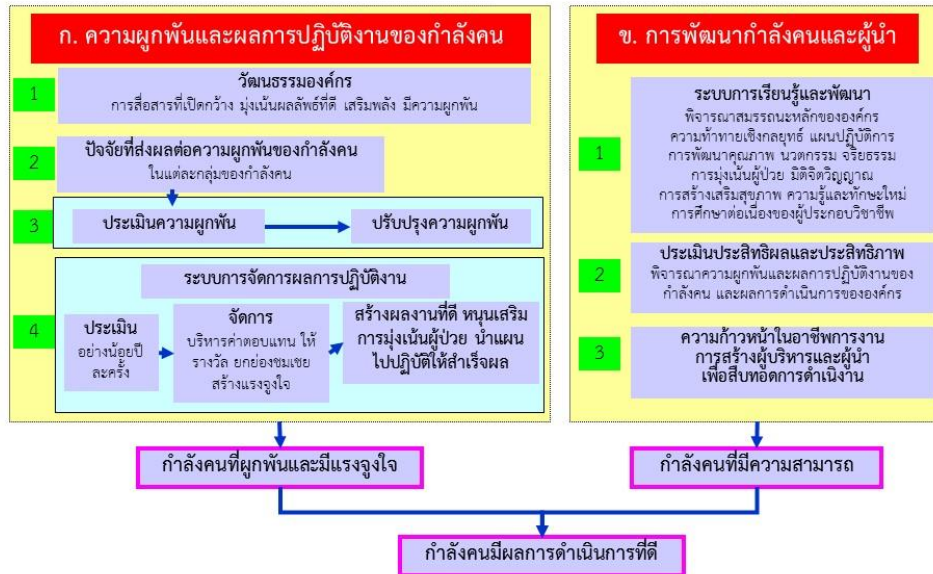
องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

1 – 5.2 ความผูกพันของกำลังคน (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับกำลังคน มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน⁷ (WKF.1)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถ⁸ และความเพียงพอของกำลังคน⁹

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสภาวิชาชีพร่วมกับบริบทขององค์กร. แผนระบุขีดความสามารถและกำลังคนที่ต้องการในแต่ละส่วนงานเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้.

⁷ กำลังคน รวมถึง บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

⁸ ขีดความสามารถของกำลังคน (workforce capability) หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการบรรลุผลสำเร็จของงาน ด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของกำลังคน ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ ลูกค้ายื่น การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และ กระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

⁹ ความเพียงพอของกำลังคน (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีระดับของกำลังคนเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และส่งมอบผลิตภัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ ลูกค้ายื่นได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และสมรรถนะ ของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) เป็นไปตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น.

- (2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัครที่มาปฏิบัติงานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน. มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.
- (3) องค์กรเตรียมกำลังคนให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดกำลังคนและผลกระทบที่เกิดจากกำลังคนไม่เพียงพอ.

- (4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร และสนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย.

ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพ ความปลอดภัย มีการป้องกันภัย สะดวกในการเข้าถึง.
- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนกำลังคนด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์ เหมาะสมกับกำลังคนแต่ละกลุ่ม.

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน ประกอบด้วย:

- การจัดให้มีเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับกำลังคน;
- การประเมินสถานที่ทำงาน ในประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน;
- การติดตามวัฏระดับภาระงานและการจัดการความเครียด;
- การให้ภูมิคุ้มกันแก่กำลังคน;
- การป้องกันอันตรายจากการหยิบ จับ ยก ด้วยมือ;
- การป้องกันอันตรายจากการถูกเข็มทิ่มตำ;
- การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น รังสี แก๊ส สารเคมี สารอื่นๆ และการติดเชื้อ;
- การจัดการกับความรุนแรง ความก้าวร้าว และการคุกคาม;
- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง.

- (2) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านวิถีปฏิบัติขององค์กร และพฤติกรรมสุขภาพของกำลังคนแต่ละคน. กำลังคนมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพกาย ใจ สังคม ของตน.
- (3) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยและการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.
- (4) กำลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโอกาสแพร่กระจายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลกำลังคนที่สัมผัสเชื้อ.

I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน (WKF.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับกำลังคน¹⁰ มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนา เพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี.

ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

- (1) องค์กรเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี การเสริมพลังของกำลังคน และกำลังคนมีความผูกพัน.
- (2) องค์กรระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันของกำลังคน ในแต่ละกลุ่มของกำลังคน.
- (3) องค์กรประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน.
- (4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของกำลังคนส่งเสริมให้บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) สร้างผลงานที่ดี หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล โดยนำเรื่องการบริหาร

¹⁰ ความผูกพันของกำลังคน หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

ค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องชมเชย และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง.

ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:

- สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
- การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
- จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ และจริยธรรมในการประกอบกิจการ;
- การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น มิติทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างเสริมสุขภาพ;
- การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน;
- ความจำเป็นและความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ และสิ่งที่หัวหน้างานและผู้บริหารระบุ.

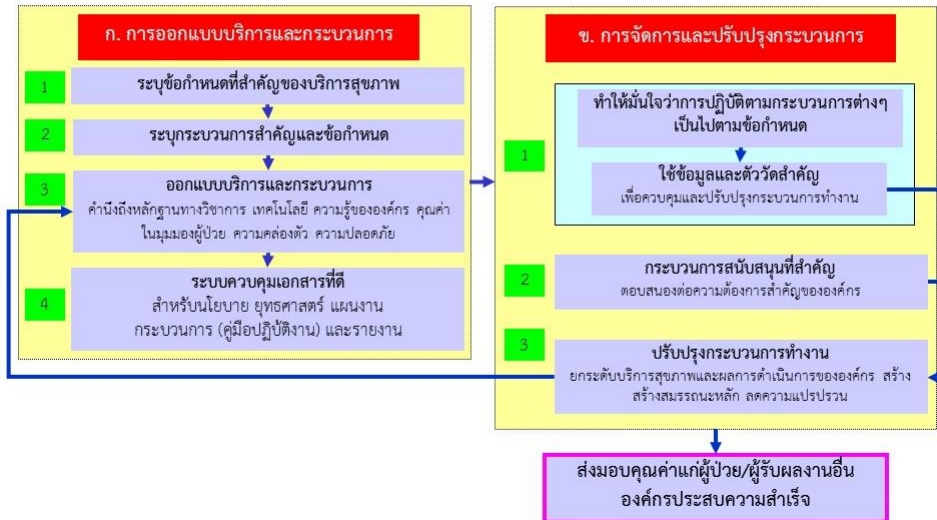
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

- (2) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความผูกพันของกำลังคน ผลการปฏิบัติงานของกำลังคน และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.
- (3) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการงานของกำลังคน วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน.

I-6 การปฏิบัติการ (OPT)

I – 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

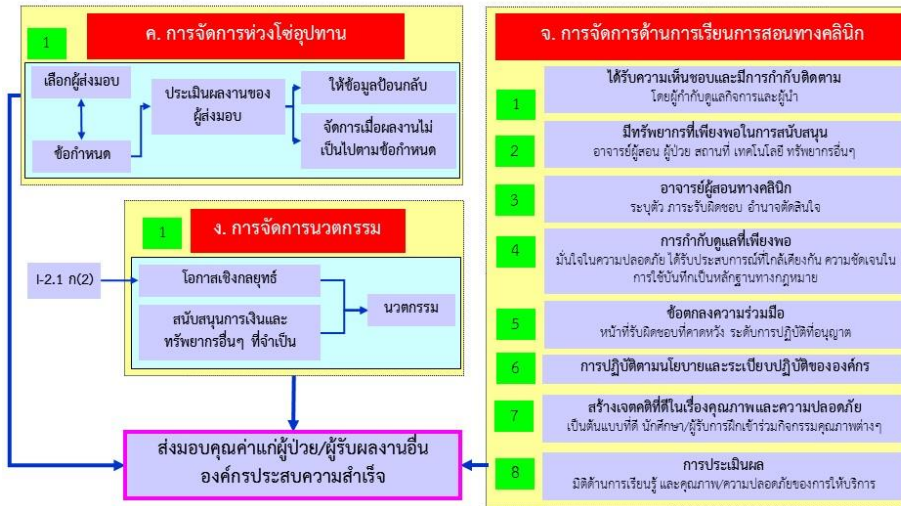
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I – 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

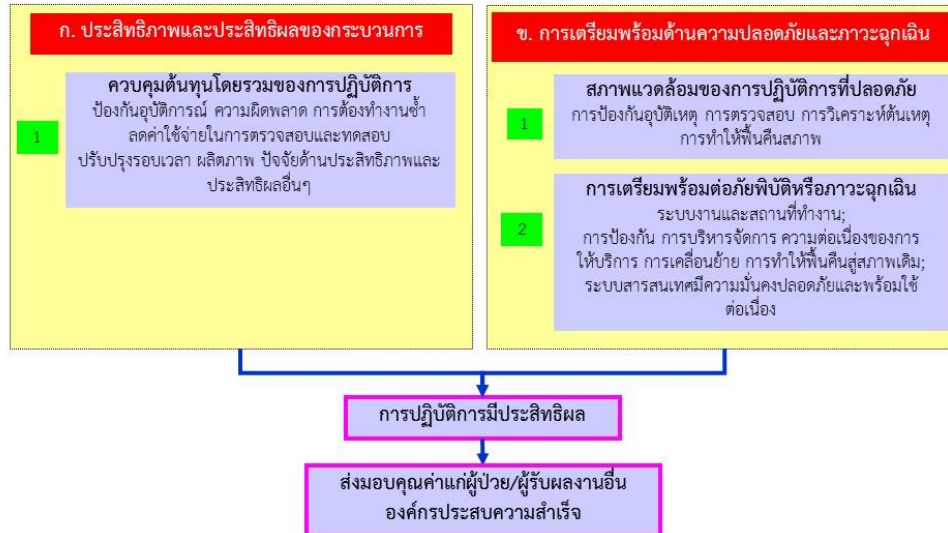
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I – 6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operational Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

I-6.1 กระบวนการ (OPT.1)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ

- (1) องค์กรระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรนำหลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมีคุณภาพต่างๆ มาใช้ในการออกแบบบริการสุขภาพและกระบวนการ.

(4) นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน กระบวนการ/ระเบียบปฏิบัติ และรายงานการประชุมที่สำคัญ ได้รับการจัดทำเป็นเอกสาร มีการอนุมัติ¹¹มีการควบคุม ข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีการทบทวนปรับปรุงเป็นระยะตามกำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น.

ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

(1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ. มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.

(2) องค์กรระบุกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ. การปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการสนับสนุนเหล่านี้ตอบสนองต่อความต้องการสำคัญขององค์กร.

(3) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อยกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลการดำเนินการขององค์กร เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร และลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

¹¹ การอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผน/เอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

- (1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ¹² ที่มีคุณภาพสูง โดย:
- การเลือกผู้ส่งมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
 - มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม;
 - มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
 - ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
 - จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

ง. การจัดการนวัตกรรม

- (1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

¹² ผลิตภัณฑ์ เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์; บริการ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

- (1) การเข้าร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข ได้รับความเห็นชอบและกำกับติดตามโดยผู้กำกับดูแลกิจการและผู้อำนวยการ (เฉพาะกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษา).
- (2) องค์กรมีทรัพยากรที่เพียงพอในการสนับสนุนการจัดการศึกษาและฝึกอบรม:
 - จำนวนและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน;
 - จำนวนและลักษณะที่หลากหลายของผู้ป่วย;
 - สถานที่ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ.
- (3) มีการระบุตัวอาจารย์ผู้สอนพร้อมทั้งภาระรับผิดชอบและอำนาจตัดสินใจที่ชัดเจนตามข้อกำหนดของหลักสูตร.
- (4) มีการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน. มีความชัดเจนในการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแล และความชัดเจนในการใช้บันทึกของนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกเป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

- (5) มีการจัดทำข้อตกลงในความร่วมมือที่จะสนับสนุนกันและกันระหว่างองค์กรและสถาบันการศึกษา รวมถึงหน้าที่รับผิดชอบที่คาดหวัง ระดับของการปฏิบัติที่อนุญาตให้นักศึกษาและผู้รับการฝึก. มีการจัดทำเอกสารเกี่ยวกับสถานะและการบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ของนักศึกษาและผู้รับการฝึก.
- (6) นักศึกษาและผู้รับการฝึกปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กรทุกฉบับ.
- (7) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึก เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) มีการติดตามประเมินผลโปรแกรมการเรียนการสอนทางคลินิก ทั้งในมิติด้านการเรียนรู้ และคุณภาพ/ความปลอดภัย ของการให้บริการ.

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (OPT.2)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ลูกค้าอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

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

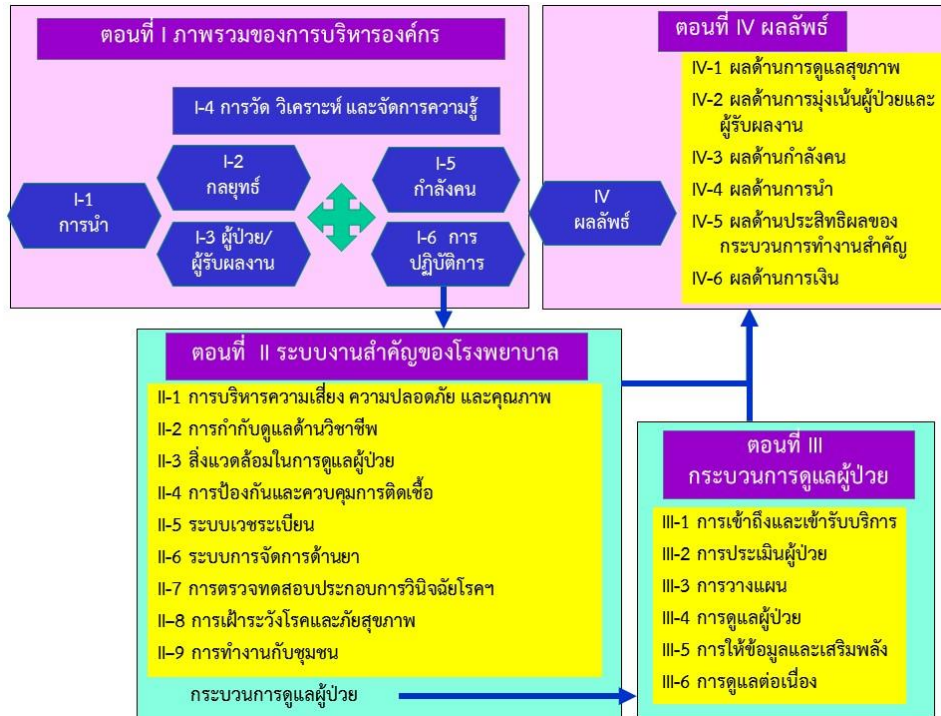
ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม การพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร. องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศ มีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง.

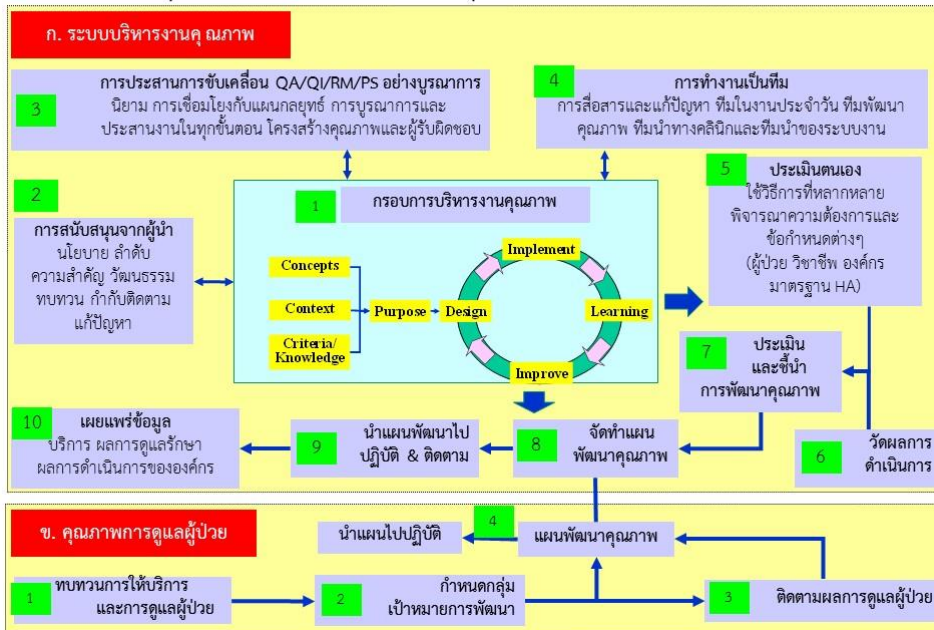
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

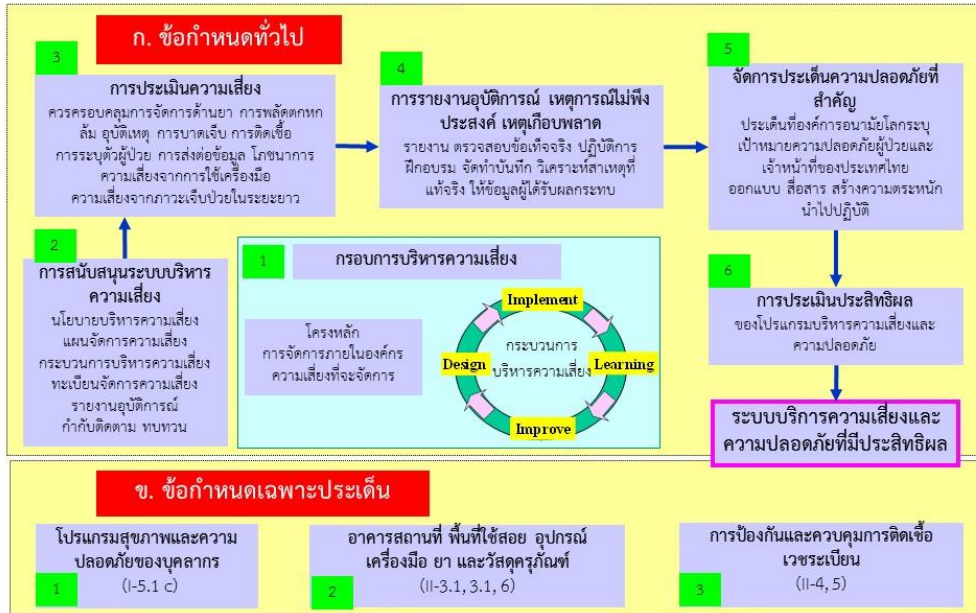
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

มีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.



II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (RSQ.1)

มีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

- (1) องค์กรนำระบบบริหารคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ ดังต่อไปนี้:
 - หลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ (concepts);
 - บริบทจำเพาะขององค์กร รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการ (context);
 - หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดแจ้งและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);
 - วัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose);
 - การออกแบบที่เน้นคนผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (design);
 - การนำระบบที่ออกแบบไปสู่การปฏิบัติ (action);
 - การกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning);
 - การออกแบบใหม่ การปรับแต่ง การพัฒนา นวัตกรรม การบูรณาการ (improve);
 - การมีผู้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการส่งเสริมและประสานงานการพัฒนาคุณภาพ.
- (2) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดย:

- กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวัง ในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
- ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
- ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.

(3) มีการนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

- กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่า “ความเสถียร” และ “คุณภาพ”;
- กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
- มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสถียร ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล;
- มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

(4) มีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:

- มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ;
- บุคลากรร่วมมือกันในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบของวิชาชีพ;
- องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;
- องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.

(5) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

- มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;
- มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/

หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสม. องค์กรควรเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ;

- มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมชมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

(6) องค์กรวัดผลงานคุณภาพทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ โดยครอบคลุมประเด็นเหล่านี้เป็นอย่างต่ำ:

- การกำกับดูแลองค์กร;
- การกำกับดูแลทางคลินิก;
- การบริหารจัดการองค์กร ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการ การบริหารทรัพยากรบุคคล การควบคุม การติดเชื้อ การจัดการความเสี่ยง;
- การใช้บริการและประสิทธิผลของการให้บริการ;
- ผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ;
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ;
- ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของการดูแลหรือบริการสุขภาพที่ให้บริการ.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 and part IV)

(7) มีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการประเมินผลการดำเนินงานมาใช้ในการประเมินและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

(8) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสการพัฒนาที่ระบุไว้. แผนการพัฒนาคุณภาพควร:

- มีการจัดทำในรูปแบบที่เป็นทางการ;
- ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
- ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
- มีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบ;
- สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้.

(9) องค์กรนำแผนพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.

(10) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลประเภทของบริการที่มีการเปิดให้บริการ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้ โดยสะดวก มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องเป็นปัจจุบัน. ถ้ามีความพร้อม ควรแสดงข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยและผลการดำเนินการขององค์กร.

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย¹³ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก¹⁴ ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิทยาลัยร่วม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์

¹³ การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การทบทวนการใช้ทรัพยากร การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย การทบทวนการใช้ยา การทบทวนการใช้เลือด การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทบทวนตัวชี้วัด

¹⁴ กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

หาสาเหตุที่แท้จริง การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย
ควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(1) องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบการนำไปปฏิบัติ การอ้าง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้:

- โครงสร้างของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร;
- การจัดการภายในองค์กร เช่น สรุปรูปแบบจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการและกิจกรรมการเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากรที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามและประเมินผล;

- รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ควรครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่างๆ.
- (2) ระบบบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยการมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียนจัดการ ความเสี่ยง (risk register) และกระบวนการต่างๆ ดังนี้:
- นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดง ทิศทางในการดำเนินงาน;
 - แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงวิธีการที่องค์กรจะใช้ในการบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ กิจกรรม และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง;
 - กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาสที่ จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือ ป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง;
 - ทะเบียนจัดการความเสี่ยง ควรใช้บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และ ด้านที่ไม่ใช่คลินิก) และมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ. ควรมีการจัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตาม ความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร. ควรมีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และ กำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้;

- มีระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล;
- องค์กรควรเฝ้าติดตามในประเด็น ผลการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

(3) องค์กรมีการประเมินความเสี่ยงภายในองค์กร ทั้งนี้ เพื่อปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้บริการ การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นเรื่อง:

- การจัดการด้านยา;
- การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ;
- การควบคุมการติดเชื้อ;
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด;
- การสื่อสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ;
- โภชนาการ;
- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เช่น การใส่ท่อหรือสายที่ผิดพลาด, แผลไฟไหม้/การบาดเจ็บจากการรักษาด้วยเลเซอร์;

- ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น ผลกดทับ.

(4) องค์กรมีกระบวนการในการรายงาน สืบหาสาเหตุ และดำเนินการ ที่ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การพัฒนาบริการให้ดีขึ้น. กระบวนการควรครอบคลุมเรื่อง:

- การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง และการหาสาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis);
- วิธีการจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์;
- การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง;
- ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.

(5) องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ¹⁵ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่

¹⁵ ตัวอย่างเช่น **Global Patient Safety Challenge**: “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication Without Harm (2017)”

กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล.

- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร.

- (1) องค์กรบริหารจัดการโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร อย่างมีประสิทธิภาพ.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ I-5.1 ค.(1))

- (2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่า อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้เป็นไปตามที่กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกำหนด. อุปกรณ์เครื่องมือถูกใช้งานโดยคำนึงถึงความปลอดภัย.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-3.1, II-3.2 and II-6)

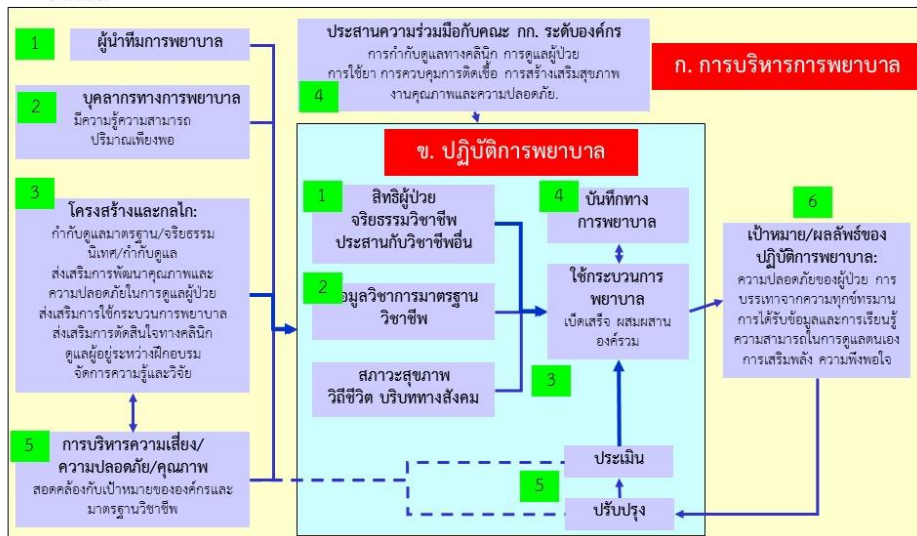
- (3) องค์กรวางแผนการจัดการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ และมีการออกแบบขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-4 และ II-5)

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)

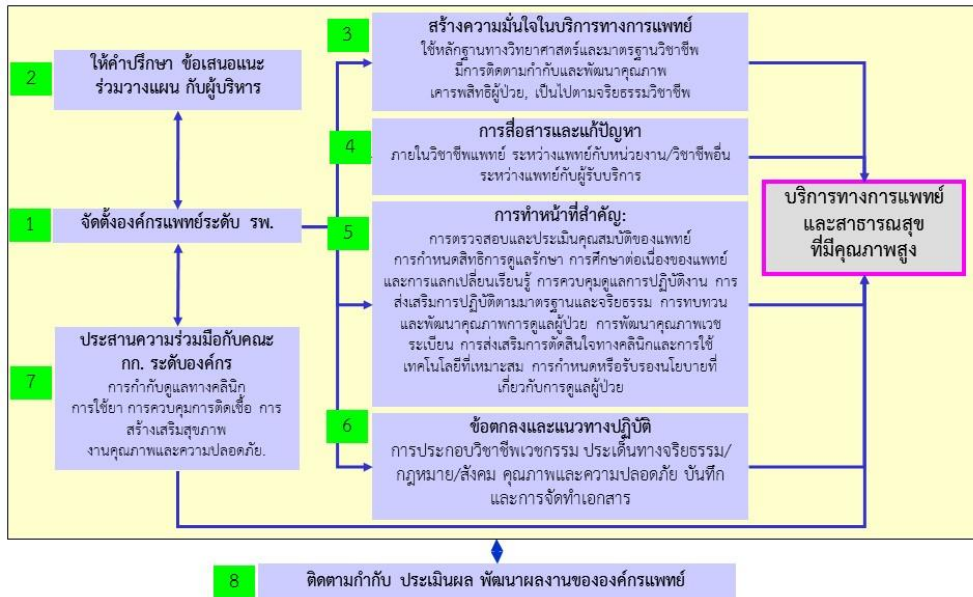
II – 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดการบริหารพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



II - 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



II-2.1 การพยาบาล (PFG.1)

มีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล

- (1) ผู้นำการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล¹⁶.

¹⁶ เช่น การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

- (2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีกำลังคนด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ¹⁷ และปริมาณเพียงพอ¹⁸เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและ ผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก.
- (3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
 - การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ระหว่างการเรียนการสอน และพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;

¹⁷ การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

¹⁸ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ ได้แก่ การกำหนดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม และจัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

- การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.
- (4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้จ่าย การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ งานคุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

ข. ปฏิบัติการพยาบาล

- (1) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.
- (2) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.

- (3) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ แรกรับจนหลังจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ/ ครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับ บริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จผสมผสาน และเป็นองค์รวม.
- (4) บันทึกทางการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล การวิจัย และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.
- (5) มีการติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

II-2.2 แพทย์ (PFG.2)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ.

(5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:

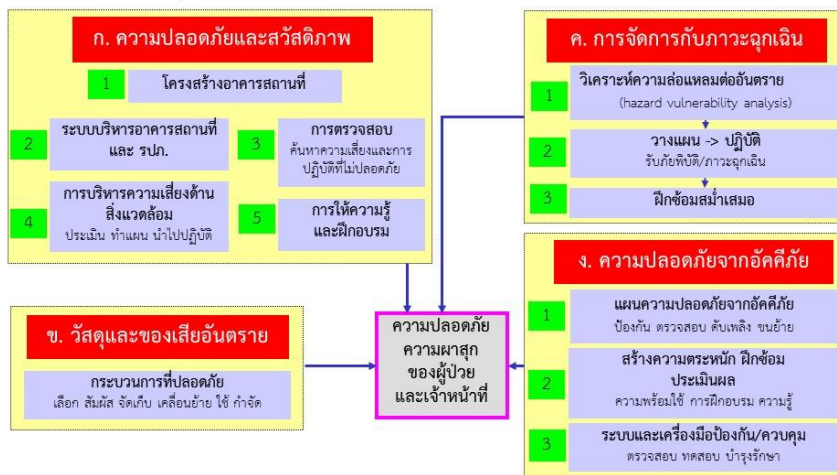
- การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
- การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ;
- การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้;
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
- การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
- การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
- การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;
- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
- การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย.

- (6) มีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถ บันทึกลงและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้จ่าย การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการติดตามกำกับและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)

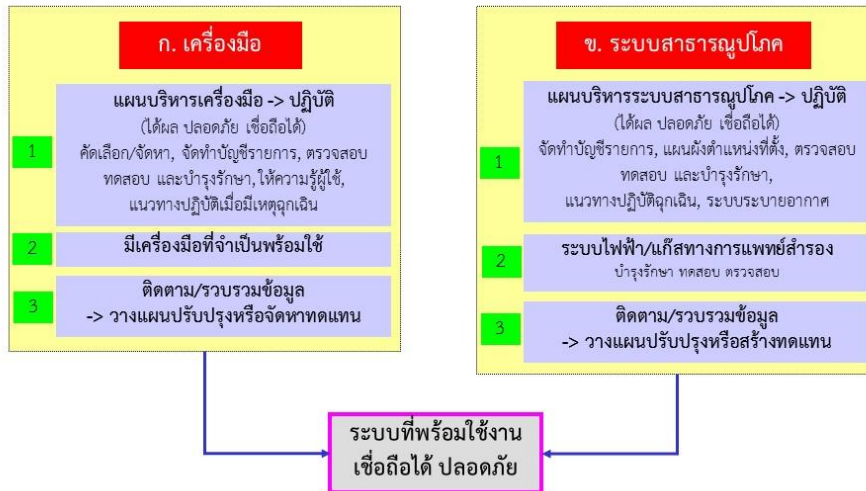
II – 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.



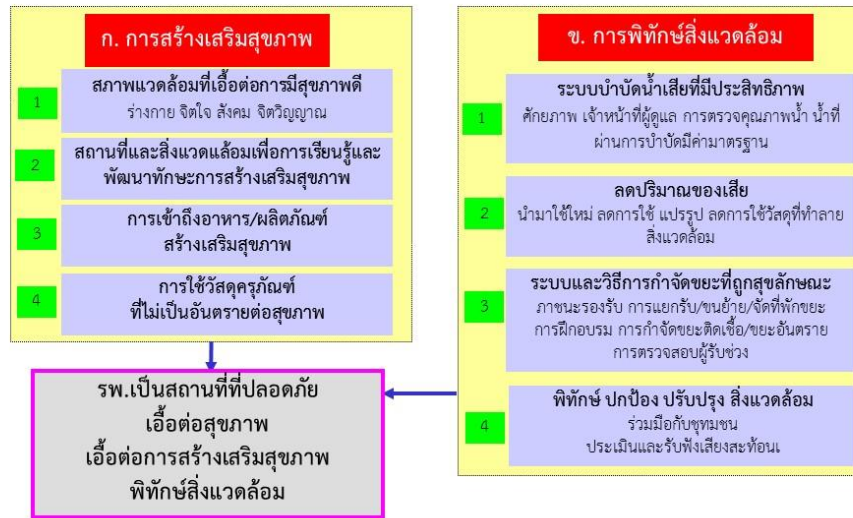
II – 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.



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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.



II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.

- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก¹⁹. มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย อ่างรับไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.
- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

- (1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตราย²⁰ อย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

¹⁹ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

²⁰ วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่าช้าต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉิน²¹ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน²² และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.
- (3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

²¹ ภาวะฉุกเฉิน (emergency) ได้แก่เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น อากาศชีวภาพ ตึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่)

²² การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณสุขโรค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

- (1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุมการป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัย เมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.
- (2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย และความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อม.
- (3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย²³ อย่างสม่ำเสมอ.

²³ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสารสนเทศที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:

- กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
- การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
- การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
- การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่กำหนด;
- การให้ความรู้แก่ผู้ใช้;
- การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
- แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.

- (2) มีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้ โดยผู้ที่ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ และองค์กรให้การอนุญาตในการใช้เครื่องมือชิ้นนั้น.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผน ปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

ข. ระบบสาธารณูปโภค²⁴

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
 - การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;
 - แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
 - การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
 - การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ;

²⁴ ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สที่ใช้ในทาง การแพทย์และระบบสุญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

- ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด²⁵ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขโรค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

²⁵ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก ป้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/ กระตุก/เนื้อเยื่อ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักรฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

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

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

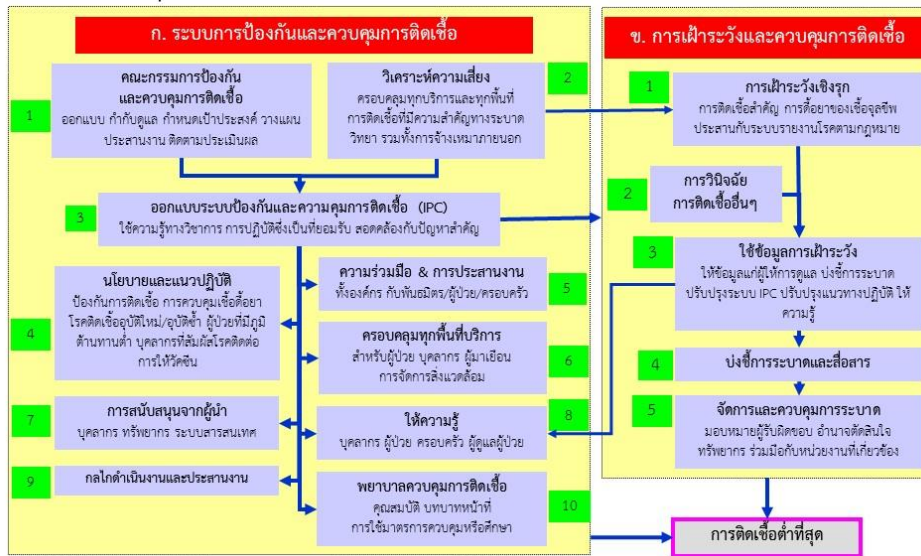
- (1) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:
 - มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
 - มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;

- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
 - น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบบำบัดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.
- (2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ซ้ำ (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.
- (3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:
- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
 - มีกระบวนการแยกรับ/ขนย้าย/จัดที่พัก สำหรับ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม;
 - มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
 - มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม;
 - มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.
- (4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม. องค์กรประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

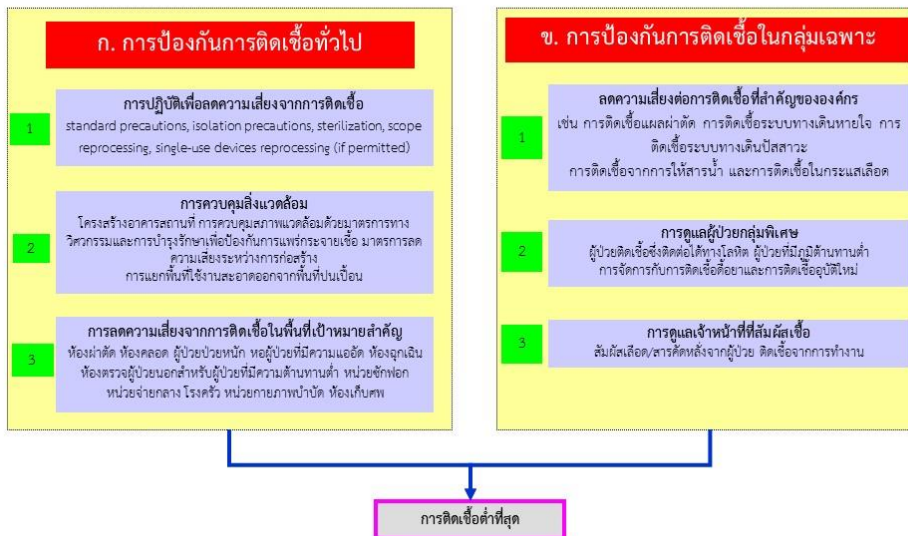
II – 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.



II – 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.



II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC.1)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสาขาวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ ออกแบบ/ กำกับดูแลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. คณะกรรมการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการพร้อมทั้งวางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุง.
- (2) มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ. การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.
- (3) องค์กรออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการ และการปฏิบัติ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.

(4) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร
ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:

- การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
- มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา²⁶;
- มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุตติซ้ำ;
- การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;
- การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);

²⁶ การควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา เช่น การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา การสื่อสารข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย/ญาติ การปฏิบัติตามหลัก contact precautions อย่างเคร่งครัด การดูแลสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ข้อพึงระวังในขณะเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย

- การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.

- (5) องค์กรมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในองค์กรทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประสานกลมกลืนและเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดยรวมขององค์กร.
- (6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่บริการสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อม.
- (7) ผู้นำสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.
- (8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย.
- (9) องค์กรจัดให้มีกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด โดยมีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เข้ามามีส่วนร่วม.
- (10) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควรจะมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่

ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.²⁷

²⁷ นอกจาก ICN แล้ว องค์กรควรพิจารณาให้มี infection control practitioner ซึ่งเป็นแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์ ที่เข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเข้ามาร่วมทำงานเป็นทีมกับ ICN

ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการดื้อยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้การระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.
- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดและนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

- การใช้ standard precautions²⁸ และ isolation precautions;
- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ;
- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่างๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่;

²⁸ **Standard precautions** คือชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นไม่ว่าจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ อาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นที่มิดำ สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

- การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)²⁹.
- (2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:
 - จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม³⁰ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
 - ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื่อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
 - แยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.

²⁹ การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำจะเกิดขึ้นได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิต และมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาด วัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

³⁰ การควบคุมสภาพแวดล้อม เช่น positive pressure ventilation system, negative pressure ventilation system, biological hoods in laboratories, การจัดการการไหลของอากาศ

- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:
- ห้องผ่าตัด;
 - ห้องคลอด;
 - หอผู้ป่วยวิกฤติ;
 - หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด
 - หน่วยบริการฉุกเฉิน
 - หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;
 - หน่วยซักฟอก;
 - หน่วยจ่ายกลาง;
 - โรงครัว;
 - หน่วยกายภาพบำบัด;
 - ห้องเก็บศพ.

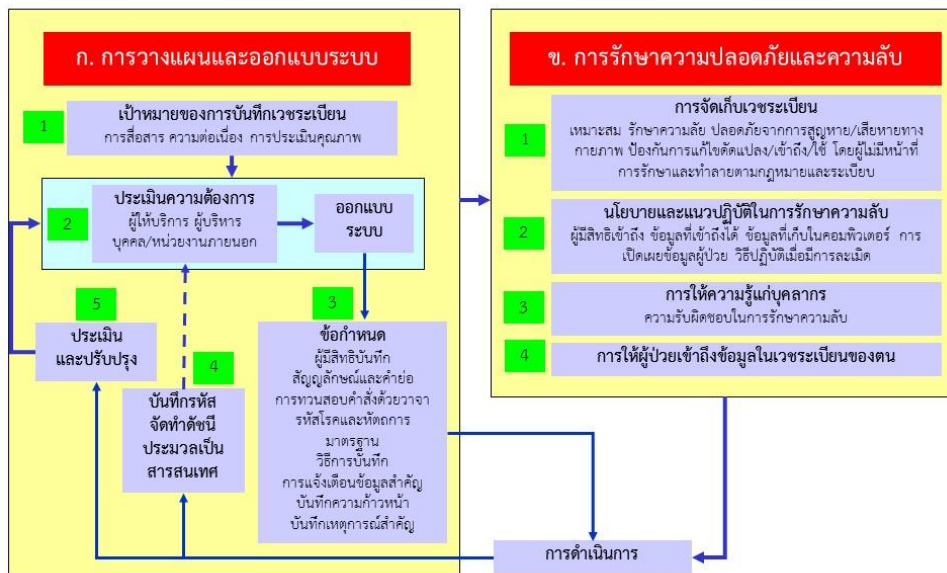
ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

- (1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด.
- (2) มีระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.
- (3) มีการกำหนดขั้นตอนในการดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน. มีมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากเจ้าหน้าที่ผู้ติดเชื้อ.

II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)

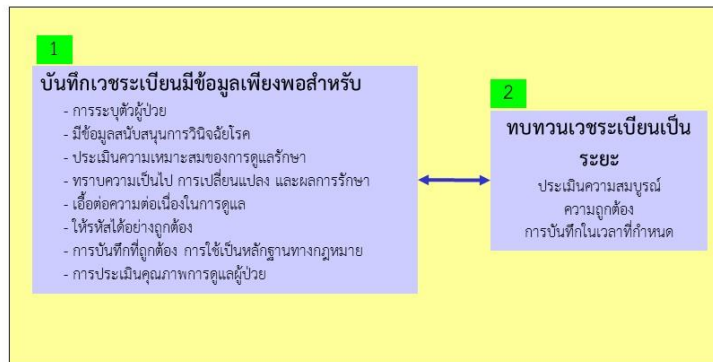
II – 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.



II – 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.



II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก.
- (3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย. การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:
 - การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;
 - การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
 - การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา;
 - การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐาน;

- การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม;
 - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
 - บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตเห็น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย;
 - เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา;
 - เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกรหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศ การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน:

- มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม;
- มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้;
- มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไข ดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่;
- ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ.

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของ ผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:

- การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
- การระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ระดับสามารถเข้าถึงได้;
- มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
- การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย;
- หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล;
- วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด.

- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการ เมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมี เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:

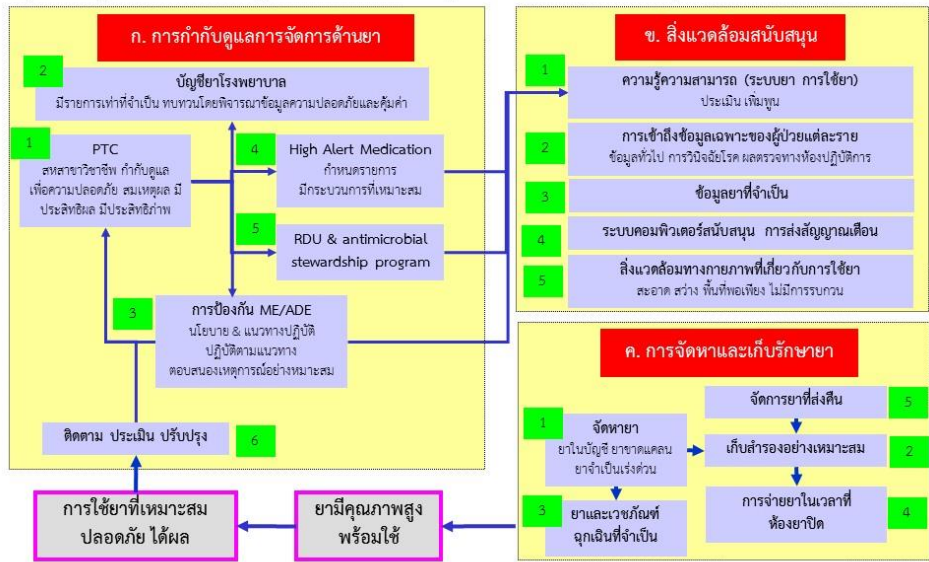
- การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุดัวผู้ป่วย;
- สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
- ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
- ให้อรรถประโยชน์อย่างถูกต้อง;
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

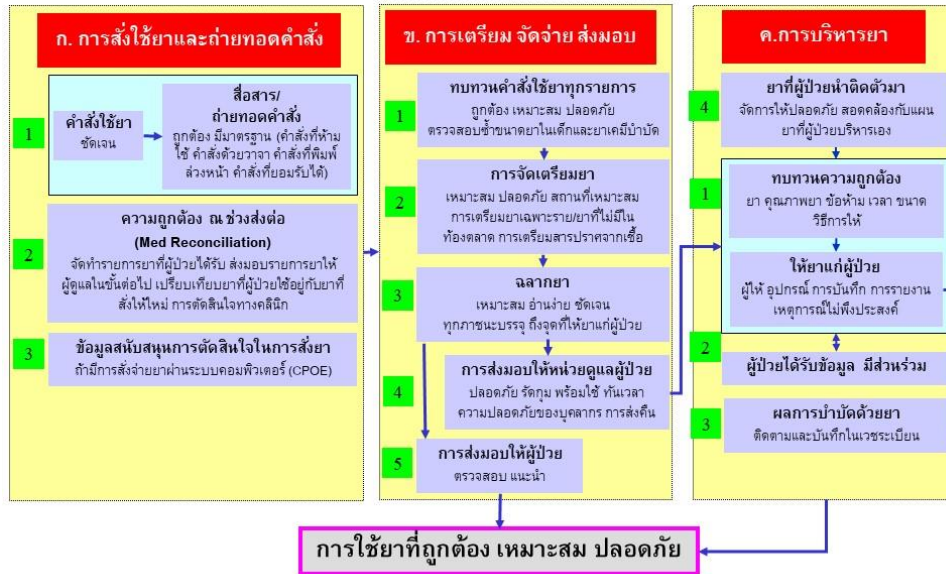
II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัยเหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.



II – 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของ กระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.



II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

- (1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล³¹ มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.
- (2) องค์กร (โดย PTC) จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น³². มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการ

³¹ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

³² การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

พิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง³³ และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น³⁴.

- (3) องค์กร (โดย PCT) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา³⁵ แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น หรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

³³ มาตรการความปลอดภัย เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษา ยา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

³⁴ กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

³⁵ นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา

- (4) องค์กร (โดย PTC) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง³⁶ และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.
- (5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาด้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.
- (6) องค์กร (โดย PTC) ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิถีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

³⁶ ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication) เป็นยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัญญี ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา³⁷ การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป³⁸ การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น³⁹.
- (3) มีข้อมูลยาที่จำเป็น⁴⁰ ในรูปแบบที่ใช้งานง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรายระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.

³⁷ ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

³⁸ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

³⁹ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

⁴⁰ เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ ละชนิดอย่างถูกต้อง

(5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมารถกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

ค. การจัดหาและเก็บรักษา

- (1) การจัดหาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลน⁴¹ และยาที่จำเป็นเร่งด่วน⁴².
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว⁴³ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยไม่มีอำนาจ

⁴¹ การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

⁴² การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรั่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการในสถานการณ์ภัยพิบัติ

⁴³ การสร้างความมั่นใจว่ามีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

หน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติ เพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด แก๊สและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

- (3) มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม⁴⁴ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ยาปิด.
- (5) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

⁴⁴ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:

- คำสั่งใช้ยาที่ห้ามใช้;
- การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์และคำสั่งด้วยวาจา;
- คำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าและ protocol สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
- เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.

(2) มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

- พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;

- ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ⁴⁵ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
 - ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก);
 - เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในกรณีที่มีการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา.

⁴⁵ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา

ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

- (1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัย ก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบซ้ำ สำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด. เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบาย อากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท⁴⁶. มีฉลาก ยาติดจนถึงจุดที่หย้าแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.

⁴⁶ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

- (4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.
- (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม⁴⁷.

ค. การบริหารยา

- (1) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุด

⁴⁷ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษเช่น ยาสูดพ่น

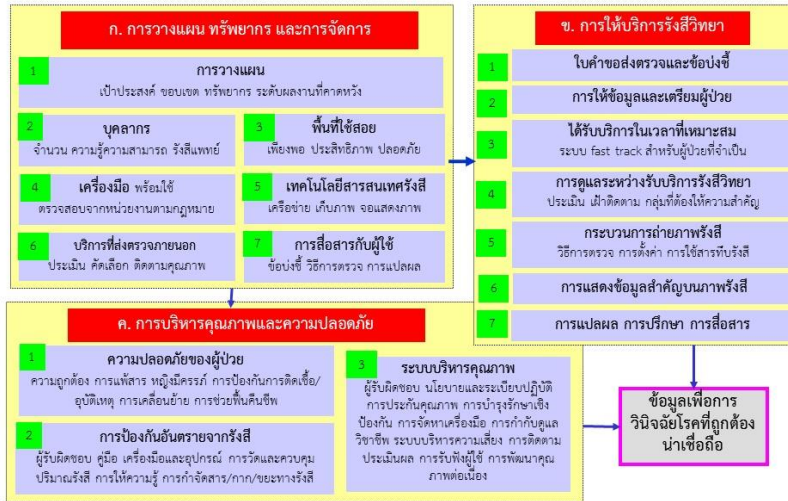
ให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้อาจรวมถึง ชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และสิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ตามความเหมาะสม).
- (3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (4) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้และการบันทึก.

II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค⁴⁸ และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

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

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกดัดแปลงเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.



⁴⁸ บริการตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค ครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก; บริการตรวจทางรังสีวิทยา / medical imaging; บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ

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

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค (Anatomical Pathology)

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานพยาธิวิทยา
วิทยากายวิภาค ที่จัดทำโดยราช
วิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

II-7.4 ธนาคารเลือดและงาน บริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานธนาคารเลือด
และงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดย
ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
สภากาชาดไทย

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัย อื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

1

การจัดการผู้ป่วย
ประเมินก่อนตรวจ เตรียมผู้ป่วย ให้
ข้อมูล ให้ลงนามยินยอมในบริการที่มี
ความเสี่ยงสูง

2

แปลผลโดยผู้มีความ
การบันทึก การสื่อสาร

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (DIN.1)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วย ที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ⁴⁹ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

⁴⁹ ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

- (3) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁵⁰.
- (4) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการ ให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด⁵¹.
- (5) มีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ⁵².
- (6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.

⁵⁰ **พื้นที่ใช้สอย** ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้: การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

⁵¹ การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ใบนุญาตผลิต มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

⁵² **เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา** ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล (3) จอแสดงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

- (7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

ข. การให้บริการรังสีวิทยา

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

- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในระหว่างได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยหลังฉีดยา.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้รับบริการได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.
- (6) มีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี⁵³. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.

⁵³ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล ท่าที่ถ่าย มีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายหรือขวา ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ exposure factor.

(7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรง หรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) มีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ขณะให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ, การแพ้สารทึบรังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์, การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (2) มีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตราย

จากรังสี⁵⁴, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น⁵⁵, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

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

⁵⁴ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

⁵⁵ เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (DIN.2)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง⁵⁶.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขตและสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสมและใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อ การตรวจทดสอบ⁵⁷.
- (3) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

⁵⁶ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn-around time

⁵⁷ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย⁵⁸ โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) มีการคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการ ที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.
- (7) มีการสื่อสารที่สื่อกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

⁵⁸ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

ข. การให้บริการ

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

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

(1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:

- การขจัดปัญหา/โอกาสพัฒนา;
- บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
- การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
- การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
- การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพทั้งในขั้นตอนก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์;
- การควบคุมเอกสาร;
- เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย;
- การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ

(2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.

- (3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สภาเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค (DIN.3)

- (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (DIN.4)

- (1) องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

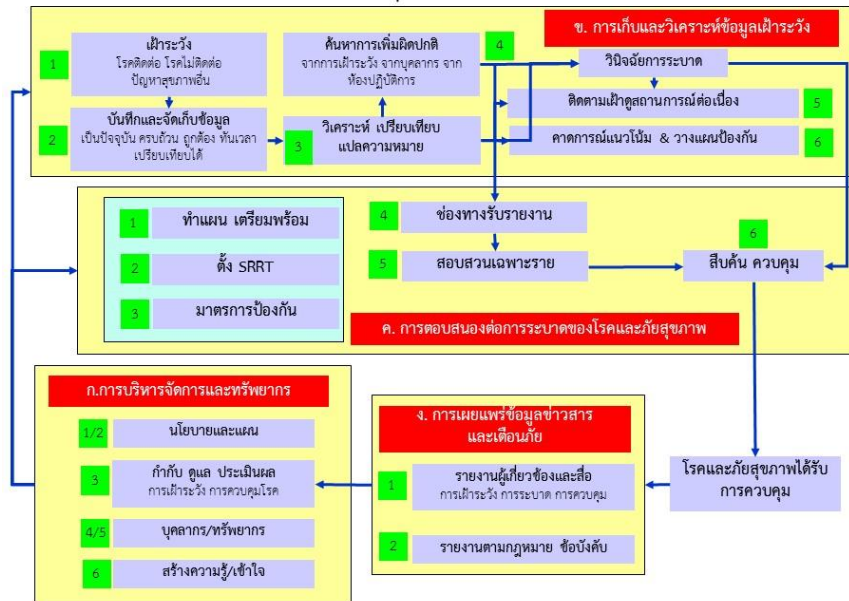
II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (DIN.5)

- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.
- (2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ บันทึกสรุปสิ่งที่พบ⁵⁹ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

⁵⁹ **สรุปสิ่งที่พบ** ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

องค์กรมีความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.



II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร⁶⁰ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) มีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.

⁶⁰ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-5.1 ค.สุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร และ II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

- (5) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง

- (1) มีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพ ปัญหาของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.
- (3) มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.

- (4) มีการค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค⁶¹ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิก และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

⁶¹ การระบาด แบ่งได้เป็นเป็น 2 ลักษณะ

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

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

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

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

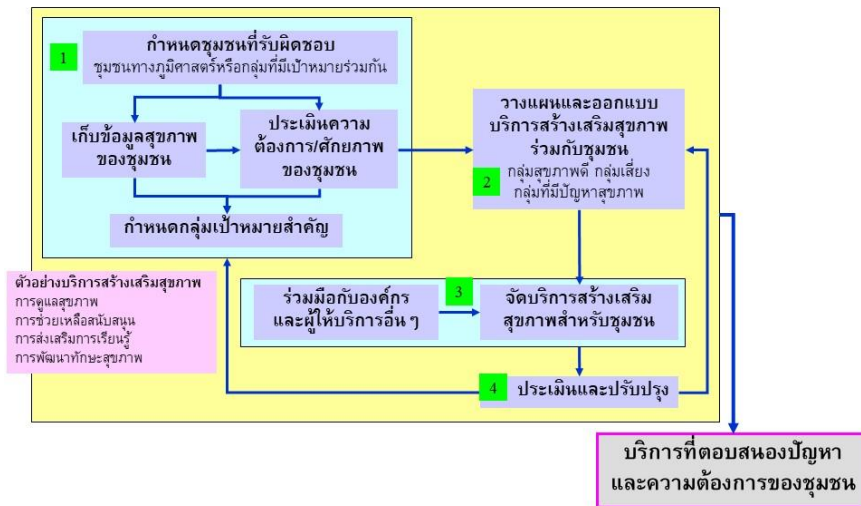
ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

- (1) มีการจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (2) มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎอนามัยระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)

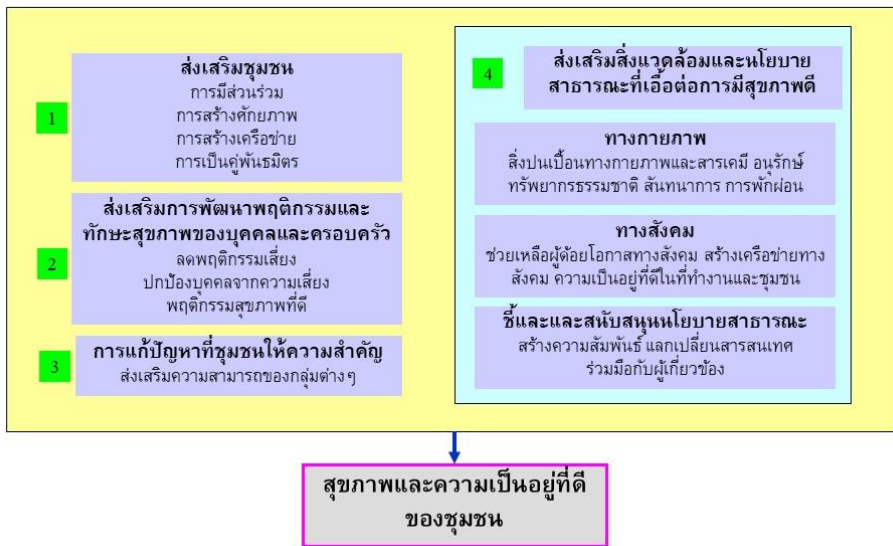
II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Community)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชน.



II – 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.



II-9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

องค์กรร่วมกับชุมชน⁶² จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน⁶³ และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ⁶⁴ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน .

⁶² ชุมชน อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

⁶³ การประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

⁶⁴ บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่าย ของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร⁶⁵ ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล⁶⁶และครอบครัว.

⁶⁵ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

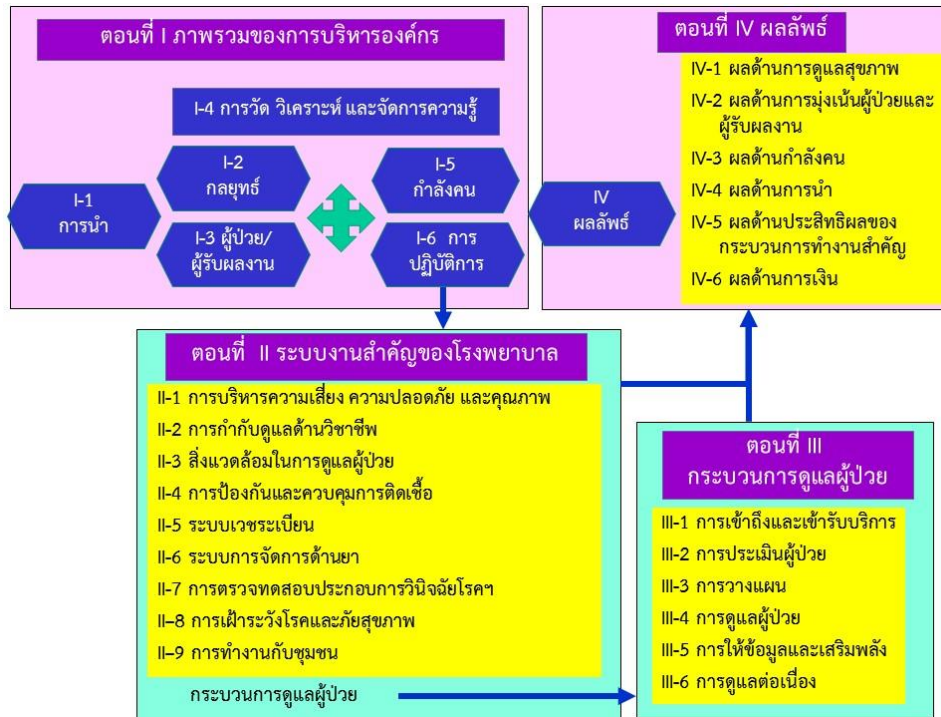
⁶⁶ พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสียหาย การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ⁶⁷ และทางสังคม⁶⁸ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.

⁶⁷ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่น ละอองในอากาศ สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร เสียง, การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

⁶⁸ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม), การสร้างเครือข่ายทางสังคม, ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

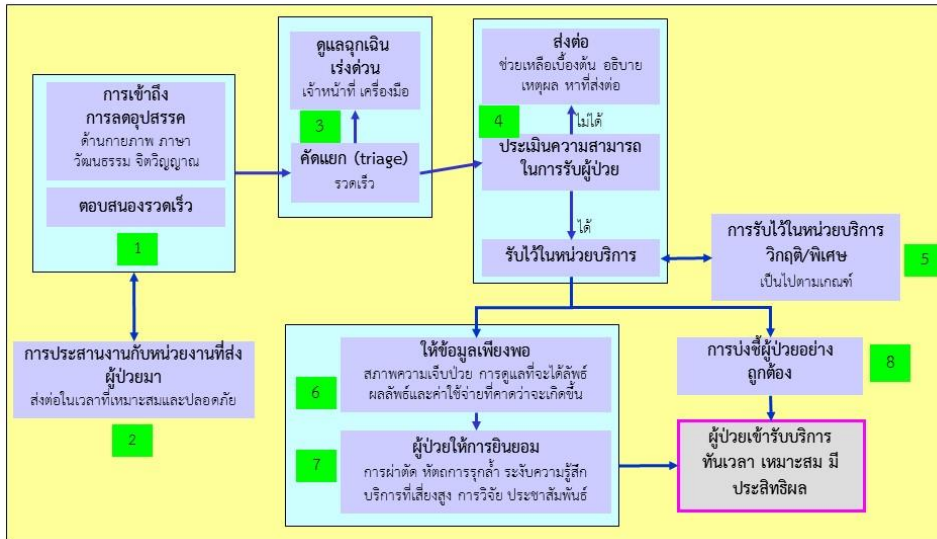
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

III - 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้อระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

- (1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็น. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านกายภาพ ภาษา วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลารอคอยเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.
- (2) มีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา⁶⁹ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.

⁶⁹ เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจ หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

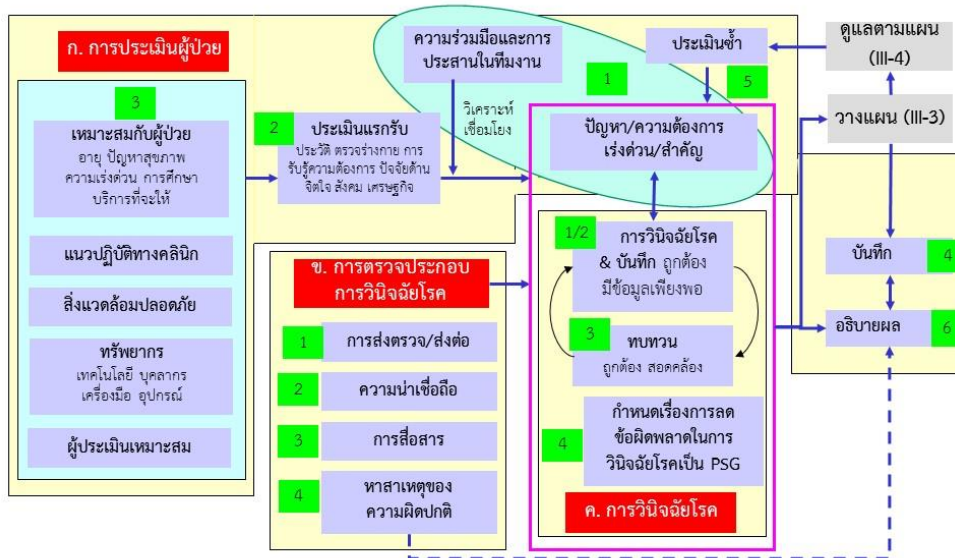
- (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.
- (4) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.
- (5) การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (6) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เกี่ยวกับ:
 - สภาพการเจ็บป่วย;
 - การดูแลที่จะได้รับ;
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ.
- (7) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะจัดให้บริการหรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม. บริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอม ได้แก่:

- การทำผ่าตัดและหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก;
 - บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;
 - การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้.
- (8) องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

III – 2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.



III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน. ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติสุขภาพ;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย⁷⁰ ;
 - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ.

⁷⁰ ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น จะเรียกขานตัวบุคคลว่าอย่างไร ผลกระทบจากการเรียกขาน เสื้อผ้าและการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาหาร/เครื่องดื่ม และมื้ออาหาร กิจกรรม/ความสนใจ/ความเป็นส่วนตัว/ผู้มาเยี่ยมเยียน

- (3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ⁷¹. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

⁷¹ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ควรพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่นในเวลาที่เหมาะสม.
- (2) มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับสถานะของผู้ป่วย.
- (3) มีระบบสื่อสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิภาพ ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.
- (4) มีการอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย. มีการพิจารณาการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าการตรวจมีความผิดปกติ.

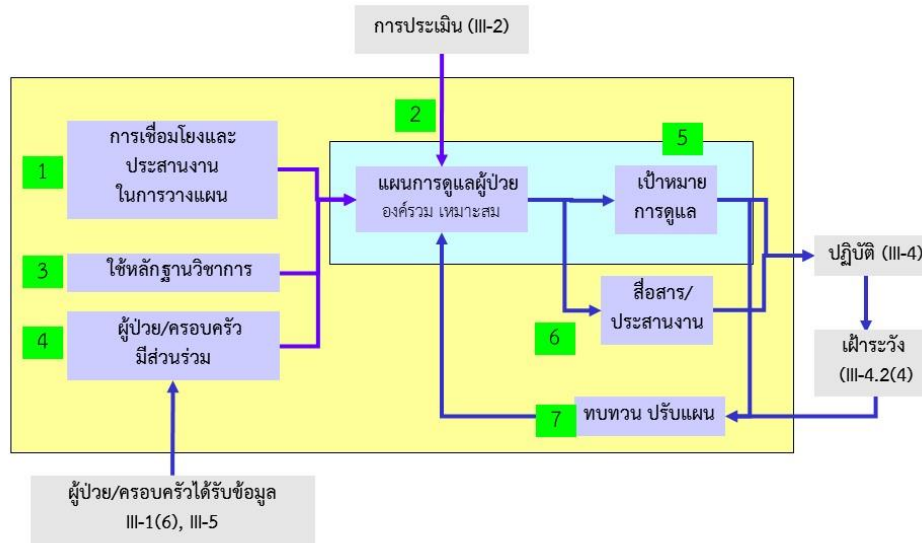
ค. การวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.
- (2) มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.
- (3) มีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.
- (4) มีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้ม มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.

III-3 การวางแผน (PLN)

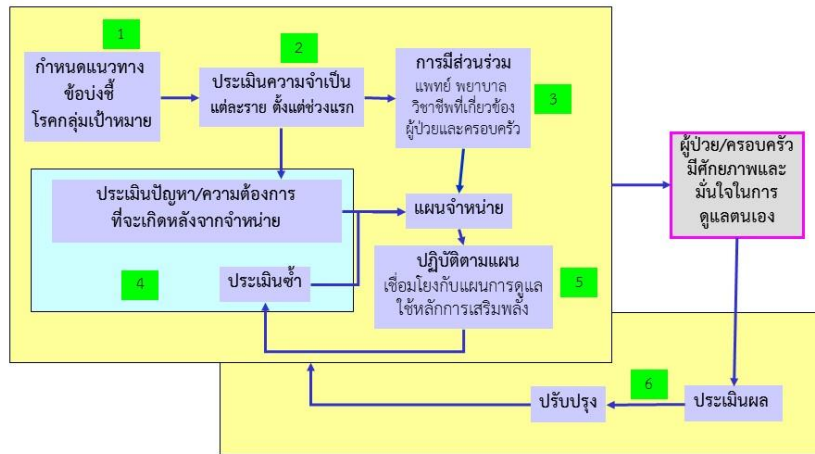
III - 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับ ปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.



III – 3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.



III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับ ปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการ ต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน.
- (3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล.
- (5) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ (ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว) และบริการที่จะให้.

- (6) มีการสื่อสาร/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายออกจากองค์กร.

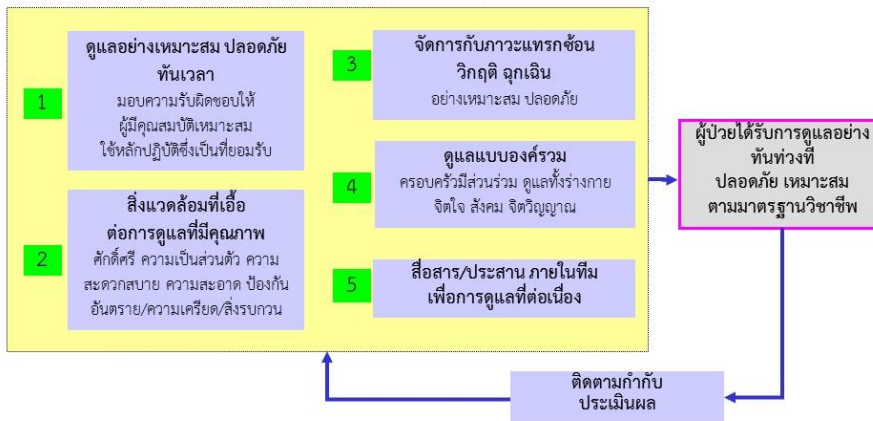
- (1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย.
- (2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ช่วงแรกของการดูแลรักษา.
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย.
- (4) มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) มีการปฏิบัติตามแผนจำหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.

- (6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)

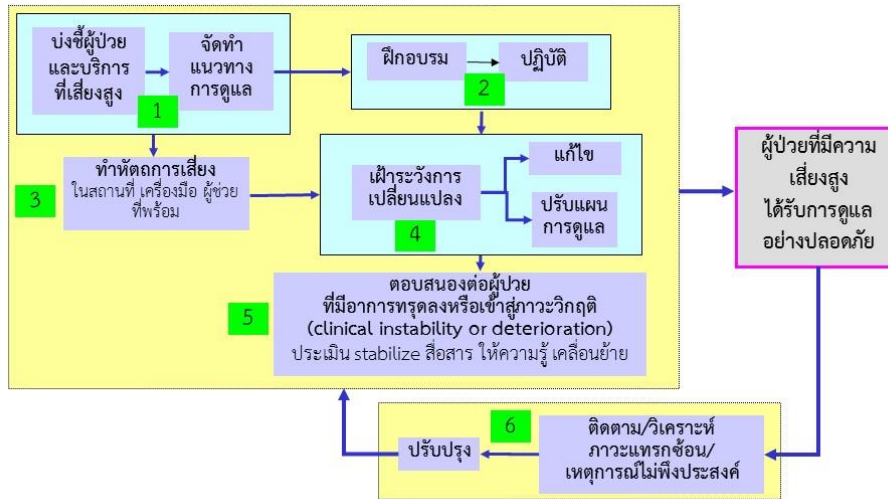
III - 4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วถึงที่ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ.



III - 4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง
(Care of High-Risk Patients and Provision of High-Risk Services)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทัน่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

| ก. การระงับความรู้สึก | |
|-----------------------|---|
| 1 | การประเมินผู้ป่วย ค้นหาความเสี่ยง วางแผน ประเมินผู้ป่วย |
| 2 | การเตรียมผู้ป่วย/ญาติ ได้รับข้อมูล มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ |
| 3 | กระบวนการระงับความรู้สึก ราบรื่น ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ |
| 4 | กระบวนการเสริม ติดตามและบันทึกระหว่างระงับความรู้สึกและรอฟื้นเตรียมพร้อมแก้ไขภาวะฉุกเฉิน จำหน่ายจากบริเวณรพทันตามเกณฑ์ |
| 5 | เครื่องมือ วัสดุ ยา ตามท้องถ่งกรวิชาชีพแนะนำ |

| ข. การผ่าตัด | |
|--------------|---|
| 1 | แผนการผ่าตัด บันทึกแผนและการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด ประเมินความเสี่ยง & ประสานผู้เกี่ยวข้อง |
| 2 | ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ตัดสินใจแทน ความจำเป็น ทางเลือก ความเสี่ยง |
| 3 | การเตรียมผู้ป่วย ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ |
| 4 | การป้องกันการผ่าตัดผิด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ |
| 5 | สิ่งแวดล้อมในการดูแลและผ่าตัด มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย |
| 6 | การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัด ในเวลาที่เหมาะสม เพื่อการสื่อสาร/ดูแลต่อเนื่อง |
| 7 | การดูแลหลังการผ่าตัด เหมาะสมกับผู้ป่วยและการผ่าตัด |

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันทั่วทั้งที่ ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

| ค. อาหารและโภชนาบำบัด | |
|-----------------------|--|
| 1 | ผู้ป่วยทั่วไปได้รับอาหารที่เหมาะสม คุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ ป้องกันความเสี่ยง |
| 2 | ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ประเมิน วางแผน ให้โภชนาบำบัด |
| 3 | การให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ มุ่งให้ผู้ป่วย/ครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เตรียมและบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค |
| 4 | การผลิต จัดเก็บ ส่งมอบอาหาร การจัดการกับภาชนะ ของเสีย เศษอาหาร เป็นไปตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป ป้องกันการปนเปื้อน การเน่าเสีย การแพร่เชื้อโรค |

| จ. การจัดการความปวด | |
|---------------------|---|
| 1 | การคัดกรองความปวด ความรุนแรง ลักษณะของความปวด |
| 2 | หัตถการหรือการตรวจที่อาจเกิดความปวด แจ้งโอกาส ผู้ป่วยร่วมเลือกวิธีจัดการ |
| 3 | การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นไปตามแนวทาง เฝ้าระวังผลข้างเคียง |

| ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | |
|------------------------------|---|
| 1 | ตระหนักในความต้องการของผู้ป่วย |
| 2 | ประเมิน/ประเมินซ้ำ อาการ การตอบสนองต่อการบำบัด ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ |
| 3 | การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต บรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิต วิญญาณ ผู้ป่วย/ครอบครัวร่วมตัดสินใจ |

| ฉ. การฟื้นฟูสภาพ | |
|------------------|---|
| 1 | ประเมิน -> วางแผน ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ |
| 2 | การฟื้นฟูสภาพ ยกหรืออ้างระดับการใช้งานของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง คุณภาพชีวิต |
| 3 | มาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ |

| ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง | |
|--------------------------------|--|
| 1 | เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน บริการฟอกเลือดด้วยไตเทียมได้รับการรับรอง |

III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะดวกสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ ความเครียด/เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ในลักษณะองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.
- (5) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล.

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- 1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วย⁷² และบริการ⁷³ ที่มีความเสี่ยงสูง และร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว.
- (2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติ.
- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.

⁷² ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

⁷³ บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ธรรมชาติของการรักษาที่มีความเสี่ยง หรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation)

- (4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย⁷⁴ และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันเวลาที่.
- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญกว่ามาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันเวลาที่ในการประเมินผู้ป่วย⁷⁵ มีการช่วย stabilize ผู้ป่วย มีการสื่อสาร การให้ความรู้ และการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

⁷⁴ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น กราฟบันทึกสัญญาณชีพที่มีแถบสีแสดงถึงระดับสัญญาณชีพที่ต้องมีการทบทวน (แถบสีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (แถบสีแดง) ดูตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของออสเตรเลีย

⁷⁵ อาจเรียกระบบนี้ว่า **Rapid Response System** ซึ่งองค์ประกอบสำคัญได้แก่ Rapid Response Team (RRT) หรือ Medical Emergency Team ซึ่งจะนำความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของตนไปที่ข้างเตียงผู้ป่วยทันทีที่เจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือ

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก (ถ้าเป็นไปได้). ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในปัจจุบันของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.

- (4) มีการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอฟื้นอย่างครบถ้วน. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน⁷⁶ ระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่างรอฟื้น. ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นโดยผู้มีความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (5) มีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์การวิชาชีพด้านวิสัญญีแนะนำ.

⁷⁶ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา

ข. การผ่าตัด

- (1) มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า.
- (4) มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.

- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย⁷⁷.
- (6) มีการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (7) มีการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

⁷⁷ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการไหลเวียนและการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดและทำให้ปราศจากเชื้อ การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ⁷⁸ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด และได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การส่งมอบ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเสีย/เศษอาหาร เป็นไปอย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การเน่าเสีย การเกิดแหล่งพาหะนำโรค และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

⁷⁸ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจสำลักได้

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- (1) บุคลากรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะเฉพาะ.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁷⁹.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนอง ความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

⁷⁹ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเคารพในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

จ. การจัดการความปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด (โดยครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง). เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.
- (2) ในกรณีที่คาดว่าารรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความปวดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความปวดนั้นล่วงหน้า. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวดดังกล่าวอย่างเหมาะสม.
- (3) ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและเป็นไปตามแนวทางการจัดการความปวด. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด.

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

- (1) มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นฟู ยกระดับ หรืออํารงไว้ ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย.
- (3) บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.

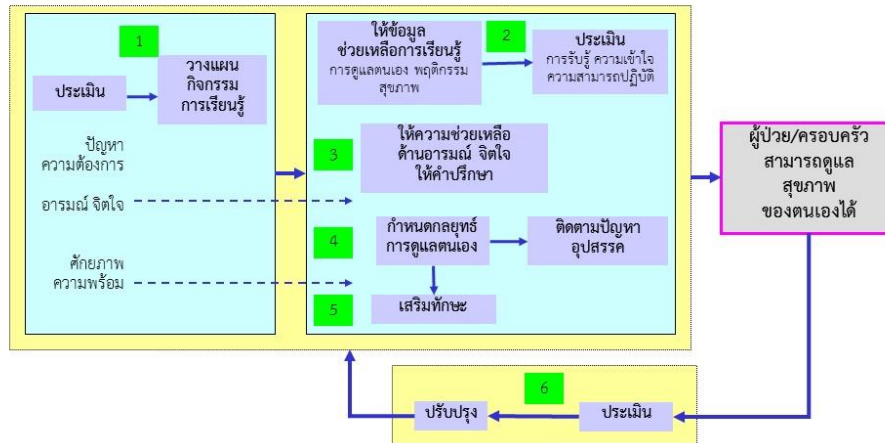
ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย. ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลต้องผ่านการตรวจรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.).

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

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

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างความเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.



III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้. การประเมินครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ชีตความสามารถ ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁸⁰ อย่างเหมาะสมกับปัญหา

⁸⁰ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับที่เข้าใจง่าย⁸¹. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.

- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁸².
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย⁸³ รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.

⁸¹ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

⁸² การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

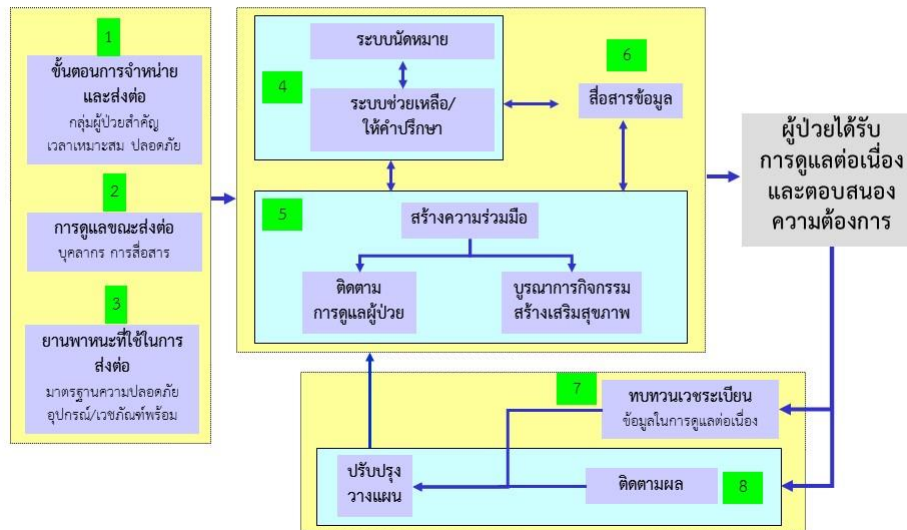
⁸³ การกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำงานที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

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

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

III - 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่
ให้ผลดี.



III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

- (1) องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.
- (2) การดูแลขณะส่งต่อ ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสม.
- (3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.
- (4) มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้. มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.
- (5) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

- (6) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.
- (7) มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.
- (8) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุงและวางแผนบริการในอนาคต.

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการขององค์กร

องค์กรแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ (รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านกำลังคน ผลด้านการนำ ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ และผลด้านการเงิน.



IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย⁸⁴/ผู้รับผลงานอื่น ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ ประชากรในชุมชน และบุคลากรขององค์กร.

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น.

⁸⁴ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรจะมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตรากำลัง การรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ สิทธิประโยชน์และบริการของกำลังคน.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของกำลังคน และความผูกพันของกำลังคน.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนและผู้นำ.

IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้นำระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ และความรับผิดชอบต่อด้านการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร⁸⁵.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.
- (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.

⁸⁵ ผลของความรับผิดชอบต่อทางการเงิน เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญครอบคลุมตัววัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน.

IV-6 ผลด้านการเงิน (FNR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งตัววัดด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านการใช้งบประมาณ.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

| Score | Process | Result |
|-------|---|--|
| 1 | ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation | มีการวัดผล Measure |
| 2 | มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation | ติดตามตัววัดที่สำคัญและตรงประเด็น Valid measures |
| 3 | มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation | วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัววัด Get use of measures |
| 4 | มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement | มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average) |
| 5 | มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices | มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile) |

แนวทางการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ยังคงใช้การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับตามภาพ โดยระดับความคาดหวังสำหรับการใช้มาตรฐานที่เกิดคุณค่าต่อองค์กรและผู้รับบริการคือคะแนนตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป (ส่วนเกณฑ์ในการตัดสินรับรองนั้นจะขึ้นกับการประกาศของคณะกรรมการในแต่ละช่วงเวลา) หากมีการหมุนวงล้อ PDSA อย่างต่อเนื่องก็จะให้กระบวนการและผลลัพธ์ขององค์กรค่อยๆ ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการให้คะแนนในส่วนของผลลัพธ์นั้น จะเห็นว่ามุ่งเน้นที่การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัววัดที่องค์กรใช้ติดตามเป็นสำคัญ โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องติดตามตัววัดที่สำคัญและตรงประเด็นให้ครบถ้วน แม้ว่าผลลัพธ์จะยังไม่ดีแต่หากมีการนำผลการวิเคราะห์ไปกำหนดประเด็นในการพัฒนาและดำเนินการพัฒนา ก็เป็นที่ยอมรับได้ หากพัฒนาแล้วมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ระดับคะแนนก็จะเพิ่มจาก 3 เป็น 4

การใช้ scoring guideline สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่เพียงคาดหวังเพียงคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น การใช้มาตรฐาน HA จึงจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การสะสมหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาขององค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มากยิ่งขึ้นได้

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

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริงได้แก่ **individual commitment, team work, customer focus**

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

เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

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

1. ทิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership

คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์
นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ทำอย่างไร

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

- เป็นแบบอย่างที่ดีในการใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ เช่น องค์กรที่มีชีวิต

1.2 Systems Perspective

คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ เห็นการเชื่อมต่อภายใน การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล การพิจารณารอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กร

สืบสน อ่อนล้ำ

ทำอย่างไร

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

1.3 Agility

คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น
การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว
การปรับตัวที่ว่องไวคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

ทำอย่างไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงตามต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานที่จำเป็น
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัด ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงรอบเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ

2. ผู้รับผล

2.1 Patient and Customer Focus

คืออะไร

สนองความต้องการ ใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี

ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงานภายใน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงาน

ภายนอก

ทำไม

หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน

ทำอย่างไร

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

2.2 Focus on Health

คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือคุณภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้

สุขภาพะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต

ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกราย
- พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาพะ และการบำบัดรักษา

- ใช้แนวคิดสุขภาวะกำเนิด (salutogenesis)
- ฝึกร่วมกับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

2.3 Community Responsibility

คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนนอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง

ทำอย่างไร

- ปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- อนุรักษ์ทรัพยากรและการลดความสูญเปล่าตั้งแต่ต้นทาง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านสถานที่ การใช้รังสี/สารเคมี อันตรายด้านชีวภาพ และวางแผนป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่จะเกิดขึ้น
- ตอบสนองอย่างเปิดเผยเมื่อเกิดปัญหา
- การให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน ค้นหาศักยภาพในชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff

คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

ทำไม

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

ทำอย่างไร

- มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร้ากุศล
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด

- ถามคนทำงานว่า “อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง” และตอบสนอง

3.2 Individual Commitment

คืออะไร

คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน

ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน

คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

ทำอย่างไร

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

3.3 Team Work

คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับ
ผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

ทำไม

บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

ทำอย่างไร

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

3.4 Ethical and Professional Practice

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลย

หรือการปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับความรับผิดชอบต่อ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่

เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ทำอย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาการเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลคุณญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องปรามและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

การพัฒนาด้วยวิธีใหม่ๆ ไม่อาจใช้การได้ผลอีกต่อไป

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและ นวัตกรรม

ทำอย่างไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
- ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

4.2 Management by Fact

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

ทำอย่างไร

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

4.3 Continuous Process Improvement

คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

ทำไม

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น
มีโอกาทำให้เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเสมอ

ทำอย่างไร

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

4.4 Focus on Results

คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของงาน/การพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ

ทำไม

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน เชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ให้เกิด

ประโยชน์สูงสุด

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความศรัทธาต่อองค์กร

ทำอย่างไร

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

4.5 Evidence-based Approach

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

ทำอย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis

- นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ในลักษณะของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม คือใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning

คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

ทำไม

สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต

ทำอย่างไร

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

5.2 Empowerment

คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ทำไม

การเสริมพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวงกว้าง

ทำอย่างไร

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

ภาคผนวก 3: ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

สำหรับหัวข้อที่มีการเพิ่มเข้ามาใหม่ในฉบับที่ 4 จะมีการระบุไว้ในรหัสอ้างอิงของฉบับที่ 3 ว่า “ใหม่”

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|--|------------------------|------------------------|
| ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร | | |
| I-1 การนำองค์กร (LED) | | |
| วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม | LED.1 ก. | LED.1 ก. |
| การสื่อสาร | LED.1 ข. | LED.1 ข. |
| ผลการดำเนินงานขององค์กร | LED.1 ค. | LED.1 ก., LED.1 ข. |
| การกำกับดูแลองค์กร | LED.2 ก. | LED.2 ก. |
| การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม | LED.2 ข. | LED.2 ข. |
| ความรับผิดชอบต่อสังคม | LED.2 ค. | ใหม่ |
| I-2 กลยุทธ์ (STG) | | |
| กระบวนการจัดทำกลยุทธ์ | STG.1 ก. | STM.1 ก. |
| วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ | STG.1 ข. | STM.1 ข. |
| การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ | STG.2 ก. | STM.2 ก. |
| การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ | STG.2 ข. | STM.2 ก. |
| I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM) | | |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|---|------------------------|------------------------|
| การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น | PCM.1 ก. | PCF.1 ก. |
| การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น | PCM.1 ข. | PCF.2 ข. |
| การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น | PCM.2 ก. | PCF.1 ก. PCF.2 ข. |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น | PCM.2 ข. | PCF.2 ก. |
| คำประกาศสิทธิผู้ป่วย | PCM.3 ก. | PCF.3 ก. |
| กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย | PCM.3 ข. | PCF.3 ข. |
| การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ | PCM.3 ค. | PCF.3 ค. |
| I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK) | | |
| การวัดผลการดำเนินการ | MAK.1 ก. | MAK.1 ก., STM.2 ข. |
| การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ | MAK.1 ข. | MAK.1 ข. |
| การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน | MAK.1 ค. | MAK.1 ข. |
| ข้อมูลและสารสนเทศ | MAK.2 ก. | MAK.2 ก., MAK.2 ค. |
| การจัดการระบบสารสนเทศ | MAK.2 ข. | MAK.2 ก. |
| ความรู้ขององค์กร | MAK.2 ค. | MAK.2 ข. |
| I-5 กำลังคน (WKF) | | |
| ขีดความสามารถ และอัตรากำลัง | WKF.1 ก. | HRF.2 ก. |
| บรรยากาศการทำงานของกำลังคน | WKF.1 ข. | HRF.2 ข. |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|--|------------------------|------------------------|
| สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน | WKF.1 ค. | HRF.2 ค. |
| ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน | WKF.2 ก. | HRF.1 ก., HRF.1 ค. |
| การพัฒนากำลังคนและผู้นำ | WKF.2 ข. | HRF.1 ข. |
| I-6 การปฏิบัติการ (OPT) | | |
| การออกแบบบริการและกระบวนการ | OPT.1 ก. | PCM.1 ข. |
| การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ | OPT.1 ข. | PCM.2 ก., PCM.2 ข. |
| การจัดการห่วงโซ่อุปทาน | OPT.1 ค. | ใหม่ |
| การจัดการนวัตกรรม | OPT.1 ง. | ใหม่ |
| การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก | OPT.1 จ. | ใหม่ |
| ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ | OPT.2 ก. | PCM.2 ก. |
| การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน | OPT.2 ข. | PCM.1 ค. |
| ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล | | |
| II-1 การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ) | | |
| ระบบการจัดการงานคุณภาพ | RSQ.1 ก. | RSQ.1 ก. ข. ค. และ ง. |
| คุณภาพการดูแลผู้ป่วย | RSQ.1 ข. | RSQ.2 ข. |
| ข้อกำหนดทั่วไป | RSQ.2 ก. | RSQ.2 ก. |
| ข้อกำหนดจำเพาะ | RSQ.2 ข. | ใหม่ |
| II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG) | | |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|--|------------------------|------------------------|
| การบริหารการพยาบาล | PGF.1 ก. | PGF.1 ก. |
| ปฏิบัติการพยาบาล | PGF.1 ข. | PGF.1 ข. |
| แพทย์ | PGF.2 | PGF.2 |
| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) | | |
| ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ | ENV.1 ก. | ENV.1 ก. |
| วัสดุและของเสียอันตราย | ENV.1 ข. | ENV.1 ข. |
| การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน | ENV.1 ค. | ENV.1 ค. |
| ความปลอดภัยจากอัคคีภัย | ENV.1 ง. | ENV.1 ง. |
| เครื่องมือ | ENV.2 ก. | ENV.2 ก. |
| ระบบสาธารณูปโภค | ENV.2 ข. | ENV.2 ข. |
| การสร้างเสริมสุขภาพ | ENV.3 ก. | ENV.3 ก. |
| การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม | ENV.3 ข. | ENV.3 ข. |
| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) | | |
| ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | IC.1 ก. | IC.1 ก., IC.1 ข. |
| การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ | IC.1 ข. | IC.3 ก., IC.3 ข. |
| การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ | IC.2 | IC.2 ก. |
| II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS) | | |
| การวางแผนและออกแบบระบบ | MRS.1 ก. | MRS.1 ก. |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|--|------------------------|------------------------|
| การรักษาความปลอดภัยและความลับ | MRS.1 ข. | MRS.1 ข. |
| เวชระเบียนผู้ป่วย | MRS.2 | MRS.2 |
| II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS) | | |
| การกำกับดูแลการจัดการด้านยา | MMS.1 ก. | MMS.1 ก. |
| สิ่งแวดลอมสนับสนุน | MMS.1 ข. | MMS.2 ก. |
| การจัดหาและเก็บรักษา | MMS.1 ค. | MMS.1 ก., MMS.1 ข. |
| การสั่งซื้อและถ่ายถอดคำสั่ง | MMS.2 ก. | MMS.2 ก. |
| การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา | MMS.2 ข. | MMS.2 ข. |
| การบริหารยา | MMS.2 ค. | MMS.2 ค. |
| II-7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN) | | |
| บริการรังสีวิทยา-การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ | DIN.1 ก. | DIN.1 ก. |
| บริการรังสีวิทยา-การให้บริการรังสีวิทยา | DIN.1 ข. | DIN.1 ข., DIN.2 ค. |
| บริการรังสีวิทยา-การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย | DIN.1 ค. | ใหม่ |
| บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์-การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ | DIN.2 ก. | DIN.1 ก. |
| บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์-การจัดบริการ | DIN.2 ข. | DIN.1 ข., DIN.2 ก. |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|---|------------------------|------------------------|
| บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์-การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย | DIN.2 ค. | DIN.2 ก. |
| พยาธิวิทยากายวิภาค | DIN.3 | ใหม่ |
| ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต | DIN.4 | DIN.2 ข. |
| บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ | DIN.5 | DIN.1 ข. |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS) | | |
| การบริหารจัดการและทรัพยากร | DHS ก. | DHS ก. |
| การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง | DHS ข. | DHS ข. |
| การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ | DHS ค. | DHS ค. |
| การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย | DHS ง. | DHS ง. |
| II-9 การทำงานกับชุมชน (COM) | | |
| การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน | COM.1 | COM.1 |
| การเสริมพลังชุมชน | COM.2 | COM.2, LED.2 ค. |
| ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย | | |
| III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN) | ACN | ACN |
| III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM) | | |
| การประเมินผู้ป่วย | ASM.1 ก. | ASM.1 ก. |
| การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค | ASM.1 ข. | ASM.1 ข. |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|---|------------------------|------------------------|
| การวินิจฉัยโรค | ASM.1 ค. | ASM.1 ค. |
| III-3 การวางแผน (PLN) | | |
| การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | PLN.1 | PLN.1 |
| การวางแผนจำหน่าย | PLN.2 | PLN.2 |
| III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD) | | |
| การดูแลทั่วไป | PCD.1 | PCD.1 |
| การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง | PCD.2 | PCD.2 |
| การระงับความรู้สึก | PCD.3 ก. | PCD.3 ก. |
| การผ่าตัด | PCD.3 ข. | PCD.3 ข. |
| อาหารและโภชนบำบัด | PCD.3 ค. | PCD.3 ค. |
| การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย | PCD.3 ง. | PCD.3 ง. |
| การจัดการความปวด | PCD.3 จ. | PCD.3 จ. |
| การฟื้นฟูสภาพ | PCD.3 ฉ. | PCD.3 ฉ. |
| การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง | PCD.3 ช. | ใหม่ |
| III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP) | IMP | IMP |
| III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC) | COC | COC |
| ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร | | |
| IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ | HCR | PCR |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4 | รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3 |
|---|------------------------|------------------------|
| IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น | CFR | CFR |
| IV-3 ผลด้านกำลังคน | WFR | HRR |
| IV-4 ผลด้านการนำ (LDR) | LDR | LDR |
| IV-ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ | WPR | SPR |
| IV-6 ผลด้านการเงิน | FNR | FNR |

ภาคผนวก 4: ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|-----------------------|---|
| I-1 การนำองค์กร (LED) | <p>I-1.2 ก.(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร ทบทวนและประสบความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรับผิดชอบในการกระทำของผู้มีระดับสูง; - ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์; - ความรับผิดชอบด้านการเงิน; - ความโปร่งใสในการดำเนินการ; - การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล; - การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. <p>I-1.2 ก.(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก เพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล การ</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|-------------------|--|
| | <p>บริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประสบการณ์ของผู้ป่วย. คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอและแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.</p> <p>I-1.2 ข.(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.</p> <p>I-1.2 ค.(1) องค์กรมีส่วนรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.</p> |
| I-2 กลยุทธ์ (STG) | <p>I-2.1 ก.(1) องค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในด้านกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม. มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กร.</p> <p>I-2.1 ก.(2) องค์กรกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ ตัดสินใจเลือกโอกาสพัฒนาและความเสี่ยงสำคัญที่จะดำเนินการให้สำเร็จ และส่งเสริมนวัตกรรมในเรื่องดังกล่าว.</p> <p>I-2.1 ก.(4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.</p> <p>I-2.1 ก.(5) องค์กรตัดสินใจเรื่องกระบวนการทำงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเอง และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ โดยพิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและความร่วมมือกับภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพ.</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|--|--|
| | <p>I-2.1 ข.(2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สะท้อนสมดุลระหว่างความต้องการด้านต่างๆ ขององค์กร.</p> |
| <p>I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)</p> | <p>I-3.3 ข.(4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.</p> <p>I-3.3 ข.(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.</p> |
| <p>I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)</p> | <p>I-4.1 ก.(3) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลจากเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง. (ดู I-3.2 ก.(1) ร่วมด้วย)</p> <p>I-4.2 ข.(2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม มีการป้องกัน ตรวจสอบ และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.</p> <p>I-4.2 ข.(3) ในกรณีที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.</p> <p>I-4.2 ค.(2) องค์กรระบุหน่วยงานหรือปฏิบัติการที่มีผลงานดี ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยนและนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|--------------------------|---|
| | <p>I-4.2 ค.(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.</p> |
| <p>I-5 กำลังคน (WKF)</p> | <p>I-5.1 ก.(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสภาวิชาชีพร่วมกับบริบทขององค์กร. แผนระบุขีดความสามารถและกำลังคนที่ต้องการในแต่ละส่วนงานเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และสมรรถนะ ของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) เป็นไปตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น.</p> <p>I-5.1 ก.(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัครที่มาปฏิบัติงานใหม่ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน. มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.</p> <p>I-5.1 ค.(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน ประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดให้มีเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับกำลังคน; - การประเมินสถานที่ทำงาน ในประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน; |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|-------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - การติดตามวัดระดับภาระงานและการจัดการความเครียด; - การให้ภูมิคุ้มกันแก่กำลังคน; - การป้องกันอันตรายจากการหยิบ จับ ยก ด้วยมือ; - การป้องกันอันตรายจากการถูกเข็มทิ่มตำ; - การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น รังสี แก๊ส สารเคมี สารอื่นๆ และการติดเชื้อ; - การจัดการกับความรุนแรง ความก้าวร้าว และการคุกคาม; - การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง. |
| I-6 การปฏิบัติการ (OPT) | <p>I-6.1 ข.(2) องค์กรระบุกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ. การปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการสนับสนุนเหล่านี้ตอบสนองต่อความต้องการสำคัญขององค์กร.</p> <p>I-6.1 ข. (3) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อยกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลการดำเนินการขององค์กร เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร และลดความแปรปรวนของกระบวนการ.</p> <p>I-6.1 ค.(1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ ที่มีคุณภาพสูง โดย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเลือกผู้ส่งมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร; - มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม; - มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ; - ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง; |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|--|--|
| | <p>- จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.</p> <p>I-6.1 ง.(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.</p> <p>I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก (ข้อกำหนดทั้ง 8 ข้อ ภายใต้หัวข้อนี้)</p> <p>I-6.2 ข.(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.</p> <p>I-6.2 ข.(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม การพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร. องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง.</p> |
| <p>II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)</p> | <p>II-1.1 ก. ระบบบริหารคุณภาพ ข้อกำหนดข้อ (1), (6), (7), (8), (9) และ (10)</p> <p>II-1.2 ระบบบริการความเสี่ยง ข้อกำหนดข้อ ก. (1), (2), (3) และ (5) ข้อกำหนดข้อ ข. ทั้งหมด เป็นการเชื่อมโยงกับมาตรฐานที่มีอยู่แล้วในส่วนอื่นๆ</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|--|---|
| II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV) | II-3.2 ข.(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ในทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ |
| II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) | <p>II-4.1 ก.(4) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด; - มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อคือยิวา; - มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ; - การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ; - การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย); - การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ. <p>II-4.2 ก.(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติดังต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ standard precautions และ isolation precautions; |

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ; - การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่างๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่; - การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้) <p>II-4.2 ก.(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค; - ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น; - แยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน. <p>II-4.2 ก.(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องผ่าตัด; - ห้องคลอด; - หอผู้ป่วยวิกฤติ; - หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด - หน่วยบริการฉุกเฉิน |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก; - หน่วยซีกฟอก; - หน่วยจ่ายกลาง; - โรงครัว; - หน่วยกายภาพบำบัด; - ห้องเก็บศพ. |
| II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS) | <p>II-5.1 ก.(3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย การดำเนินการด้านเวชระเบียนควรมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน; - การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน; - การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา; - การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐาน; - การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม; - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ; - บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่เกิดขึ้น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย; |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|--|--|
| | <p>- เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา;</p> <p>- เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.</p> <p>II-5.1 ข.(1) การจัดเก็บเวชระเบียน:</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม; - มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้; - มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่; - ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ. |
| <p>II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)</p> | <p>II-6.1 ก.(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้อย่างสมเหตุผล มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.</p> <p>II-6.1 ก.(5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาด้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.</p> <p>II-6.1 ข.(4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการจัดการระบบยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรายกิริยาระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ ความระมัดระวังสูง และมีแนวปฏิบัติสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---------|--|
| | <p>II-6.1 ค.(2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด แก๊ส และสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.</p> <p>II-6.2 ก.(2)) มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร; - ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ; - ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก); |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---------|---|
| | <p>- เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยทานอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรายระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;</p> <p>- มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.</p> <p>II-6.2 ก.(3) ในกรณีที่มีการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการส่งจ่ายยา.</p> <p>II-6.2 ข.(1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด และเภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.</p> <p>II-6.2 ข.(2) มีการจัดเตรียมอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุดมภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.</p> <p>II-6.2 ข.(4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---|---|
| | <p>และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.</p> <p>II-6.2 ค.(1) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมห้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.</p> <p>II-6.2 ค.(4) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.</p> |
| <p>II-7 การตรวจทดสอบประกอบารวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)</p> | <p>II-7.1 ก. (1) มีการวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.</p> <p>II-7.1 ก. (2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสี</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|--|---|
| | <p>วิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์. มีระบบการบริการรังสีแพทย์ และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.</p> <p>II-7.1 ก. (5) มีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ</p> <p>II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา (ข้อกำหนดทั้ง 7 ข้อ ภายใต้หัวข้อนี้)</p> <p>II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (ข้อกำหนดทั้ง 3 ข้อ ภายใต้หัวข้อนี้)</p> <p>II-7.3 (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิกายวิทยาภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยแพทย์แห่ง ประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.</p> |
| <p>II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)</p> | <p>II-8 ก. (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.</p> |
| <p>III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)</p> | <p>III-1 (2) มีการประสานงานที่กระชับระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ ในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.</p> <p>III-1 (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---|---|
| | <p>III-1 (7) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะจัดให้บริการหรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม. บริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอม ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำผ่าตัดและหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก; - บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์; - การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง; - รุกลายหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้. <p>III-1 (8) องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.</p> |
| <p>III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)</p> | <p>III-2 ก.(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประวัติสุขภาพ; - การตรวจร่างกาย; - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง; - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย; - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ. <p>III-2 ค.(4) มีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยโดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้ม มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|----------------------------|---|
| III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD) | <p>III-4.3 ข.(4) มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.</p> <p>III-4.3 ค.(1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการด้านอาหารและโภชนาการ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.</p> <p>III-4.3 จ.(1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด (โดยครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง). เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.</p> <p>III-4.3 จ.(2) ในกรณีที่คาดว่าการศึกษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความปวดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความปวดนั้นล่วงหน้า. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวดดังกล่าวอย่างเหมาะสม.</p> <p>III-4.3 จ.(3) ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและเป็นไปตามแนวทางการจัดการความปวด. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด.</p> <p>III-4.3 ฉ.(3) บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.</p> <p>III-4.3 ช.(1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย. ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไต</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---------------------------------------|---|
| | <p>เทียม โรงพยาบาลต้องผ่านการตรวจรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.).</p> |
| <p>III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)</p> | <p>III-6 (1) องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษเพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.</p> <p>III-6 (2) การดูแลขณะส่งต่อ ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสม.</p> <p>III-6 (3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.</p> |
| <p>IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)</p> | <p>IV-1 (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ ประชากรในชุมชน และบุคลากรขององค์กร.</p> |
| <p>IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)</p> | <p>IV-4 (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้นำระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน.</p> <p>IV-4 (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ และความรับผิดชอบด้านการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร .</p> <p>IV-4 (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.</p> |

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

| มาตรฐาน | ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ |
|---|--|
| | <p>IV-4 (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.</p> <p>IV-4 (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.</p> |
| IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR) | <p>IV-5 (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญครอบคลุมตัววัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.</p> <p>IV-5 (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน.</p> |