

ฉบับที่ 4

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)



ฉบับที่ 4

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)



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวนานท์

ต.ตลาดขี้ยู อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2832-9400 โทรสาร 0-2832-9540

www.ha.or.th

ลงวันลิขลิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มกราคม 2561

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4.

--นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561.

224 หน้า.

1. โรงพยาบาล--การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 978-616-8024-15-7

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด

(d_one_books@yahoo.com)

คำนำ

ตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้ประกาศใช้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองธิราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับที่ 3) เพื่อการประเมินและรับรองโรงพยาบาล มาตั้งแต่ปี 2549 และยังคงใช้ต่อมา เมื่อ พรพ. ปรับเป็นสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) ในปี 2552 มาตรฐานฉบับดังกล่าวได้รับการรับรองจากองค์กรลากลคือ The International Society for Quality in Health Care (ISQua) มาตั้งแต่เดือนมีนาคม 2553 และมีการปรับปรุงมาเป็นลำดับ

เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย สถาบันจึงปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้น เป็นมาตรฐานฉบับที่ 4 มีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับโดยยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกัน ก็ได้มีการยก거่างเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

หวังว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับนี้จะช่วยเชื่อมการพัฒนาระบบงานและการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ ภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)

กรกฎาคม 2560

สารบัญ

คำนำ	III
แนวทางการใช้มาตรฐาน	1
ตอนที่ I การรวมของการบริหารองค์กร	9
I-1 การนำ (LED)	10
I-2 กลยุทธ์ (STG)	17
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)	22
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)	29
I-5 กำลังคน (WKF)	35
I-6 การปฏิบัติการ (OPT)	43
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	51
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)	52
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)	65
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)	72
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	84
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)	93

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	99
II-7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)	111
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)	125
II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)	129
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	133
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)	134
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)	137
III-3 การวางแผน (PLN)	141
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)	145
III-5 การให้ข้อมูลและเริ่มพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)	157
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)	160
ตอนที่ IV ผลลัพธ์	163
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)	164
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)	164
IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)	165

IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)	165
IV-5 ผลด้านประลิทธิ์ผลของกระบวนการการทำงานลำคัญ (WPR)	166
IV-6 ผลด้านการเงิน (FNR)	166
ภาคผนวก 1 Scoring Guideline	167
ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation	169
ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3	189
ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ	197

॥แนวการใช้มาตรฐาน

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบจัดการความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาส พัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาล ทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมการบริหารโรงพยาบาล การจัดการระบบงานสำคัญ กระบวนการ ดูแลผู้ป่วย รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท โดยในหน้าแรกของ แต่ละบท ได้มีการสรุปเนื้อหาจัดทำเป็นแผนภาพไว้ เพื่อให้เห็นความล้มเหลวและความเชื่อมโยงของเนื้อหาภายใน บทนั้นๆ นอกจากนี้ ยังได้มีการจัดหมวดหมู่ของทุกส่วนในมาตรฐานโดยมีการกำหนดและเรียงลำดับรหัสของ แต่ละตอน บท และข้อกำหนด เพื่อให้สะดวกต่อการสืบค้น

เนื้อหาของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 4 ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ 3 ในหลายประเด็น **โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วยตัวอักษรสีฟ้า** ผู้ใช้มาตรฐานสามารถติดตามหัวข้อของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3 ได้จากการเปรียบเทียบในภาคผนวก

มาตรฐานฉบับนี้สามารถใช้กับสถานพยาบาลอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาลได้ โดยเน้นการนำข้อกำหนด ในตอนที่ 1 และตอนที่ 4 มาใช้ และเลือกข้อกำหนดในตอนที่ 2 และตอนที่ 3 เท่าที่เกี่ยวข้องมาใช้

สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐาน

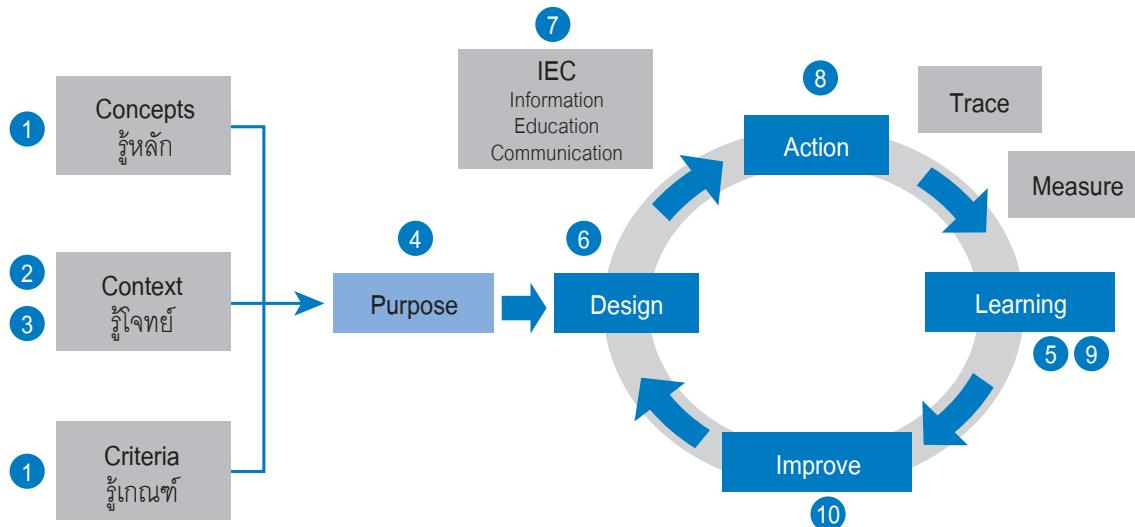
- 1) การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัย ความท้าทาย และความเลี่ยงที่สำคัญ
- 2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ทิศทางนำ: visionary leadership, system perspective, agility
 - ผู้รับผล: patient & customer focus, focus on health, community responsibility
 - คนทำงาน: value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard
 - การพัฒนา: creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach
 - พาระยนธ์: learning, empowerment
- 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ (Plan-Do-Study-Act หรือ Purpose-Process-Performance)
- 4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Scoring Guideline)

การใช้มาตราฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

- 1) ทำความเข้าใจเป้าหมายและคำสำคัญ (key words) ของมาตรฐานให้กระจงชัด สำหรับข้อความหรือคัพท์ที่เข้าใจได้ยากหรือนักถึงวิธีนำไปปฏิบัติไม่ออก จะมีคำอธิบายหรือตัวอย่างการปฏิบัติเขียนไว้ที่เชิงอรรถ (footnote)
- 2) เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน
- 3) เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเล่นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ
- 4) เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และบททวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ซึ่งเดียงผู้ป่วย
- 5) เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่างเชื่อมโยง
- 6) ประยุกต์ใช้มาตราฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตราฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานตัวย ประยุกต์ มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง
- 7) เน้นการบททวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

แนวทางการใช้มาตรฐาน

การประยุกต์แบบคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



แนวทางการใช้มาตรฐาน

1. ต้องรหัสมารฐาน อะโรมีอีเป้าหมายและคุณค่าของมาตรฐาน ใครได้ ใครทำ ต้องทำอะไร
2. รับรู้ รู้สึกถึงการณ์จากของจริง (ตามรอย) จากคำพูดของผู้ป่วย (ตามเจ้า สัมภาษณ์เชิงลึก)
3. วิเคราะห์ เก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ หาความหมายจากข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ
4. ตั้งเป้า คาดภาพให้ชัดว่าอย่างเห็นจะไร เปลี่ยน concept เป็นตัววัด
5. ฝ่าดู หา baseline ของตัววัดที่กำหนด และติดตามต่อเนื่อง
6. ออกแบบ ใช้แนวคิด human-centered design, human factor engineering ร่วมกับการจัดทำคู่มือ อย่างง่าย มีมาตรฐานคู่กับความยืดหยุ่น
7. สื่อสาร ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติในสิ่งที่ต้องรู้ ณ จุดปฏิบัติ
8. ปฏิบัติ สนับสนุนและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามระบบที่ออกแบบ กระตุ้นให้เกิดต่อเมืองเข้าไปในผู้ปฏิบัติงาน
9. ติดตาม/เรียนรู้ มีผู้รับผิดชอบ เก็บข้อมูล ตามรอย เฝ้าระวัง ประมวลผล สร้างการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย
10. ปรับปรุง ตามโอกาสที่พบ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลงานที่ดีขึ้น

กิจกรรมการเรียนรู้คู่กับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี้ครอบคลุม การทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธิการมากมาย เช่น

- 1) **การแลกเปลี่ยนเรียนรู้** (knowledge sharing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติซึ่งจะให้คำตอบว่าทำอย่างไรให้ความรู้ในตำรา มาสู่การปฏิบัติได้จริง และในการนี้ที่ไม่สามารถทำตามแนวทางที่ควรจะเป็นได้ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัยที่สุด
- 2) **การอภิปรายกลุ่ม** (group discussion & learning) เมื่อมีเรื่องใหม่เข้ามาซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจกันอย่างกว้างขวาง การมอบหมายให้มีผู้ไปศึกษาและนำมารอภิปรายในกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในลิสเทล่า�ัน และเป็นการจุดประกายให้นำไปปฏิบัติ
- 3) **สุนทรียสนทนา** (dialogue) เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความลุ่มและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า
- 4) **การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์** เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจะจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับตัวทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
- 5) **การเขียนบันทึกความก้าวหน้า** (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตอกย้ำลักษณะคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิลเล็กตรอนิกส์ ไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

แนวการใช้มาตรฐาน

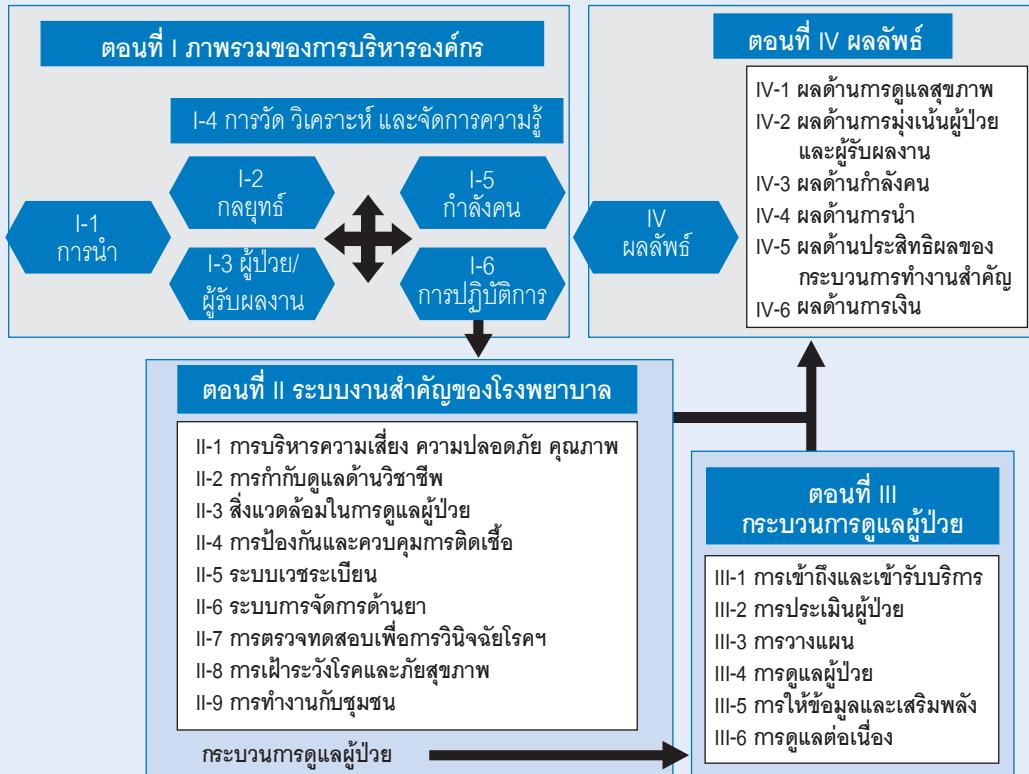
- 6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามลิ่งที่เราคุ้นเคย สามารถลังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน
- 7) การเยี่ยมสำรวจ/ตรวจสอบภายใน (internal survey/audit) เป็นการประเมินด้วยคนภายในกันเอง โดยเข้าไปดูในสถานที่จริง เจตคติของการเข้าไปควรเพื่อเข้าไปให้ความช่วยเหลือมากกว่าเพื่อการประเมิน เล่ม่อนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก การเข้าไปพร้อมๆ กันจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายจะให้ผลได้ดีกว่า
- 8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรม เล็กหรือใหญ่ ที่มีงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าลิ่งที่ทำลงเป็นน้ำหนาลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรก หรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป
- 9) การติดตามด้วยชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นการเรียนรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะทำให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง และระดับการปฏิบัติที่แตกต่างจากเป้าหมาย ควรให้ความสำคัญให้มากกับการวิเคราะห์และการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะเดียวกันพึงระวังข้อจำกัดหรือผลลัพธ์ของการวัดและการประเมินเชิงปริมาณ ซึ่งจะต้องนำเอาการประเมินด้านอื่นๆ มาประกอบด้วย
- 10) การทำกิจกรรมทบทวนคุณภาพ (quality review activities) เป็นการเรียนรู้จากจุดอ่อน ความเสี่ยง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเลี่ยงสะท้อนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้น

แนวการใช้มาตรฐาน

พึงระวังว่าจะไม่ใช้การทบทวนเพื่อเป็นการจับผิดตัวบุคคลเป็นเป้าหมายแรก แต่ส่งเรียนรู้สถานการณ์ เพื่อช่วยเหลือบุคคล การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ได้ย้อนรอยบอกเล่าความรู้สึกและ ความคิดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ดียิ่งขึ้น

- 11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่าระบบงานที่วางแผนไว้นั้นมี ความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำมาร่อง PDSA มาปฏิบัติอย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุ เป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด
- 12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนในขั้นพื้นฐานคือการทบทวน ความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลลัพธ์คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้ เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มิใช่การกล่าวโทษหรือหา ผู้กระทำผิด

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร



ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-1

การนำ (LED)

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

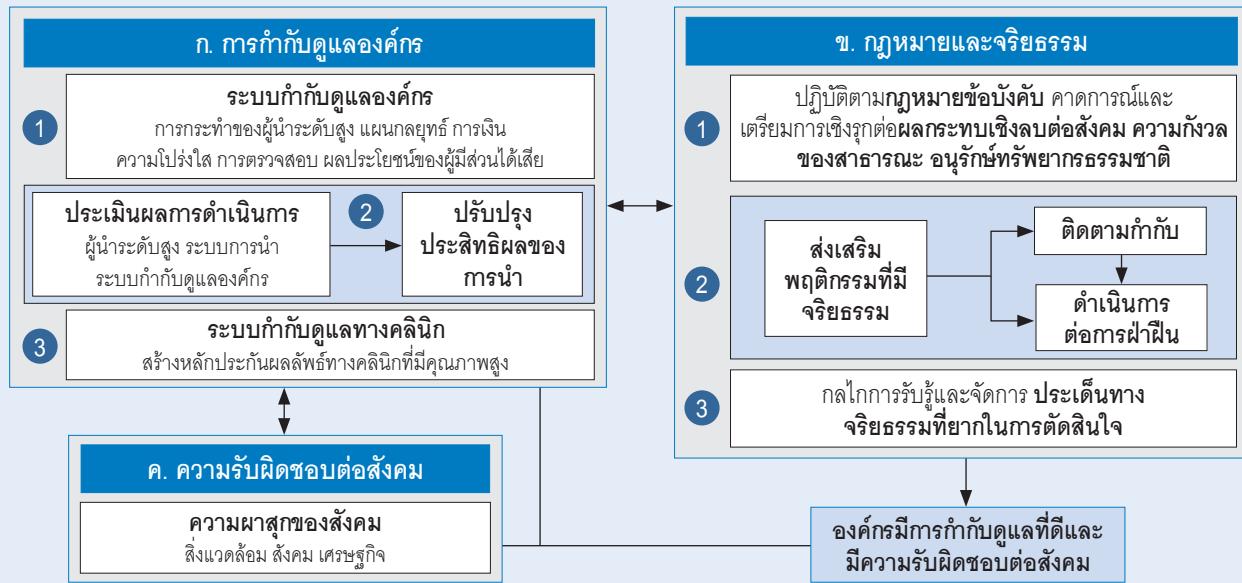
การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.



ตอนที่ 1 การประเมินการบริหารองค์กร

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (Governance and Societal Responsibility)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.



ตอนที่ 1 การประเมินการบริหารองค์กร

I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

การกระทำของผู้นำระดับสูง ซึ่งนำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

- (1) ผู้นำระดับสูงซึ่งนำองค์กรด้วยการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม เป็นลายลักษณ์อักษร และถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร.
- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดหลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติที่พึงประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร ที่ช่วยซึ่งนำการตัดสินใจและปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสังคมโดยรวม.
- (3) ผู้นำระดับสูงลงเสริมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักจริยธรรม.

ตอนที่ 1 การประเมินการบริหารองค์กร

ข. การลือสาร

- (1) ผู้นำระดับลูงใช้การลือสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับกำลังคนทั้งองค์กรและผู้รับบริการที่สำคัญ สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง จึงใจกำลังคนเพื่อให้มีผลการดำเนินการที่ดี.

ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

- (1) ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ บรรลุพันธกิจ เป็นองค์กรที่คล่องตัว มีวัฒนธรรมความปลดภัย มีการเรียนรู้ มีการสร้างนวัตกรรม และสร้างความผูกพันกับผู้รับบริการ.
- (2) ผู้นำระดับสูงกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติเพื่อบรรลุพันธกิจและการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร ระบุ การปฏิบัติที่จำเป็น และกำหนดความคาดหวังในการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น.

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรทำให้มั่นในกระบวนการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.

ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร ทบทวนและประسบความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้:

- ความรับผิดชอบในการกระทำการของผู้นำระดับสูง;
- ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์;
- ความรับผิดชอบด้านการเงิน;
- ความโปร่งใสในการดำเนินการ;
- การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล;
- การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.

(2) องค์กรประเมินผลการดำเนินการของผู้นำระดับสูง ระบบการนำ ระบบกำกับดูแลองค์กร และนำ ผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ.

ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

(3) องค์กรวางแผนกำกับดูแลทางคลินิก¹ เพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การบททวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลลัมภุที่ข้องการดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล² การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประสานการณ์ของผู้ป่วย คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอ และแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.

¹ การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบในการบริหารคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิกบริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

² การเปิดเผยข้อมูล (openness) เช่น การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการวิเคราะห์ผลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อล่วงเหลวให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือเรื่องร้องเรียน

ตอนที่ 1 การประเมินของการบริหารองค์กร

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

- (1) องค์กรปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ คาดการณ์และเตรียมการเชิงรุกต่อผลกระทบเชิงลบต่อสังคม ความกังวลของสาธารณะ³ และอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ.
- (2) องค์กรส่งเสริมและสร้างความมั่นใจว่าจะมีพุทธิกรรมที่มีจริยธรรมในปฏิบัติพันธ์ทุกกรณี. มีการติดตามกำกับ และดำเนินการต่อพุทธิกรรมที่ฝ่าฝืนหลักจริยธรรม.
- (3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ⁴ ด้วยวิธี การและระยะเวลาที่เหมาะสม.

ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

- (1) องค์กรมีล้วนรับผิดชอบต่อความพำสุกของสังคม ทั้งในด้านลึ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.

³ ความกังวลของสาธารณะ (public concerns) อาจรวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ค่าใช้จ่าย การเข้าถึงที่เท่าเทียมและทันการณ์ ล้วนคุกคามใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น และการจัดการกับของเสียจากการให้บริการทางการแพทย์ (medical waste)

⁴ ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) เช่น การตัดสินใจไม่ให้การรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประลังค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยหนักรายใหม่เข้าไปในห้องผู้ป่วยหนักซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่อยู่เดิมออกหนีง่าย

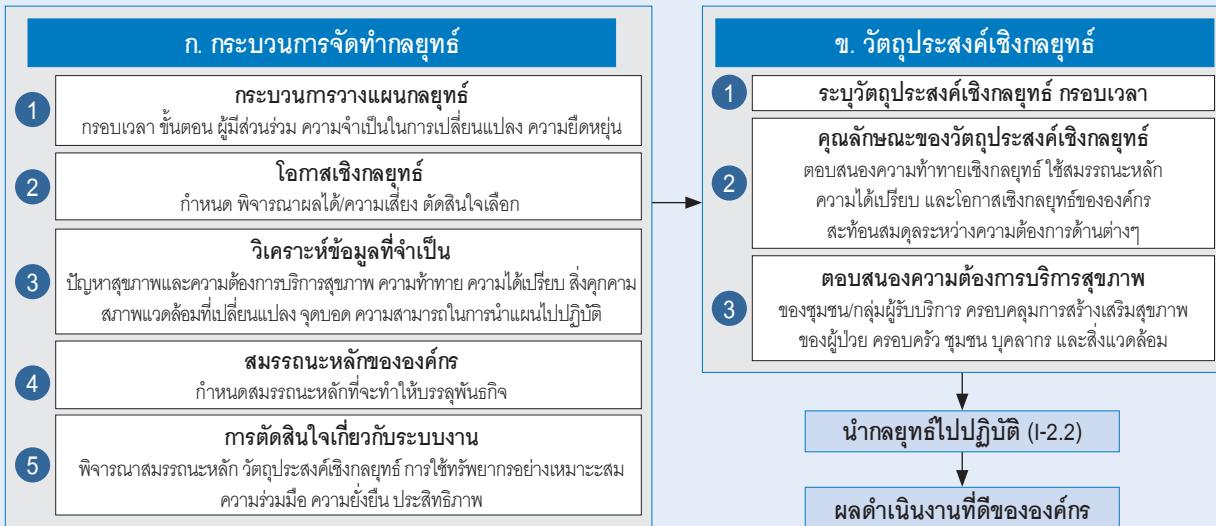
ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-2

กลยุทธ์ (STG)

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

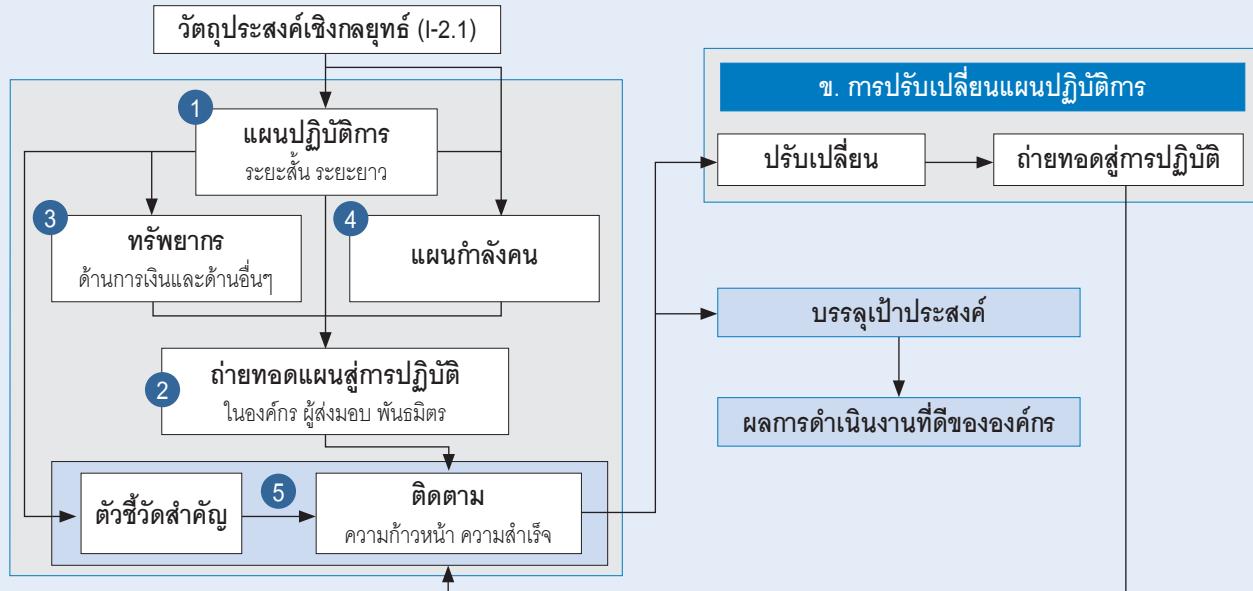


ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้า เพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ



ตอนที่ 1 กារรวมของกារบริหารองค์กร

I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STG.1)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

- (1) องค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในด้านกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม. มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กร.
- (2) องค์กรกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ ตัดสินใจเลือกโอกาสพัฒนาและความเลี่ยงลำดับที่จะดำเนินการให้สำเร็จ และส่งเสริมในเรื่องดังกล่าว.
- (3) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์: ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ ลิ่งที่คุกคามความสำเร็จ โอกาสเปลี่ยนแปลงในลิ่งแวดล้อม จุดบอดที่เป็นไปได้ในการวางแผน ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ.
- (4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.
- (5) องค์กรตัดสินใจเรื่องกระบวนการทำงานขององค์กรว่ากระบวนการใดที่จะดำเนินการเอง และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ โดยพิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับองค์กรภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพขององค์กร.

ตอนที่ 1 กាររວមของการบริหารองค์กร

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

- (1) องค์กรระบุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ ค่า เป้าหมาย และกำหนดเวลาที่จะบรรลุ.
- (2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะท่อนสอดคล้องระหว่างความต้องการด้านต่างๆ ขององค์กร.
- (3) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพของชุมชนหรือกลุ่มผู้รับบริการ ครอบคลุม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน บุคลากร และลิ่งแวดล้อม.

ตอนที่ 1 กារรวมของกារบริหารองค์กร

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

- (1) องค์กรจัดทำแผนปฏิบัติการระยะลั้นและระยะยาว เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.
- (2) องค์กรถ่ายทอดแผนปฏิบัติการไปสู่การปฏิบัติ ทั้งในองค์กร ผู้ส่งมอบและพันธมิตรที่ร่วมในการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์. บุคลากรตระหนักในบทบาทและการมีส่วนร่วมต่อการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์.
- (3) องค์กรจัดสรรงรภยากรด้านการเงินและด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้แผนปฏิบัติการประสบความสำเร็จ.
- (4) องค์กรจัดทำแผนด้านกำลังคนที่สำคัญเพื่อลับล núนวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ.
- (5) องค์กรกำหนดตัวชี้วัดสำคัญเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าและความสำเร็จของการนำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติ.

ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

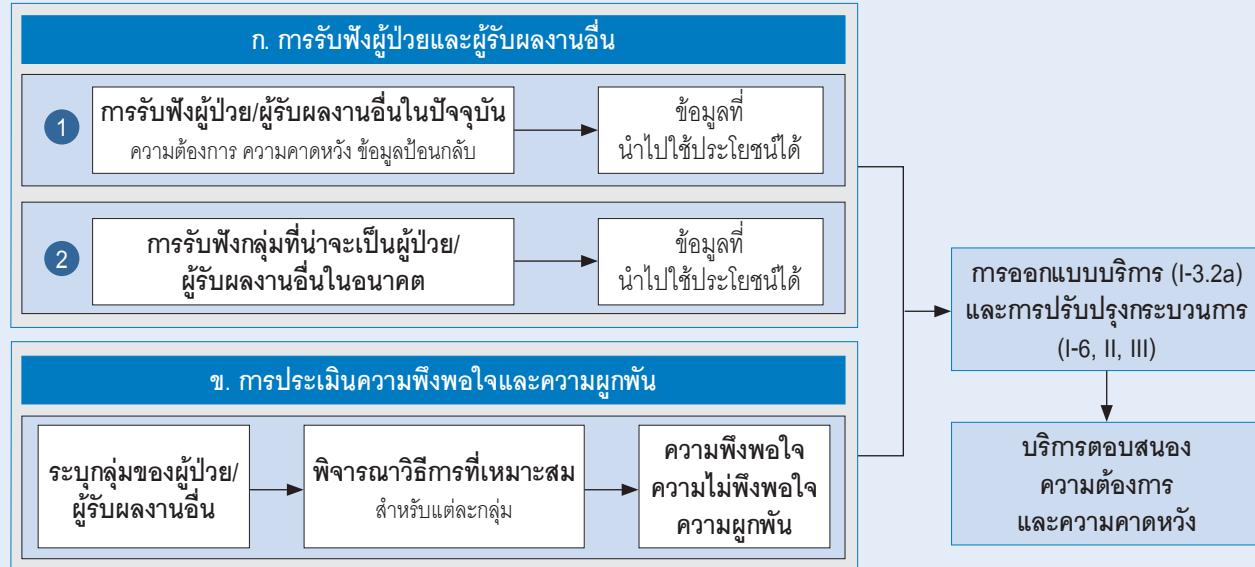
องค์กรปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเมื่อมีความจำเป็น และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ.

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-3 ผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน (PCM)

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

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ / ความคาดหวัง.



ตอนที่ I การรวมของการบริหารองค์กร

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น (Patient / Other Customer Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองความต้องการและการสร้างความสัมพันธ์.



ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patient's Rights)

องค์กรตระหนักรและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

ก. คำจำกัดความสิทธิผู้ป่วย

สิทธิพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญ & ไม่เลือกปฏิบัติ
ได้รับข้อมูลเพียงพอ ชัดเจน
ได้วางการซ่อมเหลือทันทีเมื่อถี่ยง
ทราบซึ่งผู้ให้บริการ
ขอความเห็นที่สอง
ปกปิดข้อมูล
การเข้าร่วมวิจัย
ข้อมูลในเวชระเบียน
การใช้สิทธิแทน

ข. กระบวนการคุ้มครอง



ค. ผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
ศักดิ์ศรี
ข้อบังคับ กฎหมาย
ความเชื่อ วัฒนธรรม
การเมืองร่วม

ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ
ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ผู้ต้องแยก หรือผูกยึด

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM.1)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง.

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรรับฟังเลียงจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในปัจจุบัน เรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการและปรับปรุงกระบวนการการทำงาน.
- (2) องค์กรรับฟังเลียงจากกลุ่มที่น่าจะเป็นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่นในอนาคต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์.

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (PCM.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความล้มพันธ์.

ก. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

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

ข. ความล้มพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

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

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCM.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

(1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข⁵.

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

(1) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยบัตรด้านมีความตระหนักและทราบบทบาทของตนในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย และมีระบบพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิ.

⁵ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ 1. สิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ใน รัฐธรรมนูญ, 2. สิทธิที่จะรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจด้เจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน, 3. สิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือโดยทันทีเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายลึกลึว, 4. สิทธิที่จะทราบเชื่อ ลกุล และประเภท ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้บริการแก่ตน, 5. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มิได้เป็น ผู้ให้บริการแก่ตน และสิทธิในการขอเปลี่ยนตัวผู้ให้บริการหรือสถานบริการ, 6. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองโดยเคร่งครัด, 7. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัย, 8. สิทธิที่จะได้รับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ, 9. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทน ผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- (2) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับลิสท์และหน้าที่ในลักษณะที่เข้าใจได้ง่าย.
- (3) มีการคำนึงถึงลิสท์ผู้ป่วยในทุก긱ิจกรรมของภารดูแลผู้ป่วย.
- (4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้วยความเคารพความเป็นส่วนตัว คักดีครีของความเป็นมนุษย์ ค่านิยมและความเชื่อ ส่วนบุคคล.
- (6) องค์กรสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกัน.
- (7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองลิสท์.

ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

- (1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในลิสท์และคักดีครีของความเป็นมนุษย์ และการตัดสินใจ เกี่ยวกับการให้ การคงไว้ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นไปอย่างลดคล่องกับบังคับหรือกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว.
- (2) ผู้รับบริการที่เป็นเด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการคุ้มครอง ลิสท์อย่างเหมาะสม.
- (3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก หรือผูกขาด อย่างเหมาะสม.

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-4

การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ (MAK)

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

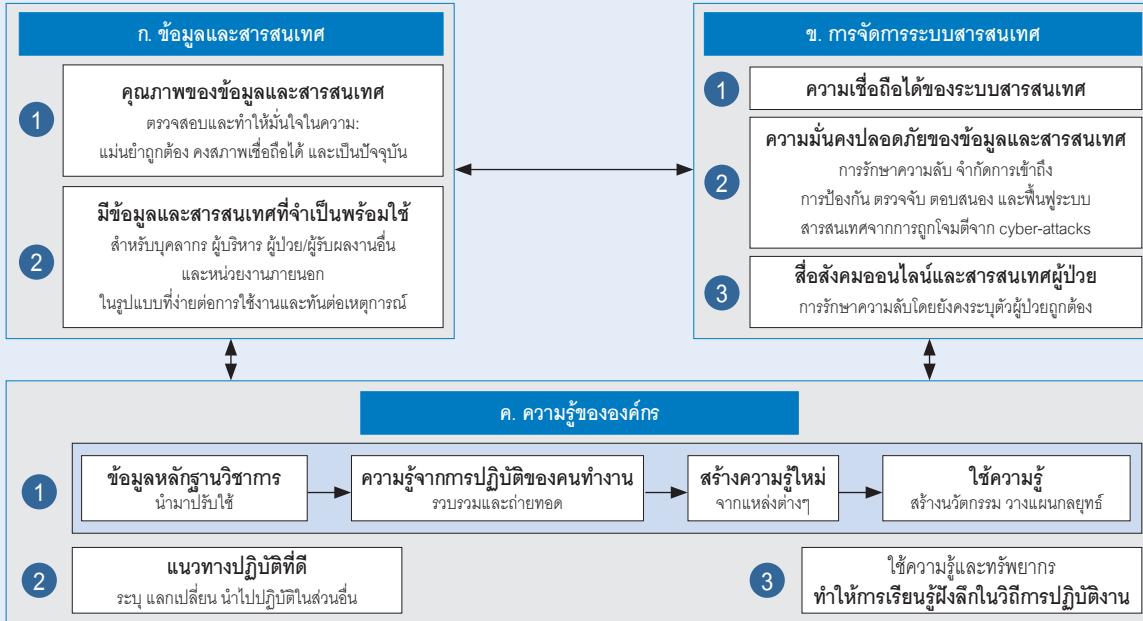
องค์กรเลือก รวมรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.



ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพ และพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.



ตอนที่ 1 กាររວមของการบริหารองค์กร

I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร และส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ

- (1) องค์กรกำหนด รวบรวม เชื่อมโยงข้อมูล/ตัวชี้วัดสำคัญ ที่สอดคล้องไปในพิศทางเดียวกัน เพื่อใช้ติดตามการปฏิบัติงานประจำวัน ผลการดำเนินการขององค์กร และความก้าวหน้าตามวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ. (ดู II-1.1 ก.(6) ร่วมด้วย)
- (2) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ⁶ ที่เหมาะสม เพื่อลับสนุนการตัดสินใจโดยอิงข้อเท็จจริง.
- (3) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลจากเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง. (ดู I-3.2 ก.(1) ร่วมด้วย)
- (4) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

⁶ แหล่งข้อมูลและลารสันเทคโนโลยีเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากการดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการลุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

ตอนที่ 1 กิจกรรมของการบริหารองค์กร

ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ

- (1) องค์กรวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงการติดตามความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน

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

ตอนที่ 1 กារรวมของกານบริหารองค์กร

I-4.2 กານຈັດການຄວາມຮູ້ແລະສາຮນເທິກ (MAK.2)

ອົງຄຣມີຂໍ້ອມຸລ ສາຮນເທິກ ສິນທັກພົດກວາມຮູ້ ທີ່ຈໍາເປັນ ທີ່ມີຄຸນກາພແລ້ວພັດທະນາໃຫ້ງານ ແລະມີການຈັດການ
ຄວາມຮູ້ທີ່ດີ ມີກາປຸກຝຶກຜິດກາເຮັດວຽກຮູ້ເຂົ້າໄປໃນການປະຈຳ.

ກ. ຂໍ້ອມຸລແລະສາຮນເທິກ

- (1) ອົງຄຣມີການສອບຂໍ້ອມຸລແລະທຳໃໝ່ມັນໃຈໃນຄຸນກາພຂອງຂໍ້ອມຸລແລະສາຮນເທິກວ່າມີຄວາມແມ່ນຢໍາຖຸກຕ້ອງ ຄົງລົກພາບ
ເຊື່ອສືບຕໍ່ໄດ້ ແລະເປັນປັບປຸງບັນ (accuracy & validity, integrity & reliability, currency).
- (2) ອົງຄຣມີການທຳໃໝ່ມັນໃຈວ່າຂໍ້ອມຸລແລະສາຮນເທິກທີ່ຈໍາເປັນສຳຮັບບຸກຄລາກ ຜູ້ບົງວາງ ຜູ້ປ່າຍ/ຜູ້ຮັບຜລງນານອື່ນ ແລະ
ໜ່ວຍງານກາຍນອກ ມີຄວາມພັດທະນາໃຫ້ ໃນຮູບແບບທີ່ຈ່າຍຕ່ອກການໃຊ້ງານແລະທັນຕ່ອງເຫຼຸກຮັດ.

ຂ. ການຈັດການຮະບບສາຮນເທິກ

- (1) ອົງຄຣມີການທຳໃໝ່ມັນໃຈໃນຄົນກາພເຊື່ອສືບຕໍ່ໄດ້ (reliability) ຂອງຮະບບສາຮນເທິກ.
- (2) ອົງຄຣມີການທຳໃໝ່ມັນໃຈໃນຄົນກາພມີຄວາມມັນຄົງປົດກັບຂອງຂໍ້ອມຸລສ່ວນບຸກຄລທີ່ມີຂໍ້ອມຸລ/ສາຮນເທິກທີ່ສໍາຮັວໄຫລແລ້ວຈະເກີດ
ຜລກຮະບບໄດ້ນັກ ມີການຮັກໜ້າຄວາມລັບແລະກາເຂົ້າສົ່ງຕາມສີທີ່ເໜາະສົນ ມີການປົ້ອງກັນ ຕຽບລົບອັນດຸ
ແລະພື້ນົງຮະບບສາຮນເທິກຈາກການຄຸກໂຈມຕີຈາກກາຍນອກ.
- (3) ໃນການນີ້ມີການລັງຂໍ້ອມຸລຂອງຜູ້ປ່າຍໂດຍໃຊ້ລືອງລັງຄມອນໄລນ໌ ເພື່ອປະໂຫຍດໃນການດູແລວກໜ້າຜູ້ປ່າຍ ອົງຄຣມີການ
ກຳນົດແນວປົງປົງຕິທີ່ເປັນການຮັກໜ້າຄວາມລັບຂອງຜູ້ປ່າຍໂດຍຍັງຄກກາຮະບຸດວ່າຜູ້ປ່າຍຍ່າງຄຸກຕ້ອງໄວ້.

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

ค. ความรู้ขององค์กร

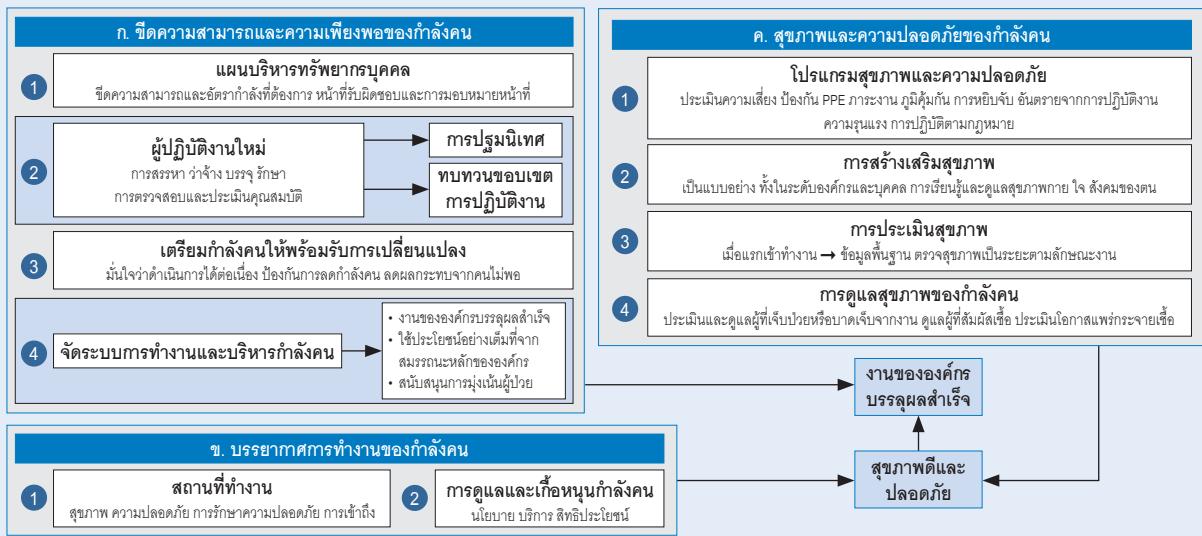
- (1) องค์กรสร้างและจัดการความรู้ขององค์กร. มีการรวบรวมและถ่ายทอดความรู้จากการปฏิบัติ ประมวลข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ใหม่ ใช้ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการสร้างนวัตกรรมและวางแผนกลยุทธ์. มีการนำหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาใช้กับประลิทธิ์ผลของ healthcare intervention & technology มาประยุกต์ใช้.
- (2) องค์กรระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยนและนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.
- (3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-5 กำลังคน (WKF)

I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (Workforce Environment)

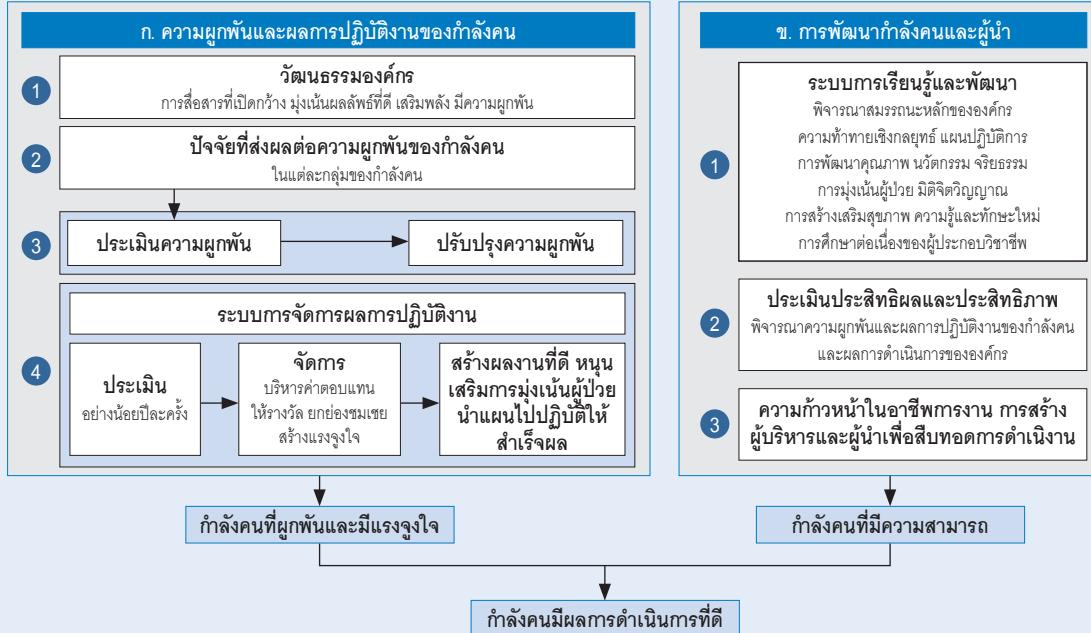
องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลัง เพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงาน และบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลดภัย.



ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับกำลังคน มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี。



ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน⁷ (WKF.1)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยายกาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถ⁸ และความเพียงพอของกำลังคน⁹

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสาขาวิชาชีพร่วมกับบริบทขององค์กร. แผนระบุขีดความสามารถและกำลังคนที่ต้องการในแต่ละส่วนงานเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถ และข้อกำหนดในกฎหมาย. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และสมรรถนะ ของบุคลากร

⁷ กำลังคน รวมถึง บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

⁸ ขีดความสามารถของกำลังคน (workforce capability) หมายถึง ความสามารถขององค์กรในการบรรลุผลสำเร็จของงานด้วยความรู้ ทักษะ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญของกำลังคน ขีดความสามารถอาจรวมถึงความสามารถในการสร้างและรักษาความลับพันธ์กับผู้ป่วย/ลูกค้าอื่น การสร้างนวัตกรรมและปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ บริการ และกระบวนการทำงานใหม่ และความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

⁹ ความเพียงพอของกำลังคน (workforce capacity) หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่ทำให้มั่นใจว่ามีระดับของกำลังคนเพียงพอในการบรรลุผลสำเร็จของงาน และลงมือปฏิบัณฑ์และบริการให้ผู้ป่วย/ลูกค้าอื่นได้ รวมทั้งความสามารถในการตอบสนองต่อระดับความต้องการตามฤดูกาลและตามความผันแปรของความต้องการ

ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) เป็นไปตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น.

- (2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านต่างๆ เช่น ใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัครที่มากภูมิปัญญาในใหม่ ได้รับการปัจฉนนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน. มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.
- (3) องค์กรเตรียมกำลังคนให้พร้อมต่อความต้องการขององค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการลดกำลังคนและผลกระทบที่เกิดจากกำลังคนไม่เพียงพอ.
- (4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร และสนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย.

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

ข. บรรยายการการทำงานของกำลังคน

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

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

- (1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน ประกอบด้วย:

- การจัดให้มีเลือผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับกำลังคน;
- การประเมินสถานที่ทำงาน ในประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน;
- การติดตามวัดระดับภาระงานและการจัดการความเครียด;
- การให้ภูมิคุ้มกันแก่กำลังคน;
- การป้องกันอันตรายจากการหยิบ จับ ยก ด้วยมือ;
- การป้องกันอันตรายจากการถูกเข็มทิ่มทำ;
- การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น รังสี แก๊ส สารเคมี สารอื่นๆ และการติดเชื้อ;

ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

- การจัดการกับความรุนแรง ความก้าวเร็ว และการคุกคาม;
- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง.

- (2) องค์กรเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งในด้านวิถีปฏิบัติขององค์กร และพฤติกรรมสุขภาพของกลังคนแต่ละคน. กลังคนมีส่วนร่วม เรียนรู้ ตัดสินใจ และปฏิบัติ ในกรอบและลักษณะภารกิจ ใจ ลังคน ของตน.
- (3) บุคลากรทุกคนได้รับการประเมินสุขภาพแรกเข้าทำงานและมีข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน. บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะเพื่อประเมินการเจ็บป่วยและการติดเชื้อเนื่องจากการทำงาน ตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ.
- (4) กลังคนที่เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน ได้รับการประเมินและดูแลอย่างเหมาะสม. องค์กรจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการประเมินโภการแพร์เจ้ายเชื้อ การจำกัดการปฏิบัติหน้าที่ และการดูแลกลังคนที่ล้มเหลวเชื้อ.

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน (WKF.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับกำลังคน¹⁰ มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี.

ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

- (1) องค์กรเริ่มสร้างวัฒนธรรมองค์กร ให้เกิดการสื่อสารที่เปิดกว้าง การทำงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดี การเสริมพลังของกำลังคน และกำลังคนมีความผูกพัน.
- (2) องค์กรระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันของกำลังคน ในแต่ละกลุ่มของกำลังคน.
- (3) องค์กรประเมินและปรับปรุงความผูกพันของกำลังคน.
- (4) ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงาน (performance management system) ของกำลังคนส่งเสริมให้บุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) สร้างผลงานที่ดี หนุนเสริมการมุ่งเน้นผู้ป่วย และการนำแผนไปปฏิบัติให้สำเร็จผล โดยนำเรื่องการบริหารค่าตอบแทน การให้รางวัล การยกย่องเชียร์ และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง.

¹⁰ ความผูกพันของกำลังคน หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และลติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัคณ์ขององค์กรบรรลุผล

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

(1) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:

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

(2) องค์กรประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบการเรียนรู้และพัฒนา โดยพิจารณาความมุ่งพันของกำลังคน ผลการปฏิบัติงานของกำลังคน และผลการดำเนินการขององค์กรร่วมด้วย.

(3) องค์กรจัดการเรื่องความก้าวหน้าในอาชีพการทำงานของกำลังคน วางแผนการสร้างผู้บริหารและผู้นำเพื่อสืบทอดการดำเนินงาน.

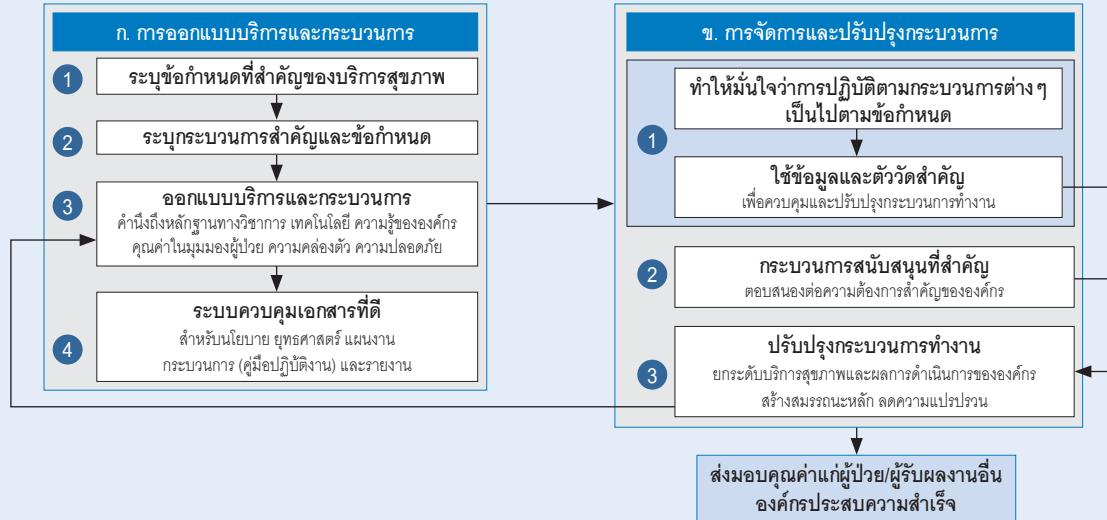
ตอนที่ 1 การประเมินการบริหารองค์กร

I-6

การปฏิบัติการ (OPT)

I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

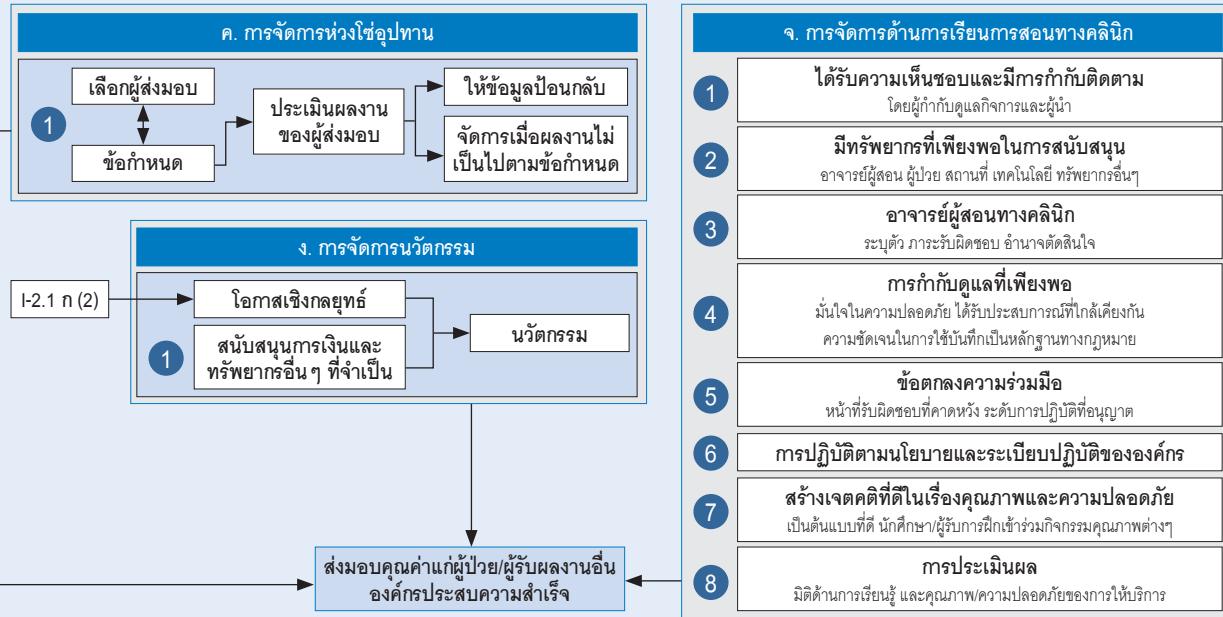
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ / กระบวนการการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



ตอนที่ 1 กิจกรรมของการบริหารองค์กร

I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ / กระบวนการการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-6.2 ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ (Operational Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย / ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

1

ควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ
ป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด การต้องทำงานช้า
ลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ
ปรับปรุงรอบเวลา ผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพ
และประสิทธิผลอื่นๆ

ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและการฉุกเฉิน

1

สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย
การป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุ
การทำให้พื้นดินสภาพ

1

การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน
ระบบงานและสถานที่ทำงาน;
การป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ
การเคลื่อนย้าย การทำให้พื้นดินสูงตามเดิม;
ระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้งาน

การปฏิบัติการมีประสิทธิผล

ส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น
องค์กรประสบความสำเร็จ

ตอนที่ 1 การรวมของการบริหารองค์กร

I-6.1 กระบวนการ (OPT.1)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ

- (1) องค์กรระบุข้อกำหนดของบริการสุขภาพที่สำคัญ.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการทำงานที่สำคัญ และข้อกำหนดสำคัญของกระบวนการเหล่านี้.
- (3) องค์กรนำหลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ เทคโนโลยี ความรู้ขององค์กร คุณค่าในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ความคล่องตัว ความปลอดภัย และมิติคุณภาพต่างๆ มาใช้ในการออกแบบบริการ สุขภาพและกระบวนการ.
- (4) นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน กระบวนการ/ระบบปฏิบัติ และรายงานการประชุมที่สำคัญ ได้รับการจัดทำเป็นเอกสาร มีการอนุมัติ¹¹ มีการควบคุม ข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีการทบทวนปรับปรุงเป็นระยะตามกำหนดเวลาหรือตามความจำเป็น.

¹¹ การอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผน/เอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกการอนุมัติ ของคณะกรรมการกำกับดูแล

ตอนที่ 1 การประเมินการบริหารองค์กร

ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการทำงานต่างๆ เป็นไปตามข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการ มีการใช้ข้อมูล/ตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการควบคุมและปรับปรุงกระบวนการทำงาน.
- (2) องค์กรระบุกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ การปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการสนับสนุนเหล่านี้ตอบสนองต่อความต้องการสำคัญขององค์กร.
- (3) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อยกระดับการจัดบริการสุขภาพและการดำเนินการขององค์กร เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร และลดความแปรปรวนของกระบวนการ.

ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

- (1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ¹² ที่มีคุณภาพสูง โดย:
 - การเลือกผู้ล่องมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
 - มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม;
 - มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ล่องมอบ;
 - ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ล่องมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
 - จัดการกับผู้ล่องมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

¹² ผลิตภัณฑ์ เช่น เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ น้ำยาตรวจสอบท้องปฏิบัติการทำงานทางการแพทย์; บริการ เช่น งานทำความสะอาด งานรักษาความปลอดภัย งานบริการอาหาร

ตอนที่ 1 กាររວមของการบริหารองค์กร

๔. การจัดการนวัตกรรม

(1) องค์กรล่งเริ่มให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

๕. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

(1) การเข้าร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข ได้รับความเห็นชอบและกำกับติดตามโดยผู้กำกับดูแลกิจการและผู้นำองค์กร (เฉพาะกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษา).

(2) องค์กรมีทรัพยากรที่เพียงพอในการสนับสนุนการจัดการศึกษาและฝึกอบรม:

- จำนวนและความเรียวยาญูของอาจารย์ผู้สอน;
- จำนวนและลักษณะที่หลากหลายของผู้ป่วย;
- สถานที่ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ.

(3) มีการระบุตัวอาจารย์ผู้สอนพร้อมทั้งภาระรับผิดชอบและอำนาจตัดสินใจที่ชัดเจนตามข้อกำหนดของหลักสูตร.

(4) มีการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน. มีความชัดเจนในการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแล และความชัดเจนในการใช้บันทึกของนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกเป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

ตอนที่ 1 กារรวมของการบริหารองค์กร

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

ตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร

I-6.2 ประสิทธิผลของการปฏิบัติการ (OPT.2)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิผล เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ลูกค้าอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

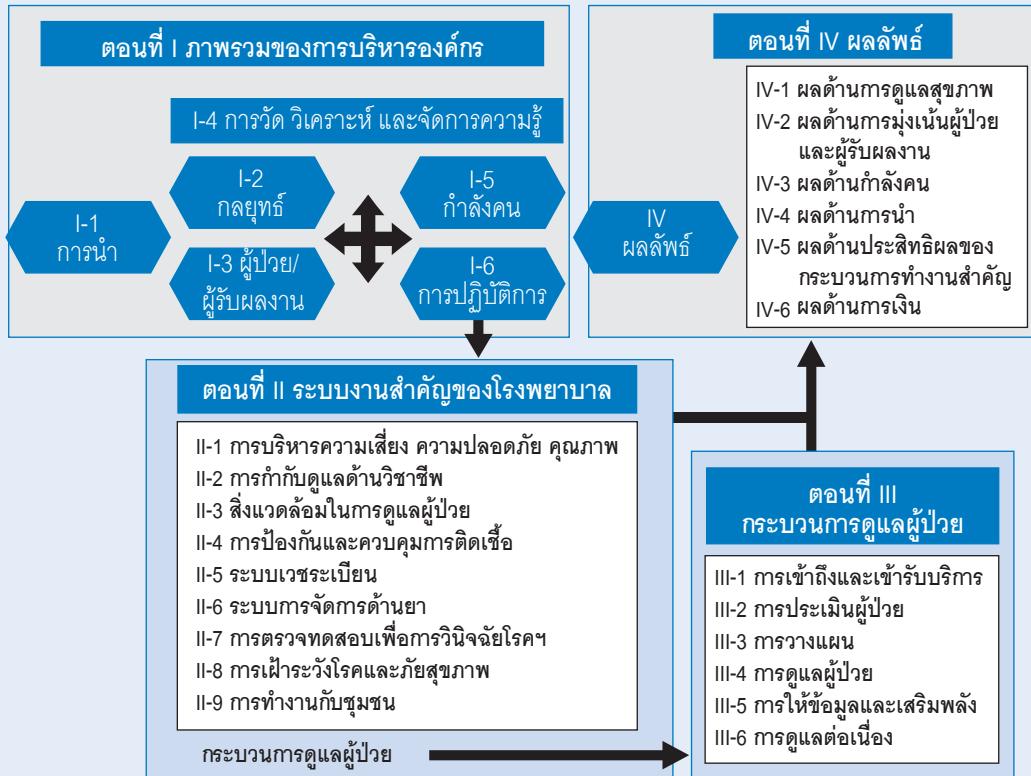
(1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการต้องทำงานช้า, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้พื้นคืนสู่สภาพเดิม.

(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้พื้นคืนสู่สภาพเดิม รวมถึงการพึงพากำลังคน ผู้ล่วงมอบ และพันธมิตร. องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง.

ตอนที่ ॥ ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



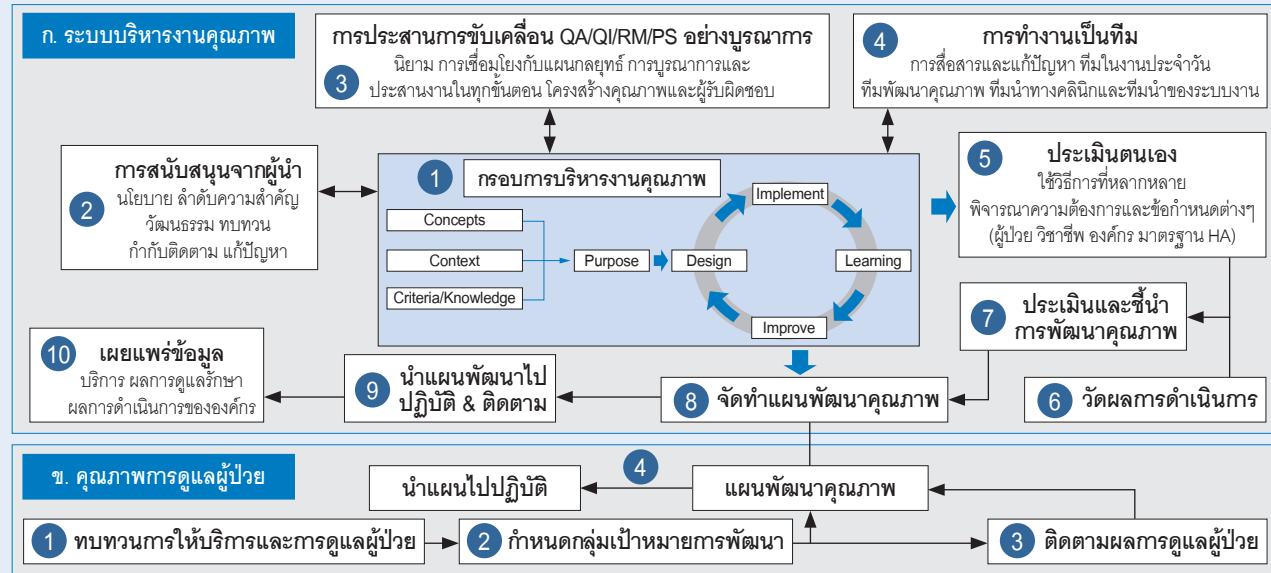
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1

การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

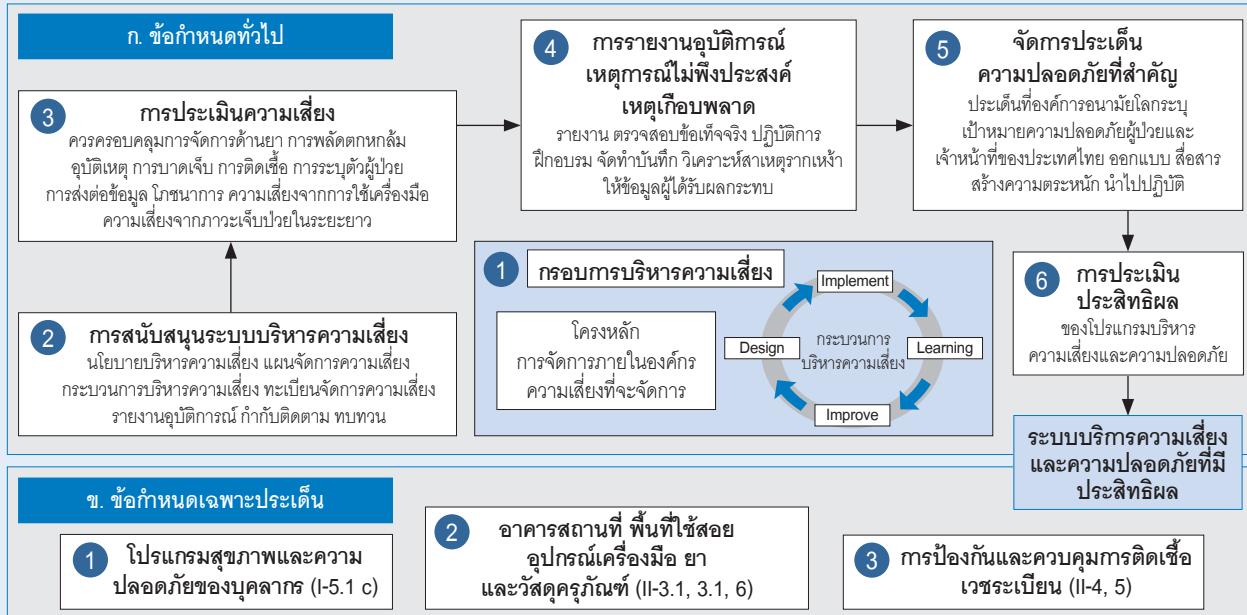
มีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (RSQ.1)

มีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การวิเคราะห์ และการพัฒนากระบวนการบริหารงานคุณภาพดังต่อไปนี้:

- หลักการหรือแนวคิดของการบริหารงานคุณภาพ (concepts);
- บริบทจำเพาะขององค์กร รวมถึงความต้องการของผู้รับบริการ (context);
- หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดเจ้งและความรู้ในด้านบุคคล (criteria);
- วัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose);
- การออกแบบที่เน้นคนผู้ใช้งานเป็นศูนย์กลาง (design);
- การนำระบบที่ออกแบบไปสู่การปฏิบัติ (action);
- การกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning);
- การออกแบบใหม่ การปรับแต่ง การพัฒนา นวัตกรรม การบูรณาการ (improve);
- การมีผู้ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการล่งเหลวและประสานงานการพัฒนาคุณภาพ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(2) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดย:

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

(3) มีการนำระบบการบริหารงานคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงาน และบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(4) มีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:

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

(5) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

- มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึงการประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;
- มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสม. องค์กรควรเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวามร้อยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและล้มภาษณ์ผู้ป่วย การบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

(6) องค์กรวัดผลงานคุณภาพทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ โดยครอบคลุมประเด็นเหล่านี้เป็นอย่างต่อ:

- การกำกับดูแลองค์กร;
- การกำกับดูแลทางคลินิก;
- การบริหารจัดการองค์กร ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการ การบริหารทรัพยากรบุคคล การควบคุมการติดเชื้อ การจัดการความเสี่ยง;
- การใช้บริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ;
- ผลการดำเนินงานของระบบบริหารงานคุณภาพ;
- ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ;
- ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของการดูแลหรือบริการสุขภาพที่ให้บริการ.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 และ part IV)

(7) มีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการประเมินผลการดำเนินงานมาใช้ในการประเมินและเข้ามาระบุนทรรศน์

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(8) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสการพัฒนาที่ระบุไว้. แผนการพัฒนาคุณภาพควร:

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

(9) องค์กรนำแผนพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการโดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.

(10) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลประเภทของบริการที่มีการเปิดให้บริการ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้โดยสะดวก มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องเป็นปัจจุบัน. ถ้ามีความพร้อม ควรแสดงข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยและผลการดำเนินการขององค์กร.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการบททวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย¹³ อย่างลม่ำเลmo เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของ การดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก¹⁴ ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมาย และวัดคุณภาพใน การดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม ในการกำกับติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.
- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุง การดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถีองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ ล่าเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควร ครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา พื้นฟู ตามความเหมาะสม.

¹³ การบททวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การบททวนขณะดูแลผู้ป่วย การบททวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การ บททวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ การบททวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต การบททวนการใช้ทรัพยากร การบททวนคำร้องเรียนของ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ การบททวนการส่งต่อผู้ป่วย การบททวนการใช้ยา การบททวนการใช้เลือด การบททวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล การบททวนตัวชี้วัด

¹⁴ กลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรค เบาหวาน หารักแรកเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(1) องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การรับรอง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้:

- โครงหลักของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร;
- การจัดการภัยในองค์กร เช่น สรุปแผนจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการและกิจกรรม การเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากร ที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการการลือสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามและประเมินผล;
- รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ควรครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่างๆ.

(2) ระบบบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยการมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) และกระบวนการต่างๆ ดังนี้:

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินงาน;
- แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงวิธีการที่องค์กรจะใช้ในการบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ กิจกรรม และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง;
- กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วยการระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาสที่จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง;
- ทะเบียนจัดการความเสี่ยง ควรใช้บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) และมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ. ควรมีการจัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร. ควรมีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้;
- มีระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล;
- องค์กรควรเฝ้าติดตามในประเด็น ผลการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา.
(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) องค์กรมีการประเมินความเสี่ยงภายในองค์กร ทั้งนี้ เพื่อปักป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้บริการ การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นเรื่อง:

- การจัดการด้านยา;
- การลดตကหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ;
- การควบคุมการติดเชื้อ;
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด;
- การลือสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ;
- โภชนาการ;
- ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เช่น การใส่ท่อหรือสายที่ผิดพลาด, แผลไฟไหม้/การบาดเจ็บจากการรักษาด้วยเลเซอร์;
- ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ.

(4) องค์กรมีกระบวนการในการรายงาน ลีบหาสาเหตุ และดำเนินการที่ตอบสนองต่ออุบัติกรณี เหตุกรณีไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลกระทบผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การพัฒนาบริการให้ดีขึ้น. กระบวนการครอบคลุมเรื่อง:

- การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงานการตรวจสอบข้อเท็จจริง และการวิเคราะห์สาเหตุ รากเหง้า (root cause analysis);
- วิธีการจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติกรณี/เหตุกรณี;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า;
- ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.

- (5) องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์กรอนามัยโลกระบุ¹⁵ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล.
- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร.

(1) องค์กรบริหารจัดการโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร อย่างมีประสิทธิภาพ.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ I-5.1 ค.(1))

(2) องค์กรสร้างความมั่นใจว่า อาคารสถานที่ พื้นที่ใช้สอย อุปกรณ์เครื่องมือ ยา และวัสดุครุภัณฑ์ที่ใช้ เป็นไปตามที่กฎหมาย/ระเบียบที่เกี่ยวข้องกำหนด. อุปกรณ์เครื่องมือถูกใช้งานโดยคำนึงถึงความปลอดภัย.

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

(3) องค์กรวางแผนการจัดการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออุบัติเหตุ เป็นระบบ และมีการออกแบบขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย.

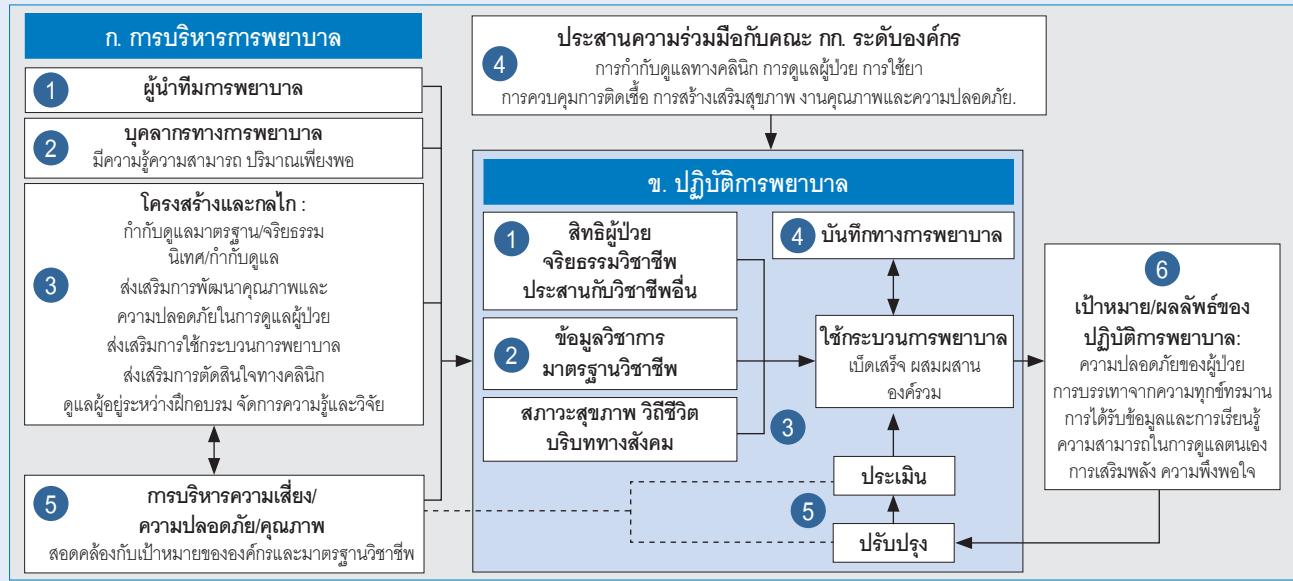
(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-4 และ II-5)

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

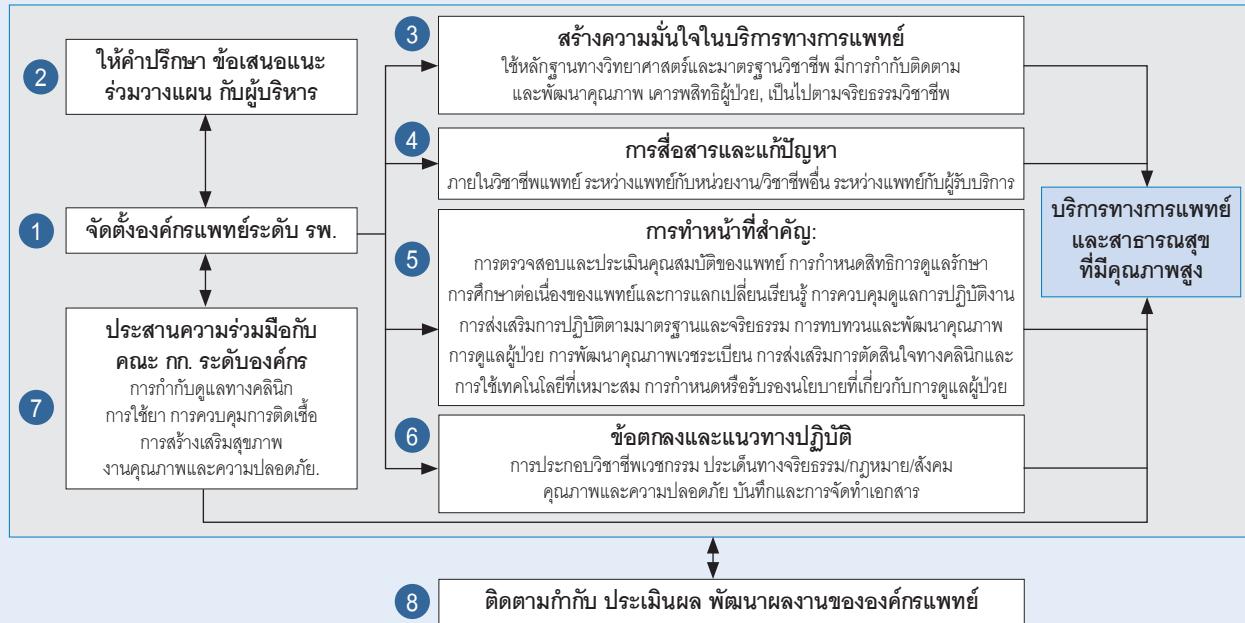
มีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (PFG.1)

มีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล

- (1) ผู้นำการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล¹⁶.
- (2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีกำลังคนด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ¹⁷ และปริมาณเพียงพอ¹⁸ เพื่อมาลงกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก.

¹⁶ เช่น การนำด้วยวิถีทัศน์ การเป็นโโคช การมีทักษะการลีอสาร์ทีดี การมีทักษะการสร้างความลัมพันธ์ที่ดี

¹⁷ การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

¹⁸ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ ได้แก่ การกำหนดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม และจัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอ กับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้อย่างได้ผล:

- การกำกับดูแลมาตราฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
- การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ระหว่างการเรียนการสอน และพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
- การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.

(4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ งานคุณภาพและความปลอดภัย.

(5) การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.

(6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. ปฏิบัติการพยาบาล

- (1) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในลิทธิปัจ্ঞายและจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.
- (2) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.
- (3) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจากหาย ร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ/ครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง เปิด Lerj ผลผลลัพธ์ และเป็นองค์รวม.
- (4) บันทึกทางการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล การวิจัย และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.
- (5) มีการติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PFG.2)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคราะห์ในลิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อลงเหลี่ยมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ.
- (5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้อย่างได้ผล:
 - การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;
 - การกำหนดลิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ;
 - การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;
 - การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;
 - การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียบ;
 - การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย.
- (6) มีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเต็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

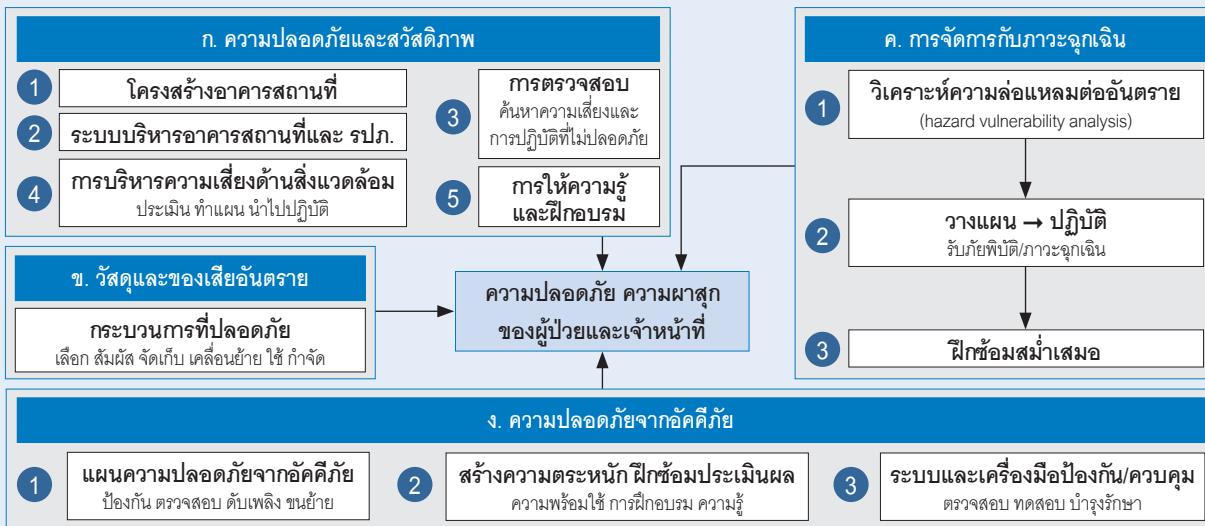
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3

สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

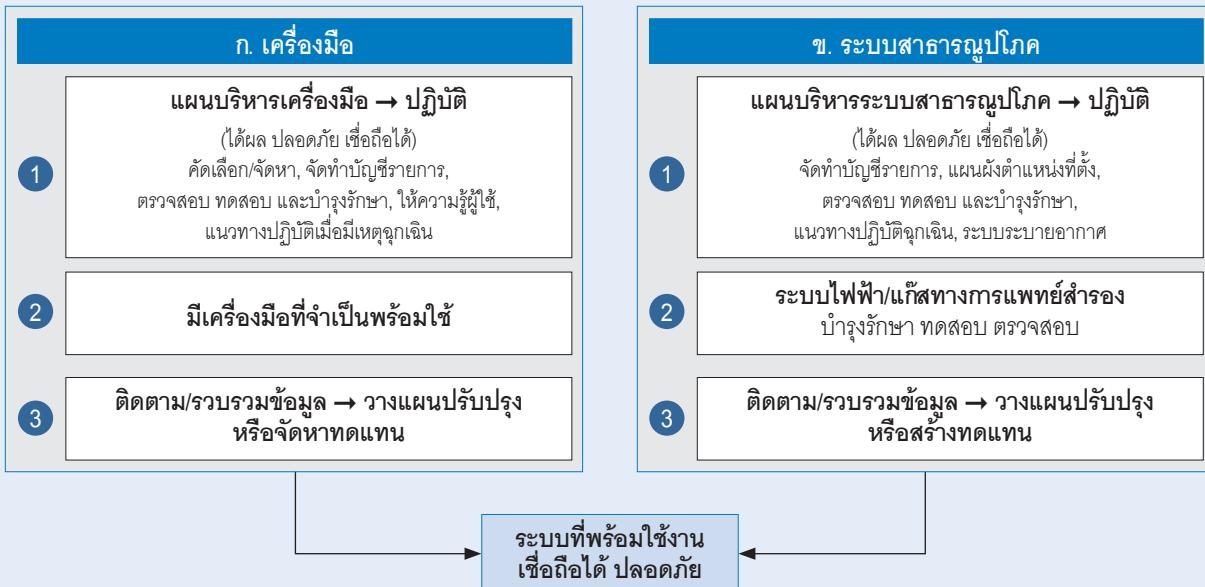
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเชื่อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน หน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความพำสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

- (1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะอาดสวยงาม ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.
- (2) มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแห่งมุม.
- (3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก¹⁹ มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตราย สำรองไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.
- (5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิผล.

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

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

¹⁹ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก รวมถึงการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

²⁰ วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกันมันดกพาร์ฟลี ของเล่นทางการแพทย์ ที่ติดเชื้อ รวมทั้งของมีคม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่อแหลมต่อการเกิดอันตราย เพื่อรับภาวะฉุกเฉิน²¹ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรับภัยพิบัติ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน²² และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.
- (3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

²¹ ภาวะฉุกเฉิน (emergency) ได้แก่เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (เช่น พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้การได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (เช่น อาชญาชีวภาพ ตึกถล่ม อุบัติเหตุใหญ่)

²² การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณูปโภค การรักษาความปลอดภัย การลือสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

๔. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

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

²³ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งลักษณะไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ห้องน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนับสนุนปีก (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสารสนับสนุนปีกที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติซึ่งแผนประกอบด้วย:

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) มีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ และองค์กรให้การอนุญาตในการใช้เครื่องมือชิ้นนั้น.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุง หรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

ข. ระบบสาธารณูปโภค²⁴

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:
- การจัดทำบัญชีรายการขององค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;
 - แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;
 - การตรวจสอบ ทดลอง และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;
 - แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;
 - การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ;
 - ประลิทธิภาพของระบบระบายน้ำอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.

²⁴ ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายน้ำอากาศและปรับอากาศ ระบบเกลือที่ใช้ในทางการแพทย์และระบบสุขาภิบาล ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็น ทั้งหมด²⁵ โดยมีการบำรุงรักษา ทดลอง และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวมรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

²⁵ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก ป้ายบอกทางออก ระบบลีอส์ตราฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระดูก/เนื้อเยื่อ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบลุณยญาติ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักพั้น ห้องคลอด หน่วย弋ารกรรมการ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาสิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และพัฒนาสิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

- (1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ลักษณะ และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร.
- (2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป.
- (3) องค์กรลงเลือกการเข้าถึง การบริโภคอาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม.
- (4) องค์กรลงเลือกให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:

- มีคุณภาพในการบำบัดเหมาสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
- มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
- มีการตรวจสอบความของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
- น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.

(2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมายใช้ซ้ำ (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.

(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกกฎหมาย:

- มีภาคหน่วยรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
- มีกระบวนการแยกวัสดุ/ขันยाई/จัดที่พัก สำหรับ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม;
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
- มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม;
- มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.

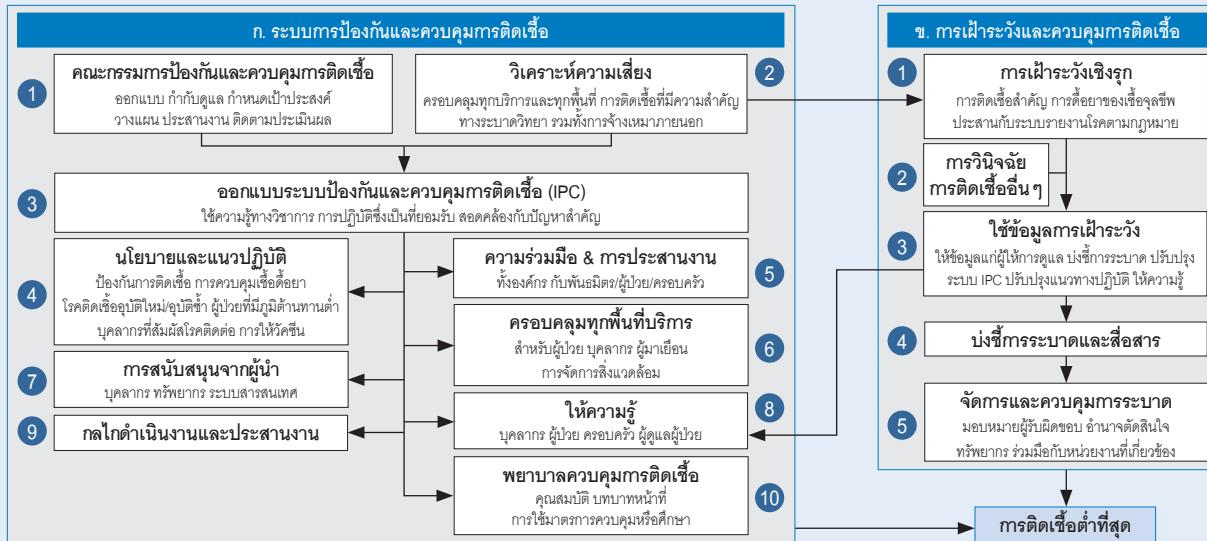
(4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม. องค์กรประเมิน และพัฒนาเรื่องระดับที่องค์กรดำเนินการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

- 1 การปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ standard precautions, isolation precautions, sterilization, scope reprocessing, single-use devices reprocessing (if permitted)
- 2 การควบคุมสิ่งแวดล้อม โครงสร้างอาคารสถานที่ การควบคุมสภาพแวดล้อมด้วย มาตรการทางวิศวกรรมและการบำบัดรักษาเพื่อป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ มาตรการลดความเสี่ยงระหว่างการก่อสร้าง การแยกพื้นที่ใช้งานสะอาดออกจากพื้นที่ปนเปื้อน
- 3 การลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในพื้นที่ เป้าหมายสำคัญ ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ผู้ป่วยหนัก ห้องผู้ป่วยที่มีความแออัด ห้องฉุกเฉิน ห้องดาวน์ฟอร์ม ห้องรับผู้ป่วยที่มีความต้านทานต่ำ หน่วยซักฟอก หน่วยจ่ายยาลง โรงครัว หน่วยยาภายน้ำบด ห้องเก็บศพ

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

- 1 ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระเพาะเลือด
- 2 การดูแลผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ ผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภาระการทำงานต่ำ การจัดการวัยรุ่นที่ติดเชื้อด้วยยาและการติดเชื้ออุบัติใหม่
- 3 การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเชื้อ สัมผัสเลือด/สารคัดหลังจากผู้ป่วย ติดเชื้อจากการทำงาน

การติดเชื้อต่ำที่สุด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC.1)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสาขาวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ ออกแบบ/กำกับดูแลระบบป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ. คณะกรรมการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการ พร้อมทั้ง วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติและสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุง.
- (2) มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ. การวิเคราะห์ควร ครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบบวิทยา.
- (3) องค์กรออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการ และการปฏิบัติซึ่ง เป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(4) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุม ประเด็นดังนี้:

- การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
- มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา²⁶;
- มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ;
- การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ;
- การป้องกันการล้มผัลเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่ล้มผัลเลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ร้าย);
- การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.

(5) องค์กรมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในองค์กรทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประสานกลมกลืนและเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดยรวมขององค์กร.

²⁶ การควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา เช่น การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา การล็อกข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย/ญาติ การปฏิบัติตามหลัก contact precautions อย่างเคร่งครัด การดูแลล้างแผลล้มของผู้ป่วย ข้อพึงระวังในขณะเคลื่อนย้ายหรือลงต่อผู้ป่วย

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่บริการสำหรับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน รวมไปถึงการจัดการลิ่งแวดล้อม.
- (7) ผู้นำสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.
- (8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ผู้ป่วย.
- (9) องค์กรจัดให้มีกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด โดยมีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และนักจัดการด้านลิ่งแวดล้อม เข้ามาร่วม.
- (10) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควรมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการทำหน้าที่ดีเด่น โดยมีอำนาจที่จะใช้อำนาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่ามีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.²⁷

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาระต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการต้อข่ายของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อลงสัญการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบริการระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.
- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดและนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่เวลา และลักษณะของผู้ป่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบร่วมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

- การใช้ standard precautions²⁸ และ isolation precautions;
- การทำความสะอาด ทำความสะอาดเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ;
- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่างๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่;
- การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)²⁹.

²⁸ Standard precautions คือชุดของการปฏิบัติพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ ออาทิ การทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้ลิปผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การป้องกันการถูกเขมหรือวัสดุมีคมอื่นที่มีคม ลุขอนามัยเกี่ยวกับการใส่ใจ การทำความสะอาดลิ้งแวดล้อม การจัดการลิปผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

²⁹ การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ภายใต้เงื่อนไขที่ลอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมารีไซเคิลแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:

- จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม³⁰ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
- ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากการก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลาย สิ่งก่อสร้าง แล้ววางแผนการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;
- แยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.

(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:

- ห้องผ่าตัด;
- ห้องคลอด;
- หอผู้ป่วยวิกฤติ;
- หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุ暮ารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด;
- หน่วยบริการฉุกเฉิน;
- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความต้านทานต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษา เผียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- หน่วยซักฟอก;
- หน่วยจ่ายกลาง;
- โรครัว;
- หน่วยกายภาพบำบัด;
- ห้องเก็บศพ.

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

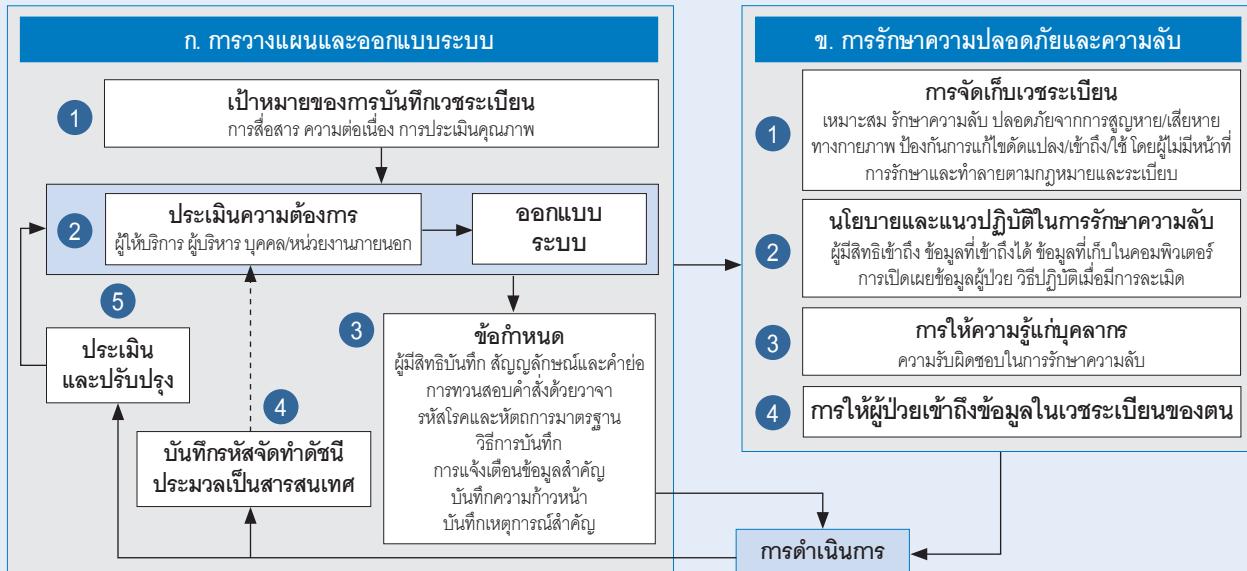
- (1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด.
- (2) มีระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.
- (3) มีการกำหนดขั้นตอนในการดูแลเจ้าหน้าที่ที่ล้มผัลเลือด/สารคัดหลังจากผู้ป่วย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงาน. มีมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากเจ้าหน้าที่ผู้ติดเชื้อ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)

II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Medical Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

1

บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ

- การระบุตัวผู้ป่วย
- มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา
- ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา
- เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
- การบันทึกที่ถูกต้อง การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

2

ทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะ
ประเมินความสมบูรณ์
ความถูกต้อง
การบันทึกในเวลาที่กำหนด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

- (1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุม การสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.
- (2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคล และหน่วยงานภายนอก.
- (3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่ลับหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษา ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย. การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:
 - การกำหนดคู่มือลิธิบันทึกในเวชระเบียน;
 - การใช้ลักษณะและคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;
 - การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยเวลา;
 - การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัวตقطการที่เป็นมาตรฐาน;
 - การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา และเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม;
 - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจนิจฉัย;
- เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา;
- เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.

- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกรหัสและจัดทำด้วยเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน:

- มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม;
- มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้;
- มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่;
- ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:

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

(3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเที่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.

(4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:

- การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุตัวผู้ป่วย;
- สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- ประเมินความเหมาะสมสมของ การดูแลรักษา;
- ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

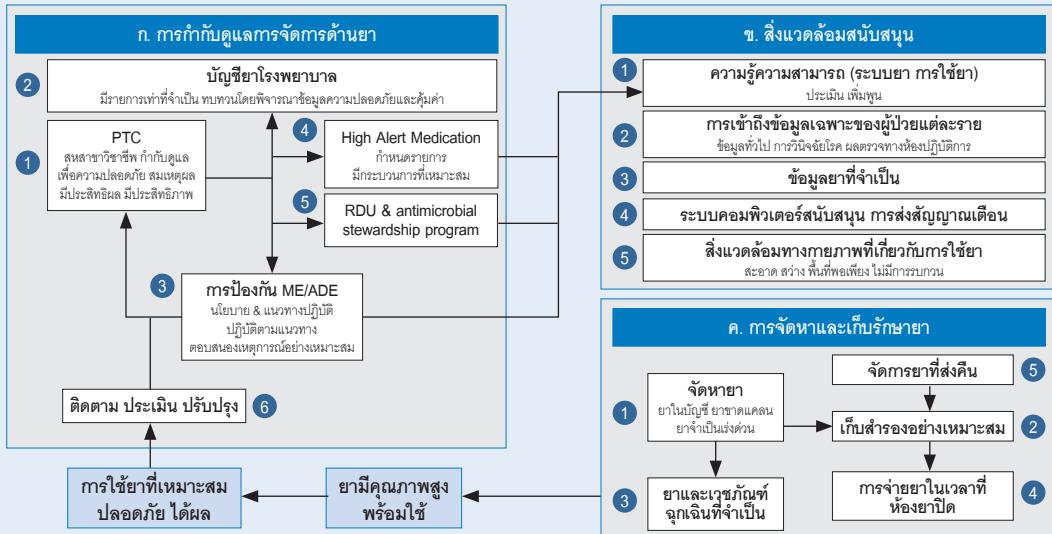
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-6

ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

II-6.1 การกำกับดูแลและส่งแวดล้อมสนับสนุน (Oversight and Supportive Environment)

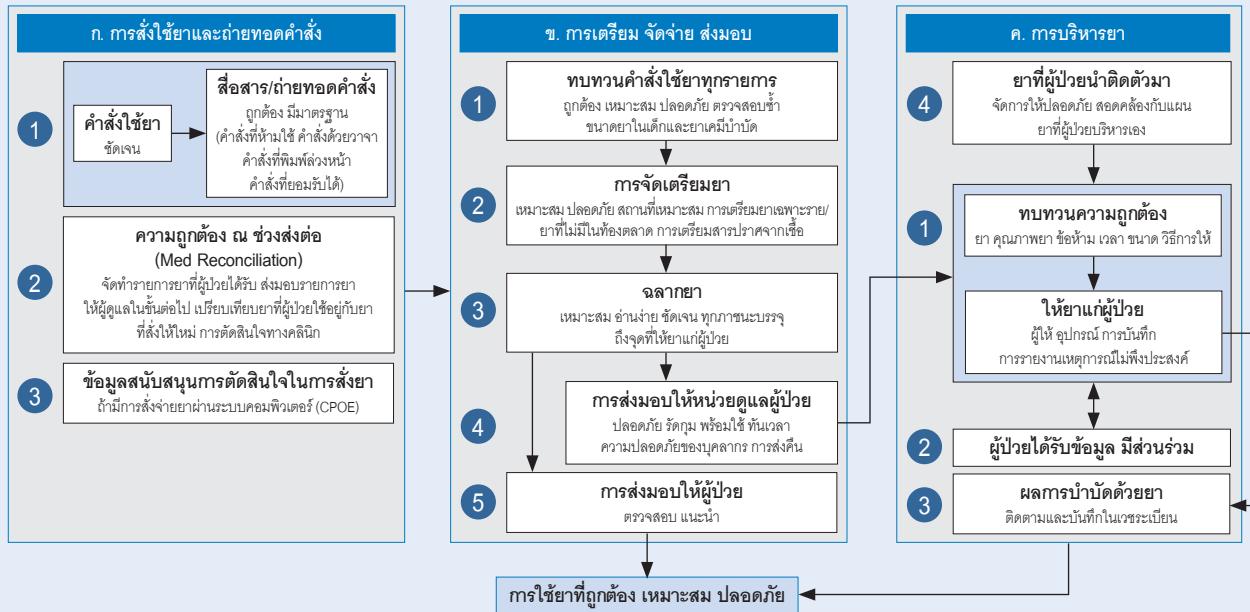
องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการเมียที่มีคุณภาพสูง พร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและส่งแวดล้อมสนับสนุน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดดังต่อไปนี้
สั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

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) จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการเท่าที่จำเป็น³². มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการ

³¹ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่ลดลงกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

³² การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิผล ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

กำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง³³ และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น³⁴.

- (3) องค์กร (โดย PCT) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา³⁵ แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.
- (4) องค์กร (โดย PTC) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง³⁶ และลร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง

³³ มาตรการความปลอดภัย เช่น แบบฟอร์มล้างยามาตรฐาน แนวทางการล้างใช้ยา ระบบตรวจลอง ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บวัสดุยา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

³⁴ กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดทำโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

³⁵ นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำลั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา การป้องกันการล้างใช้คุ้ยยาที่มีอันตรายรุนแรง การล้างเสริมการใช้ชื่อสารมักทายยา

³⁶ ยาที่ต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (high-alert medication) เป็นยาที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาสูง อาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาทางวิสัยสูญ ยาที่มีเชื้อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา ล้างใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.

- (5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อลดลงเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.
- (6) องค์กร (โดย PTC) ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา³⁷ การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป³⁸ การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น³⁹.
- (3) มีข้อมูลยาที่จำเป็น⁴⁰ ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะล้างใจ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการลงทะเบียนข้อมูลเดือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรายร้ายแรง ภาระแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการเปลี่ยนแปลงตามลัญญาณเตือนเมื่อข้อบ่งชี้.
- (5) การล้างใจ คัดลอกคำล้าง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในลิ้งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีการบ่นกวน.

³⁷ ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

³⁸ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวนขนาดยา

³⁹ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

⁴⁰ เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การจัดหายาและเก็บรักษาฯ

- (1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัจจัยยาขาดแคลน⁴¹ และยาที่จำเป็นเร่งด่วน⁴².
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว⁴³ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถหักกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีเชื้อพ้องมองคล้าย ยานอนต์เดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นลังส่วน. ไม่มีการเก็บสารอีเล็กทรโอล์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด แก๊สและสารละลายที่ระเหยง่ายลำบากการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายน้ำอากาศได้ดี.

⁴¹ การจัดการกับปัจจัยยาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การลือสารกับผู้ล่วงใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

⁴² การจัดหายาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เชื้อรุ่น หรือยาอื่นๆ ท่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดหน้าในสถานการณ์ภัยพิบัติ

⁴³ การสร้างความมั่นใจว่ามีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมุดอยุทธีหรือยาเลื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลลังแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) มีการจัดให้มียา และ/หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุม⁴⁴ และดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทบทวนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.
- (4) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด.
- (5) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์ล้างหยุดใช้.

⁴⁴ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของการบริการทั้งหมด ตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง

(1) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการลือสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:

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

(2) มีการจัดวางกระบวนการที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

- พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ⁴⁵ อาย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการการนี้ในทุกจุดของ การให้บริการ;
 - ส่งมอบรายการของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอน ถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ลงต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ลงผู้ป่วยมาตรว ที่ตึกผู้ป่วยนอก);
 - เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่ล้างให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น ลังช้า ไม่เข้า กับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรายร้ายระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในการณ์ที่มีการล้างจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบตั้งกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วย สนับสนุนการตัดสินใจในการล้างใช้ยา.

ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

(1) มีการทบทวนคำล้างใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัย ก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบช้า สำหรับ การคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด. เกลัชกรติดต่อกับผู้ล้างใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.

⁴⁵ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการ监督管理อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาลำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้เครื่องปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลักเลี้ยงการล้มผัลยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท⁴⁶. มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.
- (4) มีการล่อมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่ล้มผัลยาเคมีบำบัด และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.
- (5) การล่อมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยา ก่อนที่จะล่อมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม⁴⁷.

⁴⁶ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

⁴⁷ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคน ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูบพ่น

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การบริหารยา

- (1) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณลักษณะเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบช้าโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ด้วยวิชาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้อาจรวมถึงชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และสิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ตามความเหมาะสม).
- (3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.
- (4) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

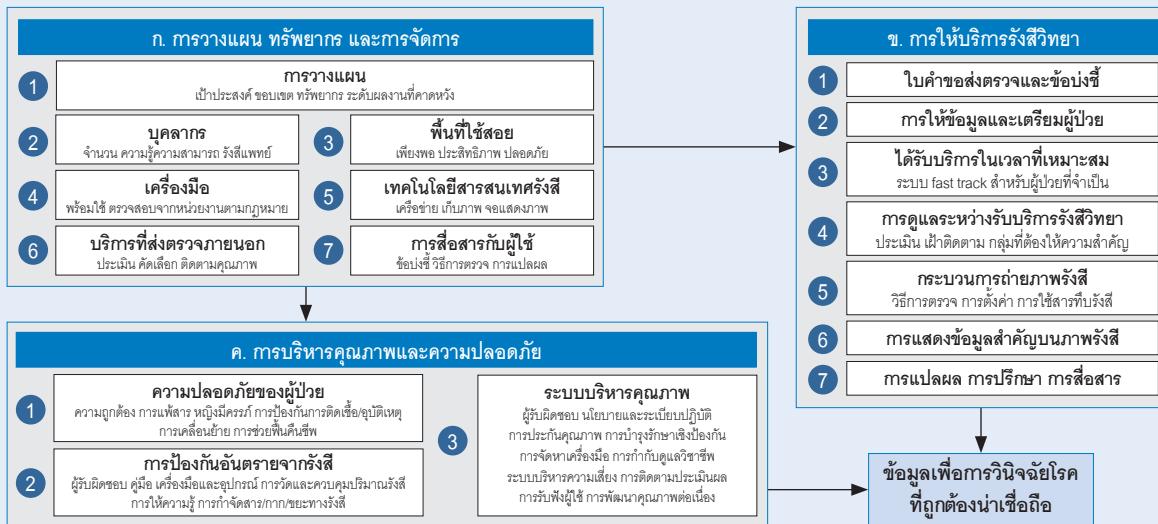
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7

การตรวจดูแลเพื่อการวินิจฉัยโรค⁴⁸ และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

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

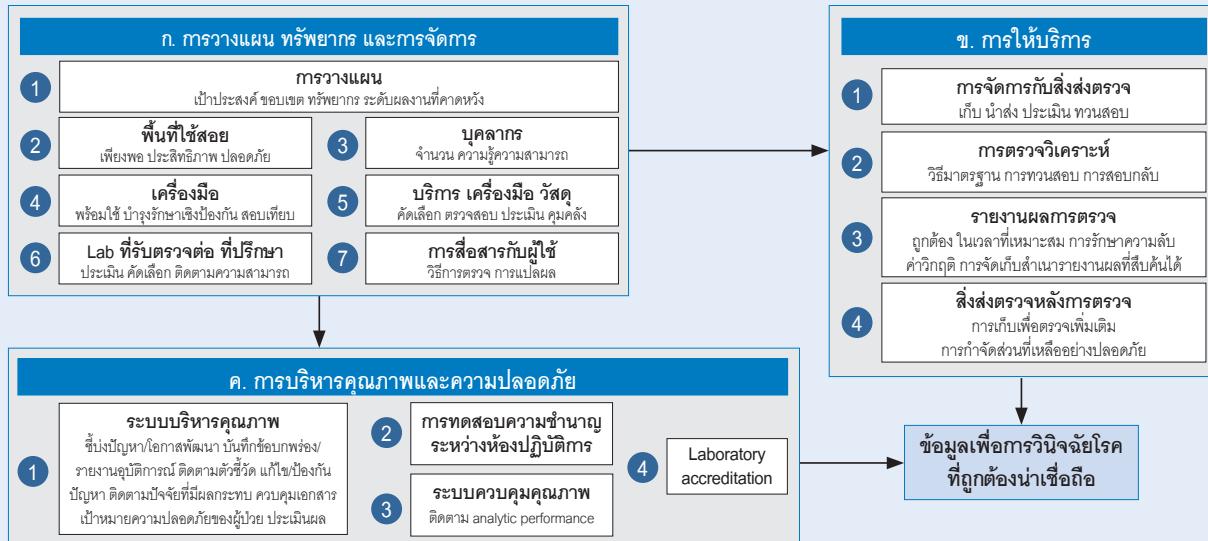
บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติงานการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory / Clinical Pathology Servicee)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.3 พยาธิวิทยาการวินิจฉัย (Anatomical Pathology)

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานพยาธิวิทยาการวินิจฉัย
ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ສภากาชาดไทย

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

1

การจัดการผู้ป่วย
ประเมินก่อนตรวจ เตรียมผู้ป่วย ให้ข้อมูล
ให้ลงนามยินยอมในบริการที่มีความเสี่ยงสูง

2

แปลผลโดยผู้มีคุณวุฒิ
การบันทึก การสื่อสาร

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (DIN.1)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่ลอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ⁴⁹ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์ อื่นๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

49 ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁵⁰.
- (4) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการ ให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด⁵¹.
- (5) มีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ⁵².
- (6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.
- (7) มีการล่อสารที่ดักกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างลम្អาเลmo และด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้ง การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

⁵⁰ พื้นที่ใช้สอย ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้: การป้องกันอันตรายจากรังสี การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน การแยกพื้นที่รอ泊สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันต์รังสี และป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย

⁵¹ การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ในอนุญาตผลิต มไวในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานประมาณจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานประมาณเพื่อสันติ

⁵² เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการถูกคืนข้อมูล (3) จօแลสตงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากการเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การให้บริการรังสีวิทยา

- (1) มีเป้าหมายของส่วนตรวจรักษาทางรังสีจักษุแพทย์ผู้ล่งตรวจ. คำขอส่วนตรวจจะระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ. การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.
- (2) มีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย. มีระบบ fast track สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในระหว่างได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับ ผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยหลังผิดยา.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้รับบริการได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดท่า การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสม ตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบแสง (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (6) มีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี⁵³. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.
- (7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) มีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ขณะให้บริการรังสีวิทยา: การระบุผู้ป่วย อย่าว่าจะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ, การแพ้ลาร์ทีบรังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในลตรีมิครรฟ., การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยพื้นศีนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (2) มีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี⁵⁴, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอดตามความจำเป็น⁵⁵, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี, การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสีจากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) มีระบบบริหารคุณภาพ ประกอบด้วย: ผู้รับผิดชอบระบบ, เอกสารนิยามและคู่มือการปฏิบัติงาน, ระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์, การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน พร้อมทั้งบันทึกประวัติ, แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดทำและทดสอบแผนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์, ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ, การบริหารความเสี่ยง (ดู II-1.2), การติดตามและประเมินผลระบบงาน, การรับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน จากผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน, แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

⁵⁴ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสี วินิจฉัย โรงพยาบาลลังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (DIN.2)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง⁵⁶.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขตและสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสมและໄสใจต่อลิ้งแวดล้อมที่อาจลงผลกระทบต่อการตรวจทดสอบ⁵⁷.
- (3) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

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

⁵⁷ ลิ้งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ผู้ลະອอง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการลั่นสะเทือน

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจทดสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย⁵⁸ โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการลอกเก็บ เทียบ และการใช้ผลการลอกเก็บเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) มีการคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการ ที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อรวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดลองบางอย่าง.
- (7) มีการสื่อสารที่ได้กับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

⁵⁸ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จลนิชพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้ง การกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การให้บริการ

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี ได้แก่ การจัดเก็บ การล้มเหลว ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การซึ้ง การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของ สิ่งส่งตามมาตรฐาน. สามารถทดสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวัดได้.
- (2) มีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐาน ที่เหมาะสมซึ่งได้รับการทวนสอบ (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verify) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) มีการลงมือบผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษา ความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่ สามารถลืบค้นได้.
- (4) มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์ เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

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

- การซื้อปั้นปั่น/โอกาสพัฒนา;
- บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
- การติดตามตัวชี้วัดลำดับ;
- การแก้ไข/ป้องกันปัจจุบัน;
- การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพทั้งในขั้นตอนก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์;
- การควบคุมเอกสาร;
- เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย;
- การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ.

(2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการหรือจัดให้มีระบบประเมินความนำเชื่อถือของ การตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัจจุบันทั้งหมดที่พบรจาก การทดสอบความชำนาญ หรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

- (3) ห้องปฏิบัติการวางแผนระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางแผนระบบควบคุมภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) ลูกาเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-7.3 พยาธิวิทยาการวิภาค (DIN.3)

- (1) องค์กรนำมารฐานพยาธิวิทยาการวิภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (DIN.4)

- (1) องค์กรนำมารฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ສภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (DIN.5)

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

⁵⁹ สรุปสิ่งที่พบ ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ลงทะเบียน ผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

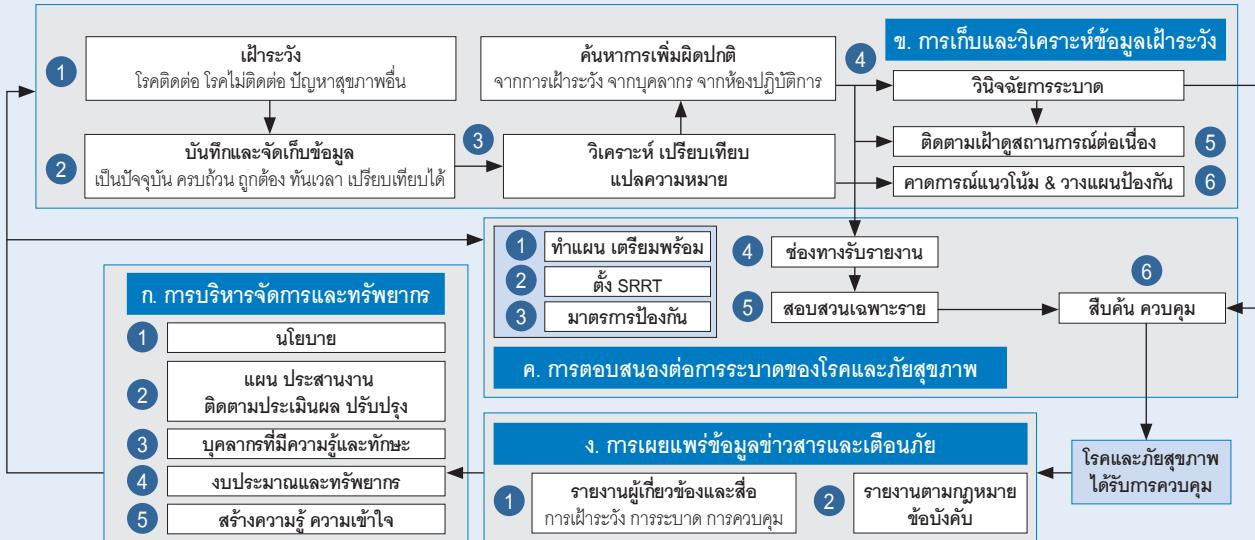
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-8

การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรมีความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติ อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร⁶⁰ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงานติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ในจำนวนที่เหมาะสม.
- (4) มีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

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

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง

- (1) มีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.
- (2) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มืออยู่เดิมได้.
- (3) มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แบลคความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้ชีวีการทางระบบวิทยา.
- (4) มีการค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค⁶¹ ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิก และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.
- (5) มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.
- (6) มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

⁶¹ การระบาด แบ่งได้เป็นเป็น 2 ลักษณะ

- (1) *Epidemic* หมายถึง การเกิดโรคมากผิดปกติเกินกว่าจำนวนที่เคยมีในช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีก่อนๆ ($mean + 2 S.D.$) มักเกิดกับโรคที่พบบ่อยๆ เป็นโรคประจำถิ่น เช่น การระบาดของโรคหัด
- (2) *Outbreak* หมายถึง โรคที่มีผู้ป่วยตั้งแต่ 2 รายขึ้นไปในระยะเวลาอันลั้น หลังจากร่วมกิจกรรมด้วยกันมา (common activity) มักเกิดกับโรคที่พบประปราย แต่จำนวนไม่มาก (sporadic disease) เช่น การระบาดของอาหารเป็นพิษ ในกรณีที่เป็นโรคติดต่ออันตรายซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชนนั้นมาก่อน หรือเคยเกิดมานานแล้วและกลับมาเป็นอีก ถึงแม้ผู้ป่วยเพียง 1 รายก็ถือว่าเป็นการระบาด

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

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

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

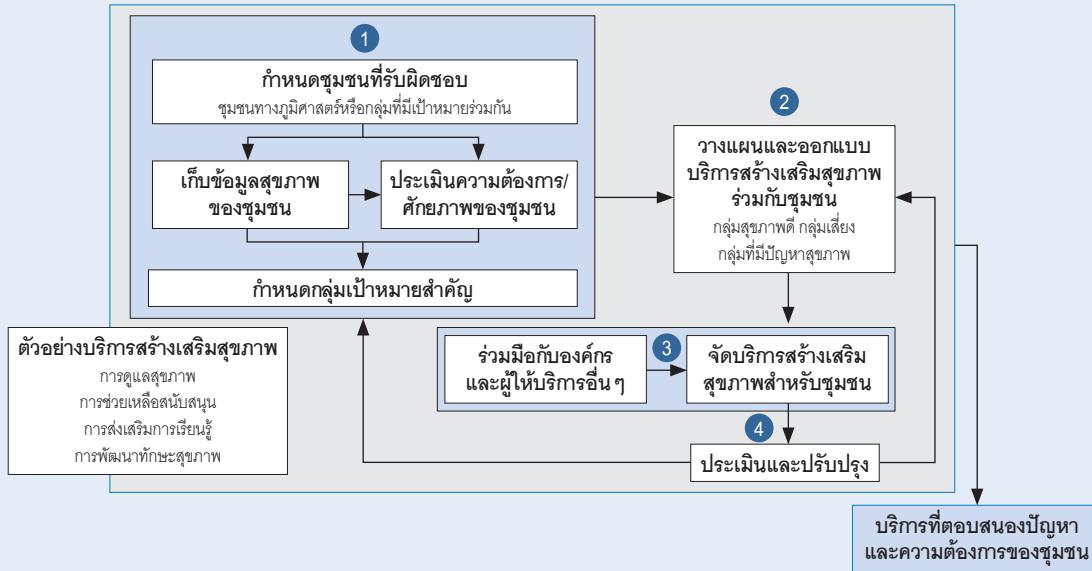
- (1) มีการจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (2) มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ กฎหมายมีระหว่างประเทศ และกฎหมายปัจจุบันอื่นๆ.

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Community)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของชุมชน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.



ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

องค์กรร่วมกับชุมชน⁶² จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของชุมชน.

- (1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ และค้ายาพของชุมชน⁶³ และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ⁶⁴ ที่ตอบสนองความต้องการและปัจจัยของชุมชน.
- (3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน.
- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

⁶² ชุมชน อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความลัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

⁶³ การประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

⁶⁴ บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรล่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่าย ของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร⁶⁵ ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ล่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ล่งเสริมการพัฒนาพัฒนารูปแบบและทักษะสุขภาพของบุคคล⁶⁶ และครอบครัว.
- (4) องค์กรล่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ⁶⁷ และทางสังคม⁶⁸ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการซึ้งแนะนำและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความลัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง.

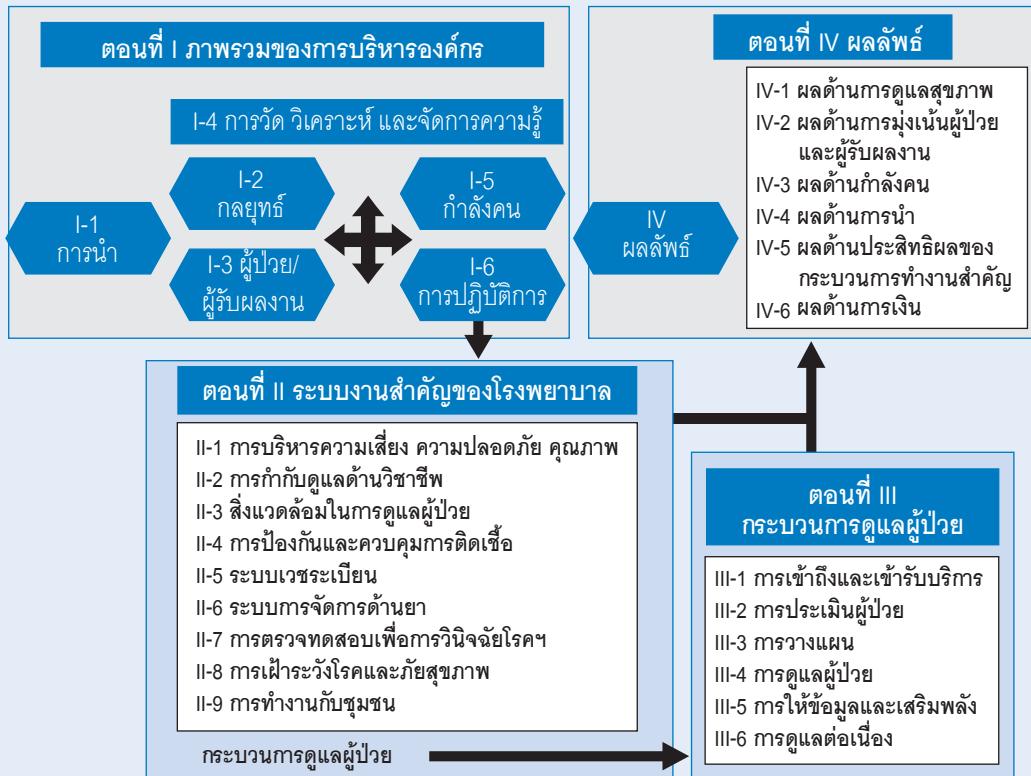
⁶⁵ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

⁶⁶ พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลัง การผ่อนคลาย อาหาร) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

⁶⁷ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดลิ่งปันเนื้อท้องทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่น ละอองในอากาศ สารพิษ หรือสารตกค้างในอาหาร เสียง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมเพื่อสันหนทาง การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

⁶⁸ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม) การสร้างเครือข่ายทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ล่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



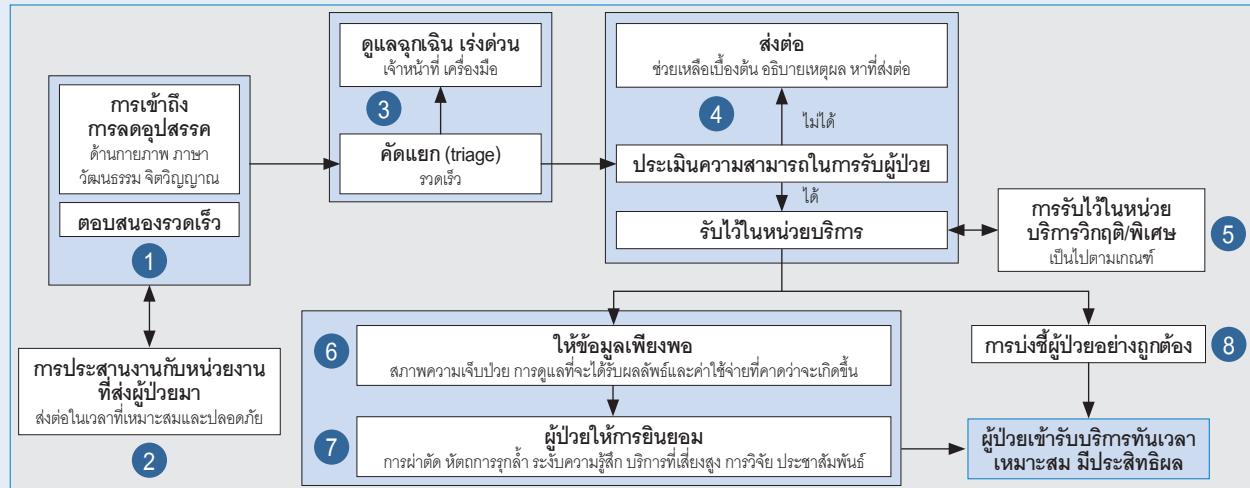
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1

การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและลังแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

- (1) ชุมชนสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็น. ทีมผู้ให้บริการพยายามลดอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ในด้านภาษา ภูมิศาสตร์ วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และอุปสรรคอื่นๆ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองต่อผู้รับบริการอย่างรวดเร็ว. ระยะเวลาครอบคลุมเพื่อเข้ารับบริการเป็นที่ยอมรับของชุมชนที่ใช้บริการ.
- (2) มีการประสานงานที่ต้องระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ลังผู้ป่วยมา⁶⁹ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.
- (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มีคักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.
- (4) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดได้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.

⁶⁹ เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจนครบาล หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

(5) การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

(6) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับ:

- สภาพการเจ็บป่วย;
- การดูแลที่จะได้รับ;
- ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.

องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ และมีเวลาพิจารณา ที่เพียงพอ ก่อนจะตัดสินใจ.

(7) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะจัดให้บริการ หรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม. บริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอม ได้แก่:

- การทำผ่าตัดและหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้ลับในระดับ ปานกลาง/ระดับลึก;
- บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
- การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;
- การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขต ที่ให้ความยินยอมไว้.

(8) องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติตามแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.

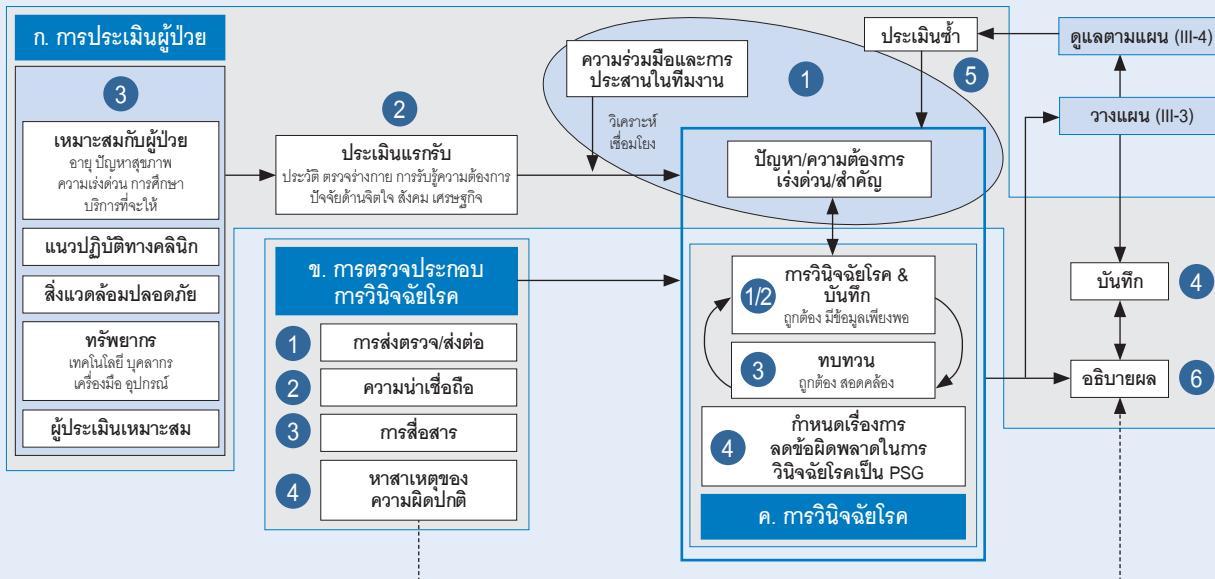
ຕອນທີ III ກະບວນກາຮູ້ແລ້ວຜູ້ປ່ວຍ

III-2

การประเมินพัฒนา (ASM)

III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน. ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติลุขภาพ;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - **ความชอบล้วนบุคคลของผู้ป่วย⁷⁰;**
 - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ.

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

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้ลิสต์แอลล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ⁷¹. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินขั้นตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

๙. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

- (1) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็นตามศักยภาพขององค์กร หรือได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่น ในเวลาที่เหมาะสม.
- (2) มีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค โดยพิจารณาเปรียบเทียบกับลักษณะของผู้ป่วย.
- (3) มีระบบลือสารและบันทึกผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่มีประสิทธิผล ทำให้มั่นใจว่าแพทย์ได้รับผลการตรวจในเวลาที่เหมาะสม. ผลการตรวจสามารถสืบค้นได้ง่าย ไม่สูญหาย และมีการรักษาความลับอย่างเหมาะสม.

⁷¹ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ควรพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

(4) มีการอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย. มีการพิจารณาการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ.

ค. การวินิจฉัยโรค

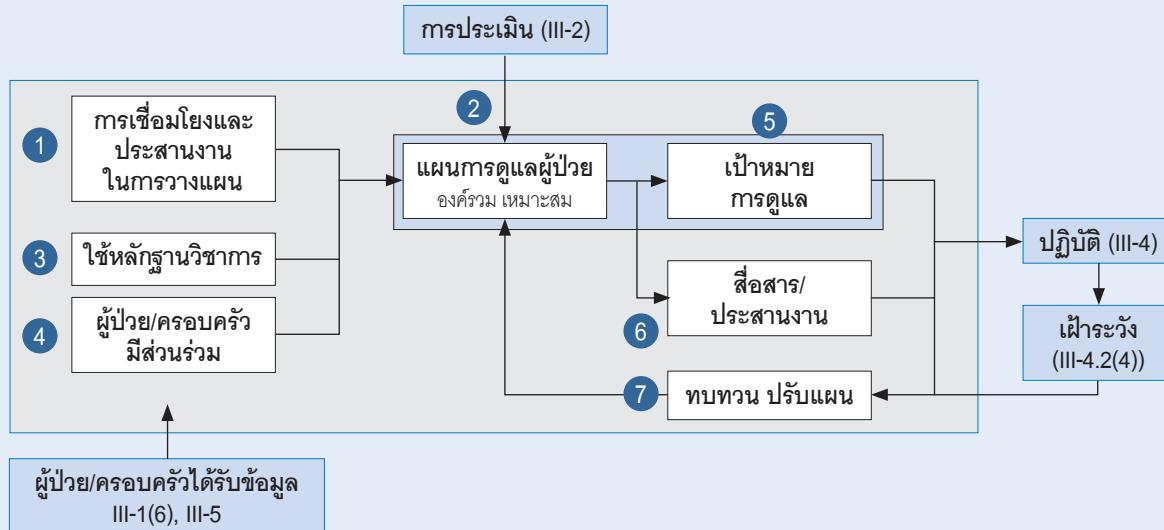
- (1) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอที่สนับสนุนการวินิจฉัย.
- (2) มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้ และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม.
- (3) มีการทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของ การวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ.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

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3 การวางแผน (PLN)

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

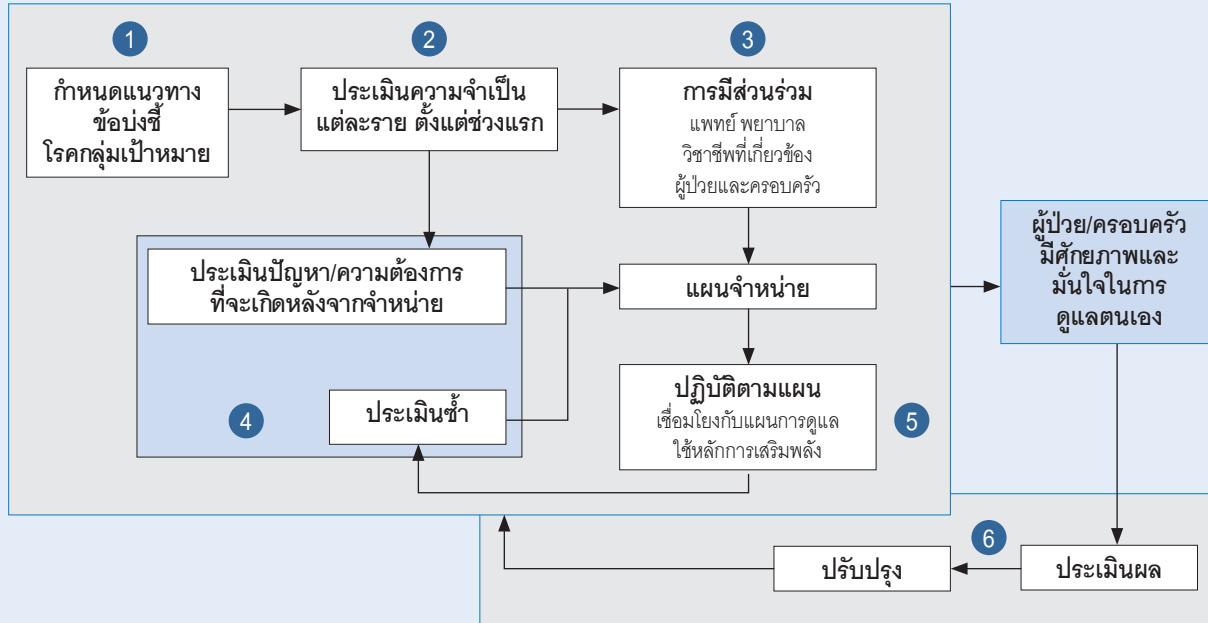
ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา / ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3.2 การวางแผนจำนวนน่าย (Discharge Planning)

มีการวางแผนจำนวนน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำนวนน่ายออกจากโรงพยาบาล.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

- (1) การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ.
- (2) แผนการดูแลผู้ป่วยตอบสนองอย่างครบถ้วนต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมิน.
- (3) มีการนำหลักฐานวิชาการหรือแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย.
- (4) ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล.
- (5) แผนการดูแลผู้ป่วยมีการระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ (ครอบคลุมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว) และบริการที่จะให้.
- (6) มีการลีสlar/ประสานงานระหว่างสมาชิกของทีมผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำแผนการดูแลผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลในเวลาที่เหมาะสม. สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ.
- (7) มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้จากสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-3.2 การวางแผนจ้างหน่าย (PLN.2)

มีการวางแผนจ้างหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจ้างหน่ายออกจากองค์กร.

- (1) มีการกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจ้างหน่าย.
- (2) มีการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจ้างหน่ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ช่วงแรกของการดูแลรักษา.
- (3) แพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนจ้างหน่าย.
- (4) มีการประเมินและระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจ้างหน่าย และประเมินช้าเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล.
- (5) มีการปฏิบัติตามแผนจ้างหน่ายในลักษณะที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง.
- (6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจ้างหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)

III-4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

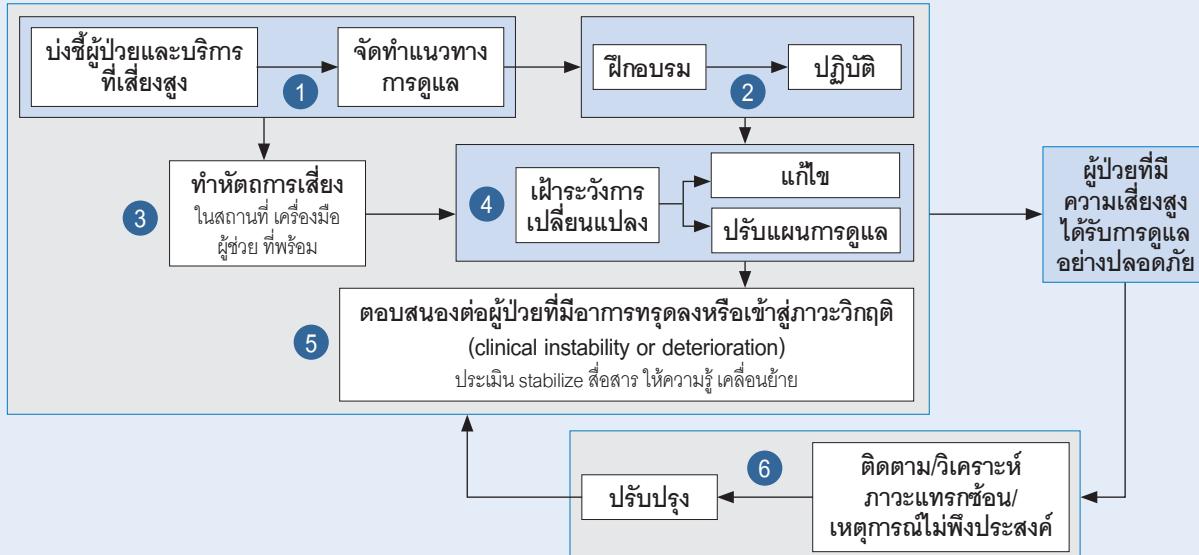
ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

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

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. กระบวนการรักษา

1

การประเมินผู้ป่วย

ค้นหาความเสี่ยง วางแผนเบริกษาผู้ป่วยราย

2

การเตรียมผู้ป่วย/ญาติ

ได้รับข้อมูล มีส่วนร่วมในการเตรียมวิธีการ
เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ

3

กระบวนการรับน้ำหนัก

ราบรื่น ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคลากรที่มีคุณภาพ

4

กระบวนการเสริม

ติดตามและบันทึกระหว่างรับความรักษาและรอที่นี่
เตรียมพร้อมแก้ไขภาวะอุบัติเหตุ
จำหน่ายยาจากใบเรียนรู้พื้นความภัยฯ

5

เครื่องมือ วัสดุ ยา

ตามท่องรู้วิชาชีพแนะนำ

ข. การผ่าตัด

1

แผนการผ่าตัด

บันทึกแผนและการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
ประเมินความเสี่ยง & ประสานผู้เกี่ยวข้อง

2

ให้ข้อมูลผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ตัดสินใจแทน

ความจำเป็น ทางเลือก ความเสี่ยง

3

การเตรียมผู้ป่วย

ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ

4

การป้องกันการผ่าตัดผิด

ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัวตัดการ

5

สิ่งแวดล้อมในการดูแลและผ่าตัด

มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย

6

การบันทึกรายละเอียดการผ่าตัด

ในเวลาที่เหมาะสม เพื่อการฟื้อร่างกายดูแลต่อเนื่อง

7

การดูแลหลังการผ่าตัด

เหมาะสมกับผู้ป่วยและการผ่าตัด

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ค. อาหารและโภชนาบัด	
1	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับอาหารเที่ยงวัน คุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ ป้องกันความเสี่ยง
2	ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ประเมิน วางแผน ให้กារสนับสนุน
3	การให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ มุ่งให้เข้าใจคุณค่าวัตถุเพื่อประโยชน์สูงสุด เช่นแนะนำให้กินอาหารให้เหมาะสมกับโรค
4	การผลิต จัดเก็บ ส่งมอบอาหาร การจัดการปัญหาชนิด ของเสีย เศษอาหาร เป็นไปตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป ป้องกันการปะเมี้ยน การฝังเสี้ย กาฬแพะเชื้อโรค

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
1	ตรรหนักในความต้องการของผู้ป่วย
2	ประเมิน/ประเมินร้า อาการ การตอบสนองต่อการดูแล ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
3	การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต บรรเทาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/ จิตวิญญาณ ผู้ป่วย/ครอบครัวร่วมด้วยสิ่งใด

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ	
1	ประเมิน → วางแผน ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
2	การฟื้นฟูสภาพ ยกเว้นช่วงระยะเวลาฟื้นตัวของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การฟื้นฟูงาน เช่น คุณภาพชีวิต
3	มาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	
1	เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน บริการฟอกเลือดตัวยังเดียวที่ได้รับการรับรอง

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

- ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.
- (1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกๆ บริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
 - (2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาด สวยงาม และความสะอาด การป้องกันอันตราย/ความเครียด/เสียง/ลิ่งรับกวนต่างๆ.
 - (3) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและปลอดภัย.
 - (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ในลักษณะของครัวเรือน ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.
 - (5) มีการสื่อสารและเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล.

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เทมาส ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ผู้ป่วย⁷² และบริการ⁷³ ที่มีความเสี่ยงสูง และร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงตั้งแต่ล่าม.
- (2) บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาสู่การปฏิบัติ.
- (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ต้องทำในสถานที่ที่เทมาส มีความพร้อมทั้งด้านเครื่องมือและผู้ช่วยที่จำเป็น.
- (4) มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเทมาส กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย⁷⁴ และดำเนินการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาได้ทันท่วงที.

⁷² ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย ผู้ลุงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ลับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

⁷³ บริการที่มีความเสี่ยงสูง อาจจะเป็นบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อรักษาภาวะที่คุกคามต่อชีวิต รวมชาติของภารกษาที่มีความเสี่ยงหรือบริการที่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การฟอกเลือด การช่วยพื้นคืนชีพ การใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด การใช้เครื่องผูกยึด การให้ยาเพื่อให้หลับลึก (moderate and deep sedation)

⁷⁴ เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น ภาพบันทึกกล้องชีพที่มีແບลีแสลดงถึงระดับลัญญาชีพที่ต้องมีการทบทวน (ແບลีเหลือง) หรือมีการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (ແບลีแดง) ดูตัวอย่าง SAGO (Standard Adult General Observation) chart ของออลเตอร์เลีย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (5) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ มีความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญก้าวมาช่วยทีมผู้ให้บริการอย่างทันท่วงทีในการประเมินผู้ป่วย⁷⁵ มีการช่วย stabilize ผู้ป่วย มีการลือสาร การให้ความช่วยและการย้ายผู้ป่วยถ้าจำเป็น.
- (6) ทีมผู้ให้บริการติดตามและวิเคราะห์แนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย.

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

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก (ถ้าเป็นไปได้). ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.
- (4) มีการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและในช่วงรอพื้นอย่างครบถ้วน. มีการเตรียมความพร้อมเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉิน⁷⁶ ระหว่างการระงับความรู้สึกและระหว่างรอพื้น. ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากบริเวณรอพื้นโดยผู้มีคุณวุฒิ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.

⁷⁶ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขั้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

(5) มีการใช้เครื่องมือ วัสดุ และยาตามที่องค์กรวิชาชีพด้านวิสัยภูมิแนะนำ.

ข. การผ่าตัด

- (1) มีการวางแผนการดูแลรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยทั้งหมดมาพิจารณา. มีการบันทึกแผนการผ่าตัดและการวินิจฉัยโรคก่อนการผ่าตัดไว้ในเวชระเบียน. มีการประเมินความเสี่ยงและประสานกับผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ปลอดภัย.
- (2) มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย.
- (3) มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในการสนับสนุนผู้ป่วยและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า.
- (4) มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัวตอกการ.
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลและผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย⁷⁷.

⁷⁷ การดูแลและการผ่าตัดภายใต้สภาวะที่มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย หมายถึง การจัดแบ่งพื้นที่ การกำหนดการให้เรียนและการป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด การทำความสะอาดบริเวณห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด การทำความสะอาดเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัด และทำให้ปราศจากเชื้อ การเตรียมเครื่องมือ/อุปกรณ์/เจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย การดูแลระหว่างรอผ่าตัด การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ออกมานาจากผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (6) มีการบันทึกรายละเอียดการผ่าตัดในเวชระเบียนผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่าง
ทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา.
- (7) มีการติดตามดูแลหลังผ่าตัดที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยและลักษณะการทำหัตถการ.

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

- (1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ กับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมี
ระบบบริการอาหารที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ⁷⁸
ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.
- (2) ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือความเสี่ยงด้านโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนาบำบัด และ⁷⁸
ได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ.
- (3) มีการให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและ
ครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่.
- (4) การผลิตอาหาร การจัดเก็บ การลงมือ และการจัดการกับภาชนะ/อุปกรณ์/ของเลี้ยง/เศษอาหาร เป็นไป
อย่างปลอดภัยตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป เพื่อลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อน การนำเข้า การเกิดแหล่ง⁷⁸
พำนักระด ผลกระทบ และการแพร่กระจายของเชื้อโรค.

⁷⁸ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย
การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจล้าลักได้

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

๔. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- (1) บุคลากรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะเฉพาะ.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัว ได้รับการประเมิน/ประเมินช้า เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁷⁹.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

๕. การจัดการความปวด

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด (โดยครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง). เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.
- (2) ในกรณีที่คาดว่าการรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความปวดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความปวดนั้นล่วงหน้า. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด ดังกล่าวอย่างเหมาะสม.
- (3) ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมสมกับสภาพของผู้ป่วยและเป็นไปตามแนวทางการจัดการความปวด. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด.

⁷⁹ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเคารพในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ฉ. การพื้นฟูสภาพ

- (1) มีการวางแผนพื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) การพื้นฟูสภาพช่วยพื้นฟู ยกระดับ หรือยกระงไว้ ชั้นระดับที่เหมาะสมในการใช้งานของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึงตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย.
- (3) บริการพื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตราฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และความปลอดภัย. ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลต้องผ่านการตรวจรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.).

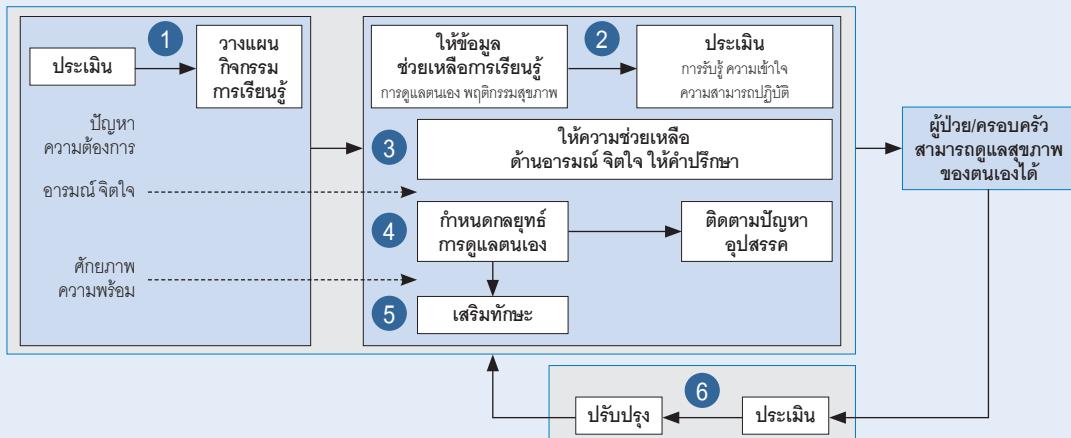
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-5

การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว (IMP)

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

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย / ครอบครัว ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกชั้นตอนของ การดูแล.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วย เพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ขีดความสามารถ ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเองและการมีพหุติกรรมลุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁸⁰ อย่างเหมาะสมกับปัญหา ทันเวลา มีความชัดเจน และเป็นที่เข้าใจง่าย⁸¹. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.

⁸⁰ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

⁸¹ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดกว้างและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษา ความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- (3) ทีมผู้ให้บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จิตใจและคำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁸².
- (4) ทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย⁸³ รวมทั้งติดตามปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง.
- (5) ทีมผู้ให้บริการจัดกิจกรรมเริ่มทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง.
- (6) ทีมผู้ให้บริการประเมินและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้และการเริ่มพลังผู้ป่วย/ครอบครัว.

⁸² การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยายการที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

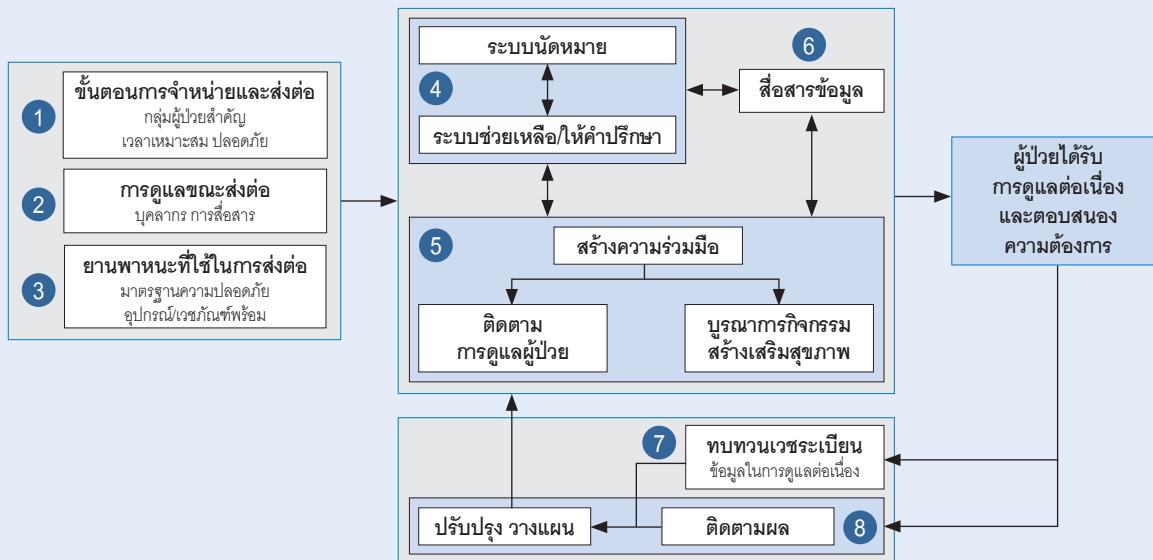
⁸³ การกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.



ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

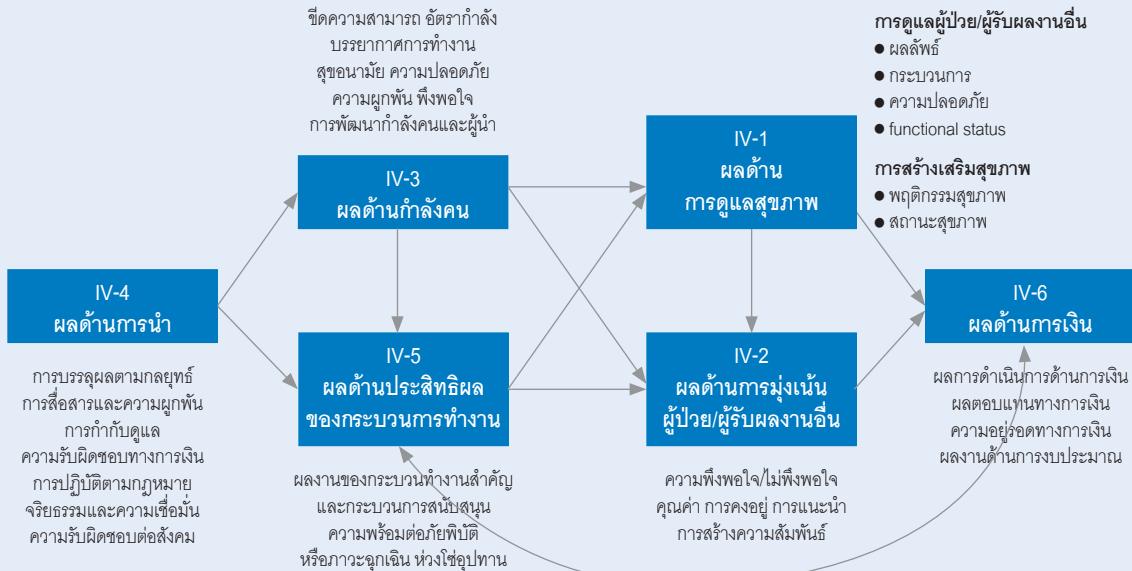
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

- (1) องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.
- (2) การดูแลขณะส่งต่อ ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสม.
- (3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.
- (4) มีระบบันดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้. มีระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตามความเหมาะสม.
- (5) องค์กรสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพ องค์กร ชุมชน และภาคล้วนอื่นๆ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในกระบวนการดูแลผู้ป่วย.
- (6) มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่อง ทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย.
- (7) มีการบททวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลสำหรับการดูแลต่อเนื่อง.
- (8) มีการติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าความต้องการของผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง และนำผลการติดตามมาใช้ปรับปรุงและวางแผนบริการในอนาคต.

ตอนที่ IV พลังสรรค์

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



ตอนที่ IV ผลลัพธ์

IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)

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

IV-2 ผลด้านการบุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความล้มเหลวกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น.

⁸⁴ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากภารวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรจะมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งลงทะเบียนประจำเดือน สำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

IV-3 ផលដាតការកំលែងគ្រប់ (WFR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับអំពីរាកំលែងការវក្សាទីផ្លូវ និងទักษะទីមេនាមសម្រាប់ប្រើប្រាស់ការកំលែងគ្រប់។
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุបันនិងแนวโน้มនៃតัวមិនីតុលាការ សូមនឹងការកំលែងគ្រប់។
- (3) องค์กรแสดงដើម្បីការកំលែងគ្រប់។
- (4) องค์กรផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃការកំលែងគ្រប់។

IV-4 ផលដាតការបាន (LDR)

- (1) องค์กรแสดงដើម្បីការប្ររលិយតាមការប្រព័ន្ធនិងរបៀបពិនិត្យការកំលែងគ្រប់។
- (2) องค์กรផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃការកំលែងគ្រប់។
- (3) សម្រាប់ការកំលែងគ្រប់ ត្រូវបានរៀបចំជាប្រព័ន្ធ និងរៀបចំការកំលែងគ្រប់។

⁸⁵ ផលខ្លួននៃការកំលែងគ្រប់។

ตอนที่ IV ผลลัพธ์

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

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR)

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

IV-6 ผลด้านการเงิน (FNR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งตัววัดด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านการใช้งบประมาณ.

ภาคพนวก 1

Scoring Guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	ติดตามตัววัดที่สำคัญ ตรงประเด็น และครบถ้วน 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 โดย ระดับความคาดหวังสำหรับการใช้มาตรฐานที่เกิดคุณค่าต่อองค์กรและผู้รับบริการคือคะแนนตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป (ส่วนเกณฑ์ในการตัดสินรับรองนั้นจะขึ้นกับการประภาคของคณะกรรมการในแต่ละช่วงเวลา) หากมีการหมุน วงล้อ PDSA อย่างต่อเนื่องก็จะทำให้กระบวนการและผลลัพธ์ขององค์กรค่อยๆ ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

สำหรับการให้คะแนนในส่วนของผลลัพธ์นั้น จะเห็นว่ามุ่งเน้นที่การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัววัดที่องค์กรใช้ได้ตามเป็นลำดับ โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องติดตามตัววัดที่สำคัญและตรงประเด็นให้ครบถ้วน แม้ว่าผลลัพธ์จะยังไม่ดีแต่หากมีการนำผลการวิเคราะห์ไปกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาและดำเนินการพัฒนา ก็เป็นที่ยอมรับได้ หากพัฒนาแล้วมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ระดับคะแนนก็จะเพิ่มจาก 3 เป็น 4

การใช้ scoring guideline สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มิใช่เพียงคาดหวังเพียงคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น การใช้มาตรฐาน HA จึงจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

ภาคพนวก 2

Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผลผลลัพธ์ของ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการ ประยุกต์แนวคิด TQM การஸະສນหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาพัฒนา กับ ข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ใน ทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้

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

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลอย่างแท้จริง ได้แก่ individual commitment, team work, customer focus

การพัฒนาคุณภาพตามบันได 3 ขั้นสู่ HA ได้ข้อสรุปของหลักคิดในบันไดขั้นที่ 1 ว่า ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ขยายบททวน และหลักคิดในบันไดขั้นที่ 2 ว่า เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่าเบ็ดเตล็ด

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

เมื่อผลมุ่งมั่นหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด ดังนี้

1. **ทิศทางนำ:** 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. **พาร์เทอร์:** learning, empowerment

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

1. ทิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership

คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์ นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมาร่วมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ทำอย่างไร

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

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

1.2 Systems Perspective

คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ เห็นการเชื่อมต่อภายใน

การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล

การพิจารณางานรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบลงทะเบียนกลับ

ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กร
ลับสน อ่อนล้า

ทำอย่างไร

- ลังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร เป้าหมายเชิง
กลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน
- มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ ตัววัด และกิจกรรม
ต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
- บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบและระบบต่างๆ ขององค์กรเข้าด้วยกัน

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

1.3 Agility

คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น

การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว

การปรับตัวที่ว่องไวคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

ทำอย่างไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานที่จำเป็น
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหดัย ให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงตัวเองฯ

2. ຜູ້ຮັບຜລ

2.1 Patient and Customer Focus

ຄືອະໄຈ

ສນອງຄວາມຕ້ອງການ ໃຊ້ມາຕຽບສູງານວິຊາສຶກ ເພື່ອພລລັບພົມທີ່ດີ

ຜູ້ຮັບຜລງານມີທີ່ເພື່ອນຮ່ວມງານຂຶ້ນເປັນຜູ້ຮັບຜລງານກາຍໃນ ແລະຜູ້ປ່າຍ ດຣອບຄວ້າ ໄລາ ທີ່ເປັນຜູ້ຮັບຜລງານກາຍນອກ
ທໍາມໄມ

ໜ້າທີ່ຫລັກຂອງຮະບບບຣິກາຮສຸຂພາກຄືອການມີສຸຂພາດີຂອງປະຊາຊົນ ດຣອບຄວ້າ ຊຸມຊນ

ທໍາອຍ່າງໄຮ

- ຮັບຮູ້ປໍ່ໝາຍ/ຄວາມຕ້ອງການ ທີ່ຈະດັບນຸ່ມຄລ ກລຸມໂຣກ ທົ່ວໄປ ຊຸມຊນ
- ຕອບສອງ ໃຫ້ບຣິກາຮທີ່ຕຽບປໍ່ໝາຍ ໄດ້ຜລ ປລອດກ່າຍ ໄລີຈ ເຄາຣພລິທີ/ຄັກດີຕົກ ໃຊ້ມາຕຽບສູງານວິຊາສຶກ
ດູແລດ້ວຍຄວາມຮະມັດຮະວັງ ດູແລໂຍ່າງເຕັມຄວາມສາມາຮັກ ເກົ່າໃຈເຂົາມາໄລໃຈເຈົ້າ
- ຮັບເລີຍສະຫຼອນ

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

2.2 Focus on Health

คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้

สุขภาวะ พบรู้ได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเลี้ยงชีวิต

ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียวกัน

ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกราย
- พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาวะ และการบำบัดรักษา
- ใช้แนวคิดสุขภาวะกำเนิด (salutogenesis)
- ฝึกอยู่กับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

2.3 Community Responsibility

คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลลูกภาพชุมชน

ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลลูกภาพชุมชนนอกเหนือจากการให้บริการในที่ตั้ง

ทำอย่างไร

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

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

3. คณทำงาน

3.1 Value on Staff

คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความลุขทำใหม่

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

ทำอย่างไร

- มีกลไกมิตร/ครรภ์ชา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร็วๆ กว่า
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลัง
- สถานคนทำงานว่า “อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง” และตอบสนอง

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

3.2 Individual Commitment

คืออะไร

คือการที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กร เป็นหลักในการทำงาน

ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน

คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

ทำอย่างไร

- แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ ระมัดระวัง เอื้ออาทร
- พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนากับผู้อื่น
- ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

3.3 Team Work

คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายใต้หน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

ทำไม

บริการลูกภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

ทำอย่างไร

- สร้างเครือข่ายความลัมพันธ์ มีความยึดหยุ่น การตอบสนอง การแลกเปลี่ยนความรู้
- ลง Lerim ให้เกิดความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการปฏิบัติงานประจำ
- ทำงานเป็นทีมเพื่อพัฒนาในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามโอกาสพัฒนาที่พบ
- มีกลไกภาพรวม กำหนดทิศทางการพัฒนา ติดตามกำกับการพัฒนาในกลุ่มผู้ป่วยหรือระบบงานหลัก โดยทีมหลักวิชาชีพหรือทีมครุ่มลายงาน
- ขยายไปสู่ความร่วมมือกับภายนอก

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

3.4 Ethical and Professional Practice

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ลังคอมความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการละเลยหรือ การปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับความรับผิดชอบ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมลงท้ายรับผู้ป่วย

ทำอย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกระบุภารกิจในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น
- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอ้าใจเขามาให้ใจเรา” หรือ “ดูแลดุจญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องปรามและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

การพัฒนาด้วยวิธีเดิมๆ ไม่อาจใช้การได้ผลอีกต่อไป

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ซัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและนวัตกรรม

ทำอย่างไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารล่ง Lerim ให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ล่ง Lerim การฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม
- ล่ง Lerim การสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

4.2 Management by Fact

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

ทำอย่างไร

- คัดเลือกและใช้ตัวชี้วัด ซึ่งจะท่อนลิงที่มีความสำคัญทางคลินิก สุขภาพของชุมชน และการบริหารจัดการขององค์กร โดยวัดอย่างสมดุลในทุกด้าน
- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาแนวโน้ม คาดการณ์ และดูความเป็นเหตุเป็นผล
- ประเมินและปรับเปลี่ยนตัววัดหรือตัวชี้วัดเพื่อให้เหมาะสมกับเป้าประสงค์ยิ่งขึ้น
- สร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในทุกระดับ

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

4.3 Continuous Process Improvement

คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยายเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

ทำไม

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น มีโอกาสทำให้เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเลื่อมอ

ทำอย่างไร

- วัดนวัตกรรมการค้นหาโอกาสพัฒนาและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ: บุคคล โครงการ หน่วยงาน องค์กร
- ใช้กลยุทธ์ในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่หลากหลาย เช่น การทบทวนผลงาน การรับฟังผู้รับผลงาน การเปรียบเทียบกับข้อกำหนด/มาตรฐาน มีทีมงานจากหลากหลายวิชาชีพมามองภาพรวม
- สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- สร้างกระบวนการเรียนรู้ควบคู่กับการพัฒนา

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

4.4 Focus on Results

คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของงาน/การพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ
ทำไม่

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน เชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมได้
การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความครวத化ต่อองค์กร
ทำอย่างไร

- วัดผลการดำเนินการขององค์กรโดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สำคัญ
- ใช้ตัววัดผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ร่วมกันอย่างสมดุล เพื่อสื่อถึงความสำคัญ ติดตามผลการดำเนินการ และนำไปสู่การปรับปรุงผลลัพธ์
- รักษาสมดุลของคุณค่าระหว่างผู้มีส่วนได้เสียสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ชุมชน ผู้จ่ายเงิน ธุรกิจ นักศึกษา ผู้ลงทะเบียนและพันธมิตร ผู้ลงทุน และสาธารณะ

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

4.5 Evidence-based Approach

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์

การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการซึ่งพิสูจน์ประสิทธิผลของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเชื่อมโยงความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจะเป็นลิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำรา ก็อาจล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

ทำอย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis
- นำศาสตร์ทางด้านระบบวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากรคุณภาพดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

5. พารียนรู้

5.1 Learning

គិចអេឡិចត្រូនិក

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของลีสิ่งมีชีวิตกับลีสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ
ทำไม่

ลั่งเมืองต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนลั่งเมืองต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด

- ให้การศึกษา ฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
 - เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม
 - ให้โอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้เกิดขึ้น
 - ปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน
 - ใช้กระบวนการคิดและผู้ป่วย การให้บริการ สถานที่ลึกลับล้อม สร้างการเรียนรู้

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

5.2 Empowerment

คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก่ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ทำไม

การเริ่มพัฒนาทำให้เกิดความรับผิดชอบ 透明 โปร่งใส มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง ขยายวงกว้าง

ทำอย่างไร

- ผู้มีอำนาจเห็นประโยชน์ เต็มใจลดอัตราและการผูกขาดอำนาจของตน
- ผู้บริหารกระจายอำนาจและเพิ่มพลังการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติงาน
- ผู้ประกอบวิชาชีพพยายามให้ผู้ป่วย ประชาชน สามารถดูแลตนเอง
- มีการลือสารที่ดี มีข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม มีการประเมินและสะท้อนกลับ

ภาคพนวก 3

ตารางแสดงการเปลี่ยนรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

สำหรับหัวข้อที่มีการเพิ่มเข้ามาใหม่ในฉบับที่ 4 จะมีการระบุไว้ในรหัสอ้างอิงของฉบับที่ 3 ว่า “ใหม่”

เกณฑ์ในการตัดสินใจ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร		
I-1 การนำองค์กร (LED)		
วิสัยทัคค์ 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.
วัดถูกประสิทธิ์เชิงกลยุทธ์	STG.1 ข.	STM.1 ข.
การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดลู่การปฏิบัติ	STG.2 ก.	STM.2 ก.
การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ	STG.2 ข.	STM.2 ก.

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)		
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.
ความล้มเหลวที่กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น	PCM.2 ข.	PCF.2 ก.
คำประการคลิничิคผู้ป่วย	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.

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
I-5 กำลังคน (WKF)		
ขีดความสามารถ แล้วอัตรากำลัง	WKF.1 ก.	HRF.2 ก.
บรรยายกาศการทำงานของกำลังคน	WKF.1 ข.	HRF.2 ข.
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
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการ	OPT.2 ก.	PCM.2 ก.
การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน	OPT.2 ข.	PCM.1 ค.
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล		
II-1 การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)		

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
ระบบบริหารงานคุณภาพ	RSQ.1 ก.	RSQ.1 ก. ข. ค. และ ง.
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	RSQ.1 ข.	RSQ.2 ข.
ข้อกำหนดทั่วไปของระบบบริหารความเสี่ยง	RSQ.2 ก.	RSQ.2 ก.
ข้อกำหนดจำเพาะของระบบบริหารความเสี่ยง	RSQ.2 ข.	ใหม่
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)		
การบริหารการพยาบาล	PFG.1 ก.	PFG.1 ก.
ปฏิบัติการพยาบาล	PFG.1 ข.	PFG.1 ข.
แพทย์	PFG.2	PFG.2
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)		
ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ	ENV.1 ก.	ENV.1 ก.
วัสดุและของเล่นอันตราย	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.
สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ENV.3 ก.	ENV.3 ก.

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
ลิงแวดล้อมเพื่อการพิพักษ์ลิงแวดล้อม	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 ระบบเ枣ระเบียน (MRS)		
การวางแผนและออกแบบระบบ	MRS.1 ก.	MRS.1 ก.
การรักษาความปลอดภัยและความลับ	MRS.1 ข.	MRS.1 ข.
เ枣ระเบียนผู้ป่วย	MRS.2	MRS.2
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)		
การกำกับดูแลการจัดการด้านยา	MMS.1 ก.	MMS.1 ก.
ลิงแวดล้อมสนับสนุน	MMS.1 ข.	MMS.2 ก.
การจัดทำและเก็บรักษายา	MMS.1 ค.	MMS.1 ก., MMS.1 ข.
การล้างใช้และถ่ายทอดคำลั่ง	MMS.2 ก.	MMS.2 ก.
การเตรียม เยี้ยนฉลาก จัดจ่าย และล่งมอบยา	MMS.2 ข.	MMS.2 ข.
การบริหารยา	MMS.2 ค.	MMS.2 ค.

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค 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.
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.

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)		
การจัดบริการลร้างเลริมลุขภาพสำหรับชุมชน	COM.1	COM.1
การเลริมพลังชุมชน	COM.2	COM.2, LED.2 ค.
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย		
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)	ACN	ACN
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)		
การประเมินผู้ป่วย	ASM. ก.	ASM. ก.
การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	ASM. ข.	ASM. ข.
การวินิจฉัยโรค	ASM. ค.	ASM. ค.
III-3 การวางแผน (PLN)		
การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	PLN.1	PLN.1
การวางแผนจ้างหน่าย	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.

ภาคผนวก 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
การผ่าตัด	PCD.3 ข.	PCD.3 ข.
อาหารและโภชนาบำบัด	PCD.3 ค.	PCD.3 ค.
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	PCD.3 ง.	PCD.3 ง.
การจัดการความปวด	PCD.3 จ.	PCD.3 จ.
การพัฒนาสุขภาพ	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
IV-2 ผลด้านการรุ่งเนื่องผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	CFR	CFR
IV-3 ผลด้านกำลังคน	WFR	HRR
IV-4 ผลด้านการนำ	LDR	LDR
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ	WPR	SPR
IV-6 ผลด้านการเงิน	FNR	FNR

ภาคพนวก 4

ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
I-1 การนำองค์กร (LED)	<p>I-1.2 ก.</p> <p>(1) ระบบกำกับดูแลองค์กรทบทวนและประเมินความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none">● ความรับผิดชอบในการระหว่างของผู้นำระดับสูง;● ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์;● ความรับผิดชอบด้านการเงิน;● ความโปร่งใสในการดำเนินการ;● การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิผล;● การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. <p>I-1.2 ก.</p> <p>(3) องค์กรวางแผนกำกับดูแลทางคลินิก เพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วย หรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลลัมพณ์ของการดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเบิดเผยข้อมูล การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และประเมินภารณ์ของผู้ป่วย. คณะกรรมการต้องมีวิธีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอและแสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกัน ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.</p> <p>I-1.2 ข.</p> <p>(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ยกล้ำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.</p>
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	
	197

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
I-1 การนำองค์กร (LED)	<p>I-1.2 ค.</p> <p>(1) องค์กรมีส่วนรับผิดชอบต่อความพำสุกของลังคม ทั้งในด้านลีงแวดล้อม ลังคม และเศรษฐกิจ.</p>
I-2 กลยุทธ์ (STG)	<p>I-2.1 ก.</p> <p>(1) องค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในด้านกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม. มีการพิจารณา ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กร.</p> <p>I-2.1 ก.</p> <p>(2) องค์กรกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ ตัดสินใจเลือกโอกาสพัฒนาและความเสี่ยงสำคัญที่จะดำเนิน การให้สำเร็จ และส่งเสริมแนวโน้มในเรื่องดังกล่าว.</p> <p>I-2.1 ก.</p> <p>(4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.</p> <p>I-2.1 ก.</p> <p>(5) องค์กรตัดสินใจเรื่องกระบวนการทำงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเอง และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ โดยพิจารณาสมรรถนะหลักของ องค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่าง เหมาะสม และความร่วมมือกับภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพ.</p> <p>I-2.1 ช.</p> <p>(2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลัก ขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์จะท่อน สมดุลระหว่างความต้องการด้านต่างๆ ขององค์กร.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)	<p>I-3.3 ข.</p> <p>(4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.</p> <p>I-3.3 ข.</p> <p>(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองลิทธิ.</p>
I-4 การรับ การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)	<p>I-4.1 ก.</p> <p>(3) องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลจากเลี้ยงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็นศูนย์กลาง. (ดู I-3.2 ก.(1) ร่วมด้วย)</p> <p>I-4.2 ข.</p> <p>(2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่ถูกซื้อขาย แล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามลิทธิที่เหมาะสม มีการป้องกัน ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.</p> <p>I-4.2 ข.</p> <p>(3) ในการนี้ที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อลังคอมออนไลน์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.</p> <p>I-4.2 ค.</p> <p>(2) องค์กรระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยนและนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)	<p>I-4.2 ค.</p> <p>(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานของ องค์กร.</p>
I-5 กำลังคน (WKF)	<p>I-5.1 ก.</p> <p>(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสาขาวิชาชีพร่วมกับบริบทของ องค์กร. แผนระบุขึ้นด้วยความสามารถและกำลังคนที่ต้องการในแต่ละล่วงหนาเพื่อให้สามารถจัด บริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับ ผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการ ปฏิบัติงาน และสมรรถนะ ของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้า มีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) เป็นไปตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น.</p> <p>I-5.1 ก.</p> <p>(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผล ในการสรุหา ว่า จ้าง บรรจุ และรักษา กำลังคน. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณลักษณะบุคคลที่ต้องผู้ประกอบวิชาชีพในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัครที่มาปฏิบัติ งานใหม่ ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลิ้ง ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน. มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และ ขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
I-5 กำลังคน (WKF)	<p>I-5.1 ค.</p> <p>(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของ กำลังคน ประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none">● การจัดให้มีเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับกำลังคน;● การประเมินสถานที่ทำงาน ในประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน;● การติดตามวัตถุระดับภาระงานและการจัดการความเครียด;● การให้ภูมิคุ้มกันแก่กำลังคน;● การป้องกันอันตรายจากการหยอด จับ ยก ด้วยมือ;● การป้องกันอันตรายจากการถูกเข็มทิ่มทำ;● การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น รังสี แก๊ส สารเคมี สารอื่นๆ และการติดเชื้อ;● การจัดการกับความรุนแรง ความก้าววัว และการคุกคาม;● การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง.
I-6 การปฏิบัติการ (OPT)	<p>I-6.1 ข.</p> <p>(2) องค์กรระบุกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ การปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการสนับสนุน เหล่านี้ตอบสนองต่อความต้องการสำคัญขององค์กร.</p> <p>I-6.1 ช.</p> <p>(3) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อยกระดับการจัดบริการสุขภาพและผลการดำเนินการ ขององค์กร เลริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร และลดความแปรปรวน ของกระบวนการ.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
I-6.1 ค.	<p>(1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ ที่มีคุณภาพสูง โดย:</p> <ul style="list-style-type: none">● การเลือกผู้ล่องมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;● มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม;● มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ล่องมอบ;● ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ล่องมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;● จัดการกับผู้ล่องมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.
I-6.1 ง.	<p>(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนาវัตถุรวม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากร อื่นๆ ที่จำเป็น.</p>
I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก (ข้อกำหนดทั้ง 8 ข้อ ภายใต้หัวข้อนี้)	<p>I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก (ข้อกำหนดทั้ง 8 ข้อ ภายใต้หัวข้อนี้)</p>
I-6.2 ฉ.	<p>(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้พื้นดินสู่สภาพเดิม.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
I-6 การปฏิบัติการ (OPT)	<p style="text-align: center;">I-6.2 ข.</p> <p>(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้พื้นที่นิสิตรสูงสภาพเดิม การพึงพากำลังคน ผู้ล่วงมอบ และพันธมิตร. องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง.</p>
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และ คุณภาพ (RSQ)	<p style="text-align: center;">II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ</p> <p>ข้อกำหนดข้อ (1), (6), (7), (8), (9) และ (10)</p> <p style="text-align: center;">II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง</p> <p>ข้อกำหนดข้อ ก. (1), (2), (3) และ (5)</p> <p>ข้อกำหนดข้อ ข. ทั้งหมด เป็นการเชื่อมโยงกับมาตรฐานที่มีอยู่แล้วในส่วนอื่นๆ</p>
II-3 ลิงแวดล้อมในการดูแล ผู้ป่วย (ENV)	<p style="text-align: center;">II-3.2 ข.</p> <p>(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับเก็บที่ใช้ในทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-4 การป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ (IC)	<p>II-4.1 ก.</p> <p>(4) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์ อักษร ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none">● การติดเชื้อที่ดำเนินการตามที่ได้ระบุไว้ในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้ส่วนร่างกาย และ การติดเชื้อในกระแสเลือด;● มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื/oya;● มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ;● การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ;● การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัส เลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อ ในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);● การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)	<p>II-4.2 ก.</p> <p>(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none">● การใช้ standard precautions และ isolation precautions;● การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ;● การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่างๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่;● การจัดการบัวสุดทุกหมวดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้) <p>II-4.2 ก.</p> <p>(2) มีการควบคุมลิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในลิ่งแวดล้อม:</p> <ul style="list-style-type: none">● จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายลิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;● ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายลิ่งก่อสร้าง แล้ววางแผนการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;● แยกบริเวณใช้งานที่ละอาดจากบริเวณปนเปื้อน.

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-4 การป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ (IC)	<p>II-4.2 ก.</p> <p>(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none">● ห้องผ่าตัด;● ห้องคลอด;● หอผู้ป่วยวิกฤติ;● หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ภูมิารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด● หน่วยบริการฉุกเฉิน● หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันทางตันต์ ผู้ป่วยร้อนโกรที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;● หน่วยซักฟอก;● หน่วยจ่ายยา;● โรงพยาบาล;● หน่วยกายภาพบำบัด;● ห้องเก็บศพ.

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)	<p>II-5.1 ก.</p> <p>(3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย ทั้งนี้ เพื่อลับลุน การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนด ดังนี้:</p> <ul style="list-style-type: none">● การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;● การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;● การรับและทราบสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา;● การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัวตตการที่เป็นมาตรฐาน;● การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา และเล็งจึงในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม;● การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;● บันทึกความก้าวหน้า ลึกลงเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย;● เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อ การดูแลรักษา;● เหตุการณ์เกื้อdepala หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)	<p>II-5.1 ข.</p> <p>(1) การจัดเก็บเวชระเบียน:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม; ● มีการจัดเรียบที่รักษาความลับได้; ● มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และ การแก้ไขข้อมูลเบ็ดเตล็ด เช่น หลัง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่; ● ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ.
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	<p>II-6.1 ก.</p> <p>(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.</p> <p>II-6.1 ข.</p> <p>(5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อลงเลนิมการใช้ยาด้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.</p> <p>II-6.1 ช.</p> <p>(4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือน ในระดับที่เหมาะสมสำหรับอัตนภัยวิเคราะห์ว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังลุง และมีแนวปฏิบัติสำหรับการเม่ปฏิบัติตามลัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	<p>II-6.1 ค.</p> <p>(2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีเชื้อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกัน ที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บลารวีเล็คทรอลайท์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด แก๊สและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายน้ำอากาศได้ดี.</p> <p>II-6.2 ก.</p> <p>(2) มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการล่งต่อการดูแล (medication reconciliation):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั่วองค์กร; ● ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกๆ ชุดของการให้บริการ; ● ล่องมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้านถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ล่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ล่งผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก);

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	<ul style="list-style-type: none">● เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยทานอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น ลังช้า ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรายร้ายแรงห่วงกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;● มีการตัดสินใจทางคลิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และเลือกราการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
II-6.2 ก.	(3) ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบต้องกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยา.
II-6.2 ข.	<p>(1) มีการบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบช้าๆ สำหรับการคำนวนขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด และเกลี้ยงติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.</p> <p>(2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายน้ำทาง ออกัส อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผ่นเกลี้ยงติดต่อเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วย เช่นพาราฟิล หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในห้องต่อติด โดยใช้ชี้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเกลี้ยงติดต่อจะเลี่ยงการสัมผัสด้วยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อ ได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	<p>II-6.2 ข.</p> <p>(4) มีการล่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทัน ความต้องการของผู้ป่วย. มีการปักป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่ล้มพัสดุยาเคมี บำบัด และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกหลังคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.</p> <p>II-6.2 ค.</p> <p>(1) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์ การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบช้าโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้า หรือลืมให้. ผู้ล่วงใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อน ทางยา.</p> <p>II-6.2 ค.</p> <p>(4) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดคลื่น กำมแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยา ที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อ การวินิจฉัยโรค และ บริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)	II-7.1 ก. (1) มีการวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กร หรือได้รับการส่งต่อ. II-7.1 ก. (2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐาน วิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา หรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์ และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. II-7.1 ก. (5) มีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ
	II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา (ข้อกำหนดทั้ง 7 ข้อ ภายใต้หัวข้อนี้)
	II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (ข้อกำหนดทั้ง 3 ข้อ ภายใต้หัวข้อนี้)

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
II-7 การตรวจทดสอบเพื่อ การวินิจฉัยโรค และ บริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)	II-7.3 (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยาภารกิจวิภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัย สุขภาพ (DHS)	II-8 ก. (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายนอกองค์กรและพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับ ¹ บริการ (ACN)	<p>III-1 (2) มีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ลงผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.</p> <p>III-1 (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มีคักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.</p> <p>III-1 (7) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะจัดให้บริการหรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม. บริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอม ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การทำผ่าตัดและหัตถการลูกหล้า (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก; ● บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)	<ul style="list-style-type: none"> ● การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง; ● รูปถ่ายหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้. <p style="text-align: center;">III-1</p> <p>(8) องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.</p>
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)	<p style="text-align: center;">III-2 ก.</p> <p>(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ประวัติสุขภาพ; ● การตรวจร่างกาย; ● การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง; ● ความชอบล้วนบุคคลของผู้ป่วย; ● การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ ลังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ. <p style="text-align: center;">III-2 ค.</p> <p>(4) มีการกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้ม มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.</p>
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)	<p style="text-align: center;">III-4.3 ข.</p> <p>(4) มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัวตัดการ.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)	<p>III-4.3 ค.</p> <p>(1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ กับความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ ด้านอาหารและโภชนาการ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.</p> <p>III-4.3 ฉ.</p> <p>(1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความป่วย (โดยครอบคลุมทั้งความป่วยเดียบพลันและความป่วยเรื้อรัง). เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความป่วย ผู้ป่วยได้รับการประเมินความป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความป่วย และลักษณะของความป่วย.</p> <p>III-4.3 ฉ.</p> <p>(2) ในกรณีที่คาดว่าการรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความป่วยขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความป่วยนั้นล่วงหน้า. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความป่วยดังกล่าวอย่างเหมาะสม.</p> <p>III-4.3 ฉ.</p> <p>(3) ผู้ป่วยที่มีความป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและเป็นไปตามแนวทางการจัดการความป่วย. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความป่วย.</p> <p>III-4.3 ฉ.</p> <p>(3) บริการพื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)	<p style="text-align: center;">III-4.3 ช.</p> <p>(1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย. ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลต้องผ่านการตรวจรับรองจากคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.).</p>
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)	<p style="text-align: center;">III-6</p> <p>(1) องค์กรจะบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.</p> <p style="text-align: center;">III-6</p> <p>(2) การดูแลขณะส่งต่อ ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการลีอสารข้อมูลระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสม.</p> <p style="text-align: center;">III-6</p> <p>(3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.</p>
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)	<p style="text-align: center;">IV-1</p> <p>(2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ ประชากรในชุมชน และบุคลากรขององค์กร.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)	<p style="text-align: center;">IV-4</p> <p>(2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้นำระดับสูงในเรื่องการลีอสาร และการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน.</p>
	<p style="text-align: center;">IV-4</p> <p>(3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ และความรับผิดชอบด้าน การเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร .</p>
	<p style="text-align: center;">IV-4</p> <p>(4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนด ด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.</p>
	<p style="text-align: center;">IV-4</p> <p>(5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความ เชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.</p>
	<p style="text-align: center;">IV-4</p> <p>(6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชน ที่สำคัญ.</p>

ภาคผนวก 4 ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR)	IV-5 (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัววัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.
	IV-5 (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน.

มาตรฐาน HA ของประเทศไทย

มาจากการทบทวนมาตรฐานที่ต่างประเทศใช้กันโดยทั่วไป

นำแนวคิดเรื่องการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาใส่ไว้ตั้งแต่ฉบับแรกเมื่อปี 2539 ตามหลังแคนาดาเพียงปีเดียว

เป็นมาตรฐานที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมการเรียนรู้ขององค์กร

เป็นมาตรฐานที่ใช้ได้กับสถานพยาบาลทุกระดับ

เป็นมาตรฐานที่บูรณาการรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเข้ากับการบริหารองค์กรที่เป็นเลิศ และการสร้างเสริมสุขภาพ

เป็นมาตรฐานที่ใช้แนวคิดของ Malcolm Baldrige National Quality Award เป็นฐาน ทั้งในเรื่ององค์ประกอบและ

เกณฑ์การบริหารองค์กรสู่ความเป็นเลิศ การเขียนมาตรฐานในท่วงทำนอง non-prescriptive และ

การนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติตามแนวคิด 3C-PDSA (3C = Core Values & Concepts, Context, Criteria)

เป็นมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจาก International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ตั้งแต่ปี 2553

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ISBN 978-616-8024-15-7



9 786168 024157

ราคา 250 บาท