

**มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา
บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล**

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2543

คำนำ

ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพซึ่งมีหน้าที่ให้หลักประกันแก่สังคมว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียมกัน บทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นสิ่งที่ทั่วโลกยอมรับและพยายามขับเคลื่อนการปฏิรูปไปสู่การทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์

โรงพยาบาลก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพซึ่งมีความพร้อมในด้านกำลังคน เครื่องมือ เทคโนโลยี ขณะเดียวกันความซับซ้อนและวัฒนธรรมขององค์กรก็ก่อให้เกิดปัญหาไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมได้ การปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบและมีทิศทางที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเกิดจากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นการชี้ยอดคลื่นนำองค์ความรู้ที่เกิดจากความสำเร็จและความล้มเหลวของหลายๆ ประเทศ มากำหนดแนวทางดำเนินงานสำหรับประเทศไทย โดยใช้เวลา 2 ปีในการศึกษา รวบรวมข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลของประเทศต่างๆ และของประเทศไทยมากำหนดเป็นมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิกะ และใช้เวลาอีก 3 ปี เรียนรู้ด้วยการนำมาตรฐานนี้ไปสู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นเป็นอย่างสูงว่ามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิกะนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการชี้นำการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่มีความเป็นสากลและก้าวหน้าทันกับยุคสมัย

คุณค่าของมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิกะอยู่ที่การนำไปปฏิบัติด้วยความเข้าใจ มีการบูรณาการครบถ้วนทุกองค์ประกอบ มีใช้การนำไปใช้อย่างผิวดิน มีใช้อยู่ที่การประเมินจากองค์กรภายนอก เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามารถนำข้อกำหนดต่างๆ ไปใช้ได้สะดวกยิ่งขึ้น ทางสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้นำมาตรฐานดังกล่าวมาเรียบเรียงใหม่ โดยยึดหลักการเชื่อมโยงข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกันไว้ด้วยกัน ลดความซ้ำซ้อนของข้อกำหนดที่ใกล้เคียงกัน และเพิ่มเติมรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ เช่น นำมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลที่กองการพยาบาลจัดทำขึ้น เข้ามาเป็นส่วนขยายความ **มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล** ฉบับนี้ควรใช้ควบคู่ไปกับ **แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA** ซึ่งจะมีทั้งแบบการประเมินตนเองในภาพรวมระดับโรงพยาบาล และแบบการประเมินตนเองในระดับหน่วยงาน สำหรับการประเมินตนเองในระดับหน่วยงานนั้น จำเป็นต้องดูข้อกำหนดเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยงานในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนานิกะร่วมด้วย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหวังว่าเอกสารชุดนี้จะช่วยให้โรงพยาบาลที่มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ บรรลุเป้าหมายการให้บริการที่มีคุณภาพตามหน้าที่ของตนและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

23 กุมภาพันธ์ 2543

การประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 2

“บนเส้นทางแห่งการเรียนรู้ในกระแสปฏิรูประบบสุขภาพ”

สารบัญ

คำชี้แจง

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

บทที่ 1 การนำองค์กร

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

บทที่ 11 องค์กรแพทย์

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

คำชี้แจง

มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บุคลากรภาพรวมระดับโรงพยาบาลนี้ แบ่งเป็น 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ, หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร, หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ, หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ, หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร, หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย

ตารางข้างท้ายได้แสดงให้เห็นว่ามาตรฐานในแต่ละบทได้มาจากส่วนใดของมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชก และทีมประเภทใดควรจะรับผิดชอบหลักในการประเมินและพัฒนาตามมาตรฐานแต่ละบท ทั้งนี้พึงตระหนักว่าตารางนี้เป็นเพียงแนวทางสำหรับเริ่มต้นเท่านั้น

หัวใจสำคัญของการพัฒนาตามข้อกำหนดในมาตรฐานคือการวิเคราะห์หาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ และดำเนินการปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง วิธีการง่ายๆ ในการใช้มาตรฐานนี้ ได้แก่

1. วิเคราะห์หาจุดอ่อนในระบบที่เป็นอยู่ คือการที่ทีมหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ

มาตรฐานแต่ละบทมาร่วมพิจารณามาตรฐานและเกณฑ์พิจารณา ว่าประเด็นใดคือสิ่งที่โรงพยาบาลทำได้ดีแล้ว ประเด็นใดยังเป็นจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น แยกแยะออกเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย และประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก กำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อปรับปรุงและทีมงานหรือบุคคลผู้รับผิดชอบ ในช่วงนี้เป็นช่วงเวลาของการทำความเข้าใจกับความมุ่งหมายหรือประโยชน์ของข้อกำหนดในมาตรฐานด้วย มีข้อเตือนใจว่าไม่ควรจะไปโดยปราศจากความเข้าใจในความมุ่งหมายหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

2. ดำเนินการปรับปรุงหรือจัดวางระบบใหม่ โดยเลือกจากประเด็นที่สามารถทำได้ง่าย

มาดำเนินการก่อน

3. ทบทวนมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาเป็นระยะ เพื่อดูความก้าวหน้าในการปรับปรุง

และหาโอกาสที่จะทำให้อีกขึ้น เป็นระบบมากขึ้น¹ เชื่อมโยงประสานกันได้อีกขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น ใช้นวัตกรรมหรือความคิดสร้างสรรค์ให้มากขึ้น มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนขึ้น การทบทวนในช่วงแรกอาจจะถี่ทุก 2-3 เดือน เมื่อเกิดความเข้าใจและมีแผนการปรับปรุงที่ชัดเจนแล้วก็จะเป็นการทบทวนตามแผนต่อไป

4. จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร อย่างสั้นๆ และง่ายต่อการนำไปใช้

เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะดำรงระบบงานที่ปรับปรุงหรือจัดวางขึ้นใหม่นั้นได้ตลอดไป

การใช้ถ้อยคำบางคำในเอกสารนี้อาจจะแตกต่างไปจากถ้อยคำในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชก เพื่อลดความสับสนและเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น โดยความหมายมิได้เปลี่ยนไป เช่น ใช้คำว่า *ความมุ่งหมายหรือเจตจำนง* (purpose statement) แทนคำว่า *พันธกิจ* ในระดับหน่วยงาน (GEN.1.1), ใช้คำว่า *เป้าหมายและแผนปฏิบัติการ* แทน *เป้าหมายและวัตถุประสงค์* (GEN.1.2), ใช้คำว่า *การบริหารการพยาบาล* แทนคำว่า *องค์กรพยาบาล*

เกณฑ์พิจารณาที่อยู่ในเอกสารนี้เป็นเพียงแนวทางเพื่อให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติที่ชัดเจน

¹ คำว่าระบบอาจหมายถึง 1) ความต่อเนื่องของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกัน 2) การเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบย่อยๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันเป็นองค์รวมที่มีความซับซ้อน 3) ความสมบูรณ์ของการมีปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

ขึ้น โรงพยาบาลควรจะต้องเลือกและปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยยึดหลักสำคัญคือ (1) ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล รวมทั้งได้รับการพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี (2) การที่สมาชิกของทีมทำงานด้วยใจ ร่วมใจกันทำ ทำด้วยใจที่มุ่งมั่น ทำด้วยความเข้าใจ (3) การมุ่งออกแบบระบบงานหรือกระบวนการทำงานเพื่อป้องกันปัญหา เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามนโยบายหรือจุดยืนของโรงพยาบาลในแต่ละเรื่อง หากปราศจากหลัก 3 ประการนี้แล้ว การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติจะเป็นการปฏิบัติอย่างแกนๆ ไม่มีชีวิตชีวา และไม่เกิดประโยชน์

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานแต่ละบทกับทีมต่างๆ และเนื้อหาหลักที่เกี่ยวข้อง

	ทีมนำ ระดับ รพ. ²	ทีมนำ เฉพาะ ด้าน ³	ทีมนำทาง คลินิก ⁴	ทีมสนับสนุน การพัฒนา คุณภาพ	หน่วยงาน ต่างๆ
1. การนำองค์กร	GOV.1 LED.1 LED.4			LED.1 LED.4	GEN.2
2. ทิศทางนโยบาย	GOV.2 GOV.3	GOV.2 GOV.3	GOV.2 GOV.3	GOV.2 GOV.3	GEN.1
3. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ	LED.3 LED.5	LED.3	LED.3	LED.3	LED.3
4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล		HUM			HUM GEN.3 GEN.4
5. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย		ENV			ENV GEN.6
6. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ		GEN.7			GEN.7
7. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล		IM.1 IM.2	IM.2		IM.2 IM.3
8. กระบวนการคุณภาพทั่วไป	GEN.9	GEN.9	GEN.9	GEN.9	GEN.9
9. กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ			GEN.9.3		GEN.9.3
10. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล		IC	IC		IC
11. องค์กรแพทย์		MED			
12. การบริหารการพยาบาล		NUR			
13. สิทธิผู้ป่วย			ETH.1 ETH.2		ETH.1 ETH.2
14. จริยธรรมองค์กร	ETH.3				ETH.3
15. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย			GEN.8.1		GEN.8.1
16. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว			GEN.8.2 GEN.8.3		GEN.8.2 GEN.8.3
17. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา			GEN.8.4		GEN.8.4
18. กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย			GEN.8.5		GEN.8.5
19. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย			GEN.8.6 IM.4		GEN.8.6 IM.4
20. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง			GEN.8.7		GEN.8.7

² ทีมนำระดับโรงพยาบาล คือทีมผู้บริหารระดับสูงซึ่งมีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ, สภาคุณภาพโรงพยาบาล, Hospital Lead Team, Top Team

³ ทีมนำเฉพาะด้าน คือทีมที่ประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ดูแลทิศทางการพัฒนาในเรื่องต่างๆ เช่น การพัฒนาทรัพยากรบุคคล, โครงสร้างกายภาพและความปลอดภัย, ระบบสารสนเทศ, การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบบริการผู้ป่วยนอก, ระบบบริการผู้ป่วยใน, รวมทั้งองค์กรแพทย์และการบริหารการพยาบาล

⁴ ทีมนำทางคลินิก คือทีมที่ประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานและวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งร่วมกัน เช่น ทีมอายุรกรรม, ทีมศัลยกรรม, ทีมจักษุวิทยา มีหน้าที่หลักคือ หาโอกาสพัฒนา, กำหนดทีมผู้รับผิดชอบ, ติดตามผล

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

บทที่ 1 การนำองค์กร

บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย

บทที่ 1. การนำองค์กร

GOV.1 องค์กรบริหารสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์การบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

- (1) มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล (GOV.1.1)
 - มีความชัดเจนว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดทำหน้าที่ดังกล่าว⁵
 - ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวได้มาจากการพิจารณาคุณสมบัติที่เหมาะสม
- (2) องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ
 - มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (GOV.1.2)
 - มีบันทึกรายงานการประชุม (GOV.1.2)
 - มีกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่สมาชิกขององค์กรบริหารสูงสุด⁶ (GOV.1.9)
 - แต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ต่างๆ ตามความจำเป็น (GOV.1.10)
- (3) มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการอำนวยความสะดวกอย่างต่อเนื่อง
 - การมอบหน้าที่ให้ผู้อำนวยความสะดวกหรือบุคคลอื่นปฏิบัติหน้าที่ซึ่งกำหนดขอบเขตไว้ชัดเจน และจะต้องมีการนำเสนอในการประชุมองค์กรบริหารสูงสุดครั้งต่อไป (GOV.1.3)
 - องค์กรบริหารสูงสุดเป็นผู้คัดเลือก แต่งตั้ง และประเมินผลการทำงานของผู้อำนวยความสะดวก โรงพยาบาล (GOV.1.5)
- (4) มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล (GOV.1.4)
 - การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา ของโรงพยาบาล
 - การรับรองธรรมนูญ กฎระเบียบ และข้อบังคับของโรงพยาบาล
 - การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล
 - การจัดทำแผนยุทธศาสตร์หรือแผนพัฒนาโรงพยาบาล
 - การรับรองแผนปฏิบัติการบนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาล
 - การสื่อสารอย่างเป็นระบบระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง
 - การสร้างความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และทำความเข้าใจกับนโยบายสำคัญ

⁵ เช่น มี คณะกรรมการโรงพยาบาลหรือ Board of Trustee, มีต้นสังกัดซึ่งกำหนดแนวทางการดูแลนโยบายและการบริหารที่ชัดเจน และมอบอำนาจหน้าที่บางส่วนมาให้ผู้บริหารหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

⁶ ทำความเข้าใจในด้านลักษณะองค์กร และบทบาทของสมาชิก

ของรัฐบาล

- การรับฟังข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

(5) รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ

- สร้างหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ (GOV.1.6)
- สนับสนุนให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย (GOV.1.8)
- กำหนดกลไกเพื่อสร้างหลักประกันว่าจะให้บริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน (GOV.1.11)
- ติดตามระดับคุณภาพและความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ

(6) รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร

- รับผิดชอบต่อการจัดการทรัพยากรในภาพรวมของโรงพยาบาล (GOV.1.7)
- ติดตามความเพียงพอของทรัพยากรด้านต่างๆ และตอบสนองอย่างเหมาะสม
- มีการตรวจสอบทางการเงินโดยบุคคลหรือหน่วยงานอิสระภายนอกทุกปี (GOV.1.12)

LED.1 วัฒนธรรมองค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

- (1) การศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน (LED.1.1)⁷
- (2) แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างเหมาะสม (LED.1.2)
- (3) ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง⁸ (LED.1.3)
- (4) มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร (LED.1.4)

LED.4 บทบาทของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- (1) ผู้นำผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - กำหนดความคาดหวัง จัดทำแผน และอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานทุกระดับ (LED.4.1)
 - สร้างแรงจูงใจและปรับระบบบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - กำหนดประเด็นที่สำคัญเพื่อควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ (LED.4.5)

⁷ การใช้แบบสอบถามซึ่งมีคำถามปลายเปิด และวิเคราะห์แนวโน้ม, การสัมภาษณ์, การสนทนากลุ่ม

⁸ continuous process & performance improvement

⁹ หมายถึงผู้บริหารทุกระดับตั้งแต่ระดับสูงสุดถึงระดับหัวหน้าหน่วยงาน

- สนับสนุนให้จัดทำแผนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน¹⁰ (LED.4.6)
- ประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาคุณภาพที่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากร (LED.4.8)
- ทบทวนความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแผนอย่างสม่ำเสมอ

(2) มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล (LED.4.2)

- กำหนดคำจำกัดความของ "คุณภาพ" สำหรับโรงพยาบาล
- กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- เชื่อมโยงกิจกรรมพัฒนาคุณภาพกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- เชื่อมโยงกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง (RM), การประกันคุณภาพ (QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เข้าด้วยกัน
- ประสานยุทธศาสตร์การดำเนินงาน
- กำหนดความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทั้งในแง่ของความรับผิดชอบของแต่ละคน และความรับผิดชอบร่วมกัน
- จัดโครงสร้างองค์กรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล¹¹
- รวบรวมรายงานผลกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลและให้คำแนะนำที่เหมาะสม

(3) ผู้นำของโรงพยาบาลร่วมกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (LED.4.3)

(4) ผู้นำของโรงพยาบาลสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (LED.4.4)

- สนับสนุนการอบรมแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ
- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาระบบงานโดยใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- เป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา
- ช่วยขจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน
- ยอมรับความสำคัญของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และให้ผลตอบแทนความพยายาม
- กระตุ้นให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อคุณภาพของงานที่ตนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง
- จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเพียงพอ (LED.4.7)

¹⁰ แผนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ กลวิธี ตารางเวลาดำเนินการ, การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่, การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน, เครื่องชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน

¹¹ มีสำนักงานคุณภาพ, ทีมประสานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ, ทีมนำในระดับโรงพยาบาล, ทีมนำในด้านระบบงานที่จำเป็น (ทรัพยากรบุคคล, โครงสร้างกายภาพและความปลอดภัย, ระบบสารสนเทศ, ระบบบริการผู้ป่วยนอก, ระบบบริการผู้ป่วยใน), ทีมนำในด้านคลินิกซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

GEN.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

แต่ละหน่วยงานมีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วยตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) โครงสร้างองค์กรชัดเจนและเหมาะสม (GEN.2.1)

- โครงสร้างระดับบนของโรงพยาบาลชัดเจน การแบ่งสายงานและลำดับชั้นเหมาะสมสามารถสื่อสารกับฝ่ายบริหารได้ดี
- หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบความรับผิดชอบของตนอย่างชัดเจน
- มีแนวทางการประสานงานและแก้ปัญหาที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานในแนวราบ
- เจ้าหน้าที่ทราบวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อติดขัดในการทำงาน
- มีระบบการรายงานที่ชัดเจน ทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดปัญหา

(2) หัวหน้าหน่วยงานมีคุณสมบัติเหมาะสม (GEN.2.2)

- ใช้เกณฑ์ความรู้, ประสบการณ์, ความสามารถ¹²และการสร้างผลงานเป็นหลักในการคัดเลือกและแต่งตั้ง
- ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม
- มีความสามารถในการบริหารงานให้บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้

(3) กำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งชัดเจน (GEN.2.3)

- มีการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร
- คุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร

(4) กลไกการสื่อสาร/ประสานงาน/แก้ปัญหามีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)

- มีกลไกที่หลากหลาย¹³
- กลไกครอบคลุมทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ
- มีการพบปะระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ
- มีการประเมินว่าเจ้าหน้าที่ได้รับและเข้าใจข่าวสารที่ควรทราบ
- ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ได้รับการส่งต่อไปยังผู้บริหารระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง
- มีกลไกตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างสม่ำเสมอ
- มีระบบที่จะส่งต่อปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
- เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น แก้ปัญหา และกำหนดแนวทางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

¹² ความสามารถในที่นี้ได้แก่ (ก) ความสามารถในวิชาชีพ, (ข) ความสามารถในการสร้างทีมงานและจัดระบบงานในหน่วยงาน, (ค) ความสามารถในการถ่ายทอดเป้าหมายของโรงพยาบาลไปสู่เจ้าหน้าที่, (ง) ความสามารถในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

¹³ เช่น การประชุมภายในหน่วยงาน การประชุมระหว่างหน่วยงาน การตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ การจัดทำจดหมายข่าว

- มีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ¹⁴

(5) มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบาย ของโรงพยาบาลในภาพรวม (GEN.2.5)

- การกำหนดพันธกิจของโรงพยาบาล
- การกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในความรับผิดชอบ
- การจัดทำแผนของโรงพยาบาล
- การจัดเลือกสรรเทคโนโลยี/พัฒนาบริการ

¹⁴ มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ มีการสื่อสารผลการแก้ปัญหาไปยังผู้เกี่ยวข้อง การแก้ไขมุ่งไปที่สาเหตุที่แท้จริงและไม่เกิดปัญหาซ้ำขึ้นอีก การแก้ปัญหาเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2. ทิศทางนโยบาย

GOV.2 กรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีพันธกิจ¹⁵ วิสัยทัศน์¹⁶ และปรัชญา¹⁷ ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

LED.2 การวางแผนของโรงพยาบาล

มีการนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มากำหนดแผนงานและนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วย

GEN.1 ความมุ่งหมาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของหน่วยงาน

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง¹⁸ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

(1) มีเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล (GOV.2.1)

- พันธกิจ วิสัยทัศน์ (หรือทิศทางนโยบาย)
- ปรัชญา/ค่านิยม/อุดมการณ์ร่วม
- ขอบเขตการให้บริการ

(2) วิธีการกำหนดเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล (GOV.2.1)

- เป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ทีมผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน
- นำความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน, ความต้องการของผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา

(3) ความมุ่งหมาย/เจตจำนง ขอบเขตบริการของหน่วยงาน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล (GEN.1.1)

- ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมาย
- นำความต้องการของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา

¹⁵ ข้อความที่ระบุกว้างๆ ถึงความมุ่งหมาย (purpose), หน้าที่รับผิดชอบซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำ, เหตุผลของการมีอยู่ขององค์กร รวมทั้งคุณค่าที่องค์กรจะให้แก่ผู้ป่วยและสังคม

¹⁶ ภาพอนาคตของโรงพยาบาลซึ่งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต้องการจะเกิดขึ้น

¹⁷ หลักการและความเชื่อที่ทุกคนในองค์กรยอมรับว่าจะใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงานและการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดความราบรื่นในการทำงานร่วมกัน และบรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

¹⁸ ความมุ่งหมายหรือเจตจำนง (purpose statement) ของหน่วยงานคือข้อความในลักษณะเดียวกับพันธกิจของโรงพยาบาล ควรเป็นสิ่งเดียวกันกับพันธกิจของโรงพยาบาลหรือใช้พันธกิจของโรงพยาบาล หากหน่วยงานนั้นมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย

(4) แผนยุทธศาสตร์/แผนพัฒนาโรงพยาบาล สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ (GOV.2.3)

- มีการวิเคราะห์/ระบุประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาชัดเจนและครบถ้วน
- มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมและครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน
- มีการประสานยุทธศาสตร์ระหว่างแผนงานต่างๆ¹⁹
- มีการกำหนดระดับความสำคัญหรือประเด็นหลัก²⁰ในการพัฒนาคุณภาพ (LED.2.4)

(5) หน่วยงานมีเป้าหมาย²¹ และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน (GEN.1.2), แผนงาน²² สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล (LED.2.1)

- หน่วยงานต่างๆ มีเป้าหมายที่ชัดเจน
- หน่วยงานต่างๆ ระบุประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นมาแปรเป็นแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน
- แผนปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้
- แผนปฏิบัติการมีการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบและเงื่อนไขที่ชัดเจน

(6) การถ่ายทอด สื่อความหมาย สร้างความเข้าใจ เรื่องเป้าหมาย/แผน (GOV.2.2)

- สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล (GOV.2.2)
- สร้างความเข้าใจเรื่องความมุ่งหมาย/เจตจำนง เป้าหมายของหน่วยงาน (GEN.1.3)
- สร้างความเข้าใจเรื่องแผนงานของโรงพยาบาลและหน่วยงาน (LED.2.2)
- เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจเป้าหมาย/แผน
- เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนต่อการบรรลุเป้าหมาย (GOV.2.2, GEN.1.4)
- เจ้าหน้าที่นำแผนไปปฏิบัติ (LED.2.2)

GOV.3 ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

โรงพยาบาลมีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย เป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน

(1) มีธรรมนูญโรงพยาบาล (GOV.3.1)

- ระบุพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา และเป้าหมายของโรงพยาบาล
- กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล²³

¹⁹ เช่น การประสานแผนการลงทุน แผนพัฒนากำลั้กัน กับแผนการขยายบริการ

²⁰ ประเด็นหลักหรือประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นอาจเรียกว่า “เข็มมุ่ง” หรือ Hoshin

²¹ เป้าหมาย (goal) คือข้อความที่กล่าวอย่างกว้างๆ ถึงผลลัพธ์ของบริการเนื่องมาจากการทำหน้าที่หลัก ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับความมุ่งหมาย (purpose) ที่กำหนดไว้

²² ครอบคลุม แผนระยะยาว แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ

²³ ได้แก่ อำนาจหน้าที่ โครงสร้าง สมาชิกขององค์กรบริหารสูงสุด, การคัดเลือกผู้อำนวยการและผู้บริหารในตำแหน่งสำคัญ, อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้บริหารและทีมผู้บริหาร, อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ และการดูแลการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพ, ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้อำนวยการ ทีมผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ, ความ

- ไม่ขัดกับกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

**(2) มีกฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ
ขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของตน และปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน (GOV.3.2)**

- ด้านสิทธิผู้ป่วย
- ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
- ด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- ด้านเอกสาร การบันทึก และการรักษาความลับของข้อมูล
- ด้านสุขภาพและความปลอดภัย
- ด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
- ด้านการป้องกันและการจัดการกับความเสี่ยง
- ด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

**(3) มีกลไกเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง หรือ
นโยบายที่กำหนดไว้ (GOV.3.3)**

- การสื่อสาร สร้างความตระหนัก อธิบายรายละเอียดของการปฏิบัติ ยกตัวอย่างที่เป็น
รูปธรรม
- การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก
- การรับทราบปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติ
- การทบทวน

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการ

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

บทที่ 3. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

LED.5 การบริหารทรัพยากร

มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) การวางแผน (LED.2.5)

- การจัดทำแผนงบประมาณประจำปี
- การจัดทำแผนการลงทุนระยะยาว
- การนำข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาใช้วางแผน²⁴ และพิจารณาลำดับความสำคัญอย่างเหมาะสม

(2)การจัดสรรทรัพยากร (LED.5.1)

- มีการสำรวจความต้องการทรัพยากรของทุกหน่วยงาน และจัดลำดับความสำคัญเปรียบเทียบ
- มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อจัดบริการโดยคำนึงถึงสถานะทางการเงิน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

(3)มีกระบวนการในการพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ (LED.5.2)

- คุ้มครองทรัพยากรทางด้านกายภาพ²⁵
- คุ้มครองทรัพยากรบุคคล²⁶

(4)ระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ (LED.5.3)

- มีระบบตรวจสอบภายในอย่างเหมาะสม
- มีระบบบัญชีที่จะแสดงสถานะการเงินของโรงพยาบาลทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- มีระบบการควบคุมทรัพย์สิน รวมทั้งลูกหนี้ วัสดุคงคลัง และเครื่องมือ
- มีการจัดทำแผนงบประมาณโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดเครื่องชี้วัดด้านการเงิน
- มีการรายงานการใช้จ่ายเปรียบเทียบกับแผนงบประมาณที่กำหนดไว้เป็นระยะ
- มีการนำเสนอรายงานทางการเงินให้องค์กรบริหารสูงสุดทราบเป็นระยะ

²⁴ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่จะนำมาใช้ในการวางแผนได้แก่: ระบาดวิทยา/โรคที่พบบ่อย, ประสิทธิภาพในการดูแล, ความปลอดภัยของผู้ป่วย, ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

²⁵ การรักษาความปลอดภัยและบำรุงรักษา อาคารสถานที่ เครื่องมือ

²⁶ การมีมาตรการคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่ และการมอบหมายภาระงานให้เหมาะสม

LED.3 การประสานบริการ

มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย

- (1) มีการกำหนดบทบาท เป้าหมาย และความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่างๆไว้ในแผนของโรงพยาบาล (LED.3.1)
- (2) มีการวางแผนเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่ (LED.2.3)
 - นำข้อมูลการรับบริการและการส่งต่อผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผน
 - มีการศึกษาปัญหา/บริการที่จำเป็นสำหรับประชาชนในพื้นที่หรือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
 - มีการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนปรับปรุง/ขยาย/ลด การจัดบริการ
- (3) มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน (LED.3.2)
 - มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ชัดเจน²⁷
 - กิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงาน²⁸
 - มีกลไกส่งเสริมการรับฟังข้อเสนอแนะและการนำไปปฏิบัติ
 - มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อมีปัญหา
 - มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา
 - ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล
- (4) มีกลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)
 - มีกลไกการสื่อสารที่หลากหลาย
 - มีกลไกตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างสม่ำเสมอ
 - มีระบบที่จะส่งปัญหาที่ค้นพบไปให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
 - เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นและแนวทางแก้ปัญหา
 - มีกลไกที่จะติดตามผลการแก้ปัญหาของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ
- (5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ ของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกัน (LED.3.3)
 - มีการประสานงานเมื่อเห็นว่านโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำลังจัดทำนั้นมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น
 - มีการวางแผนประสานงาน/ลดความซ้ำซ้อน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ
 - มีการศึกษาแนวทางปฏิบัติที่หน่วยงานต่างๆ ใช้ และคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดมาใช้
 - มีการวิเคราะห์และจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกระบวนการที่ต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างครบถ้วน

²⁷ ช่องทางทั้งที่เป็นทางการ เช่น การประชุมระหว่างผู้บริหาร, การประชุมเมื่อมีปัญหา, จดหมายข่าว, การติดต่อทาง e-mail

²⁸ เช่น การแข่งกีฬา, การสัมมนาพัฒนาองค์กร (OD), walk rally ฯลฯ

(6) หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเข้าใจและร่วมพัฒนาคุณภาพงานบริการระหว่างหน่วยงาน

(LED.3.4)

- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบงานเดียวกันหรือดูแลผู้ปกครองเดียวกัน ร่วมกัน
ค้นหาปัญหาหรือโอกาสพัฒนา และติดตามผลการพัฒนาคุณภาพ
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเข้าร่วมเป็นสมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพในเรื่อง
นั้นๆ หรือคัดเลือกตัวแทนของหน่วยงานเข้าร่วม
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงานของตน
ตามความเหมาะสม

บทที่ 4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

HUM.1 การวางแผนทรัพยากรบุคคล

มีการวางแผนทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล

- (1) มีนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุด (HUM.1.1)
 - ระดับกำลังคนที่ต้องการ
 - วิธีการได้มาซึ่งกำลังคนที่ต้องการ
 - แนวทางการทดแทนกำลังคนที่ขาดแคลน
 - แนวทางการพัฒนาศักยภาพของกำลังคนที่มีอยู่
- (2) มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบการบริหารทรัพยากรบุคคล ในด้านการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล (HUM.1.2)
- (3) มีการจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษร (HUM.1.3)
 - ประเภทและจำนวนกำลังคนที่ต้องการในปัจจุบันและในอนาคต
 - ใช้ปริมาณงานและลักษณะงานเป็นตัวกำหนดจำนวนและคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่
 - การพัฒนา การศึกษา การฝึกอบรม สำหรับเจ้าหน้าที่
 - การปรับเปลี่ยนระบบแรงจูงใจ (ค่าตอบแทน การยกย่องชมเชย และประโยชน์ตอบแทน)
 - การปรับระบบงานเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพ การประสานงาน
- (4) มีการกำหนดคุณสมบัติ และความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง (HUM.1.4)

HUM.2 การสรรหา คัดเลือก บรรจุ

มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

- (1) มีวิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือกเจ้าหน้าที่ (HUM.2.1)
 - กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก
 - การตรวจสอบประวัติและคุณสมบัติ
 - การตรวจสอบสุขภาพ
 - การทดลองปฏิบัติงานและการประเมินผล
- (2) มีการจัดทำหนังสือสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร (HUM.2.2)
 - สัญญาจ้างกำหนดเงื่อนไขและระยะเวลาจ้าง
 - สัญญาจ้างสื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร
- (3) มีการจัดทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ (HUM.2.3)

- มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน²⁹
- มีระบบรักษาความลับข้อมูลเจ้าหน้าที่³⁰

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) การจัดการกำลังคน (GEN.3.1)

- มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ (GEN.3.1.1)
- มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ³¹ (GEN.3.1.2)
- มีมาตรการแก้ไขกรณีกำลังคนไม่เพียงพอ

(2) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ (HUM.3.6, GEN.3.2)

- การประเมินมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการประเมินมีการพัฒนาตนเอง, ร่วมมือในการพัฒนาหน่วยงาน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยดีขึ้น
- เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินเหมาะสมและครอบคลุม³²
- ผู้ปฏิบัติงานภูมิใจในผลงานของตน และทราบจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง
- ผู้บริหารสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสพัฒนาตนเอง

(3) เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล (GEN.3.3)

- มีแนวทางในการตรวจสอบ/ควบคุม/กำกับดูแลที่ชัดเจน
- มีระบบให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา
- มีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ
- มีการแจ้งผลการตรวจสอบให้เจ้าหน้าที่ทราบ
- มีการนำผลการตรวจสอบมาใช้ปรับปรุงวิธีการทำงานของหน่วยงาน

²⁹ ข้อมูลที่ควรมีในแฟ้มประวัติเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ใบสมัคร ประวัติการศึกษาและการทำงาน หนังสือรับรองประวัติการทำงาน สัญญาจ้าง หน้าที่รับผิดชอบ บันทึกการลาและป่วย บันทึกประเมินผลการปฏิบัติงาน

³⁰ จะต้องกำหนดผู้มีสิทธิดูข้อมูล ในกรณีบุคคลอื่นต้องการใช้ข้อมูลจะต้องขออนุญาตเจ้าของข้อมูลก่อน

³¹ เกณฑ์ที่ใช้วิเคราะห์ควรพิจารณาข้อมูล ความรุนแรง/ความต้องการของผู้ป่วย และศักยภาพของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับในการตอบสนองความต้องการนั้น

³² เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ควรประกอบด้วย การปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนดไว้, การปฏิบัติตามนโยบาย, การทำงานร่วมกับผู้อื่น, การมีส่วนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน, การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ, เสี่ยงสะท้อนของลูกค้ำ

HUM.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

(1) มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.1)

- ใช้ข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- ใช้ข้อมูลจากกิจกรรมคุณภาพ
- ใช้ข้อมูลความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี
- มีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

(2) มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (HUM.3.2)

- แผนการปฐมนิเทศ
- แผนการส่งเจ้าหน้าที่ไปรับการศึกษาดูงานในหลักสูตรต่างๆ ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาว
- แผนการฝึกอบรมภายในโรงพยาบาล

(3) เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ (HUM.3.3)

- เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับทราบบทบาทหน้าที่ และความคาดหวังของโรงพยาบาล/หน่วยงาน
- เจ้าหน้าที่ใหม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทั้งด้านสถานที่ บุคคล และวิธีทำงาน³³
- มีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่

(4) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ (HUM.3.4)

- ครอบคลุมความรู้ทั้งด้านเทคนิคบริการและด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- วิทยากรและกิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- มีการนำศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่
- กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฝึกอบรมเป็นส่วนใหญ่

(5) มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.5, GEN.4.5)

- ประเมินกระบวนการจัดอบรม
- ประเมินความรู้ที่ผู้เข้าอบรมได้รับ
- ประเมินการนำความรู้ไปใช้/การเปลี่ยนวิธีการทำงาน
- ประเมินผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย
- นำผลการประเมินไปปรับปรุงแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล

³³ วิธีทำงานที่เจ้าหน้าที่ใหม่ควรทราบ ได้แก่ นโยบายและวิธีปฏิบัติที่สำคัญ, การรายงานอุบัติเหตุ/อุบัติการณ์, ระบบประสานงาน การขอคำปรึกษา/ความช่วยเหลือ

HUM.5 การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล

(1) การศึกษาความต้องการและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่

- คุณภาพชีวิตการทำงาน
- การวิเคราะห์งานและออกแบบระบบงาน
- กระบวนการบริหารงานบุคคล
- การประเมินผลการปฏิบัติงาน
- การพัฒนาความรู้และทักษะ
- การบริหารค่าจ้างและเงินเดือน
- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน
- สวัสดิการเจ้าหน้าที่

(2) การตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ

(1) โครงสร้างกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสม ปลอดภัย

- เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัย³⁴ (ENV.1.1)
- ที่ตั้งหน่วยบริการมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงและการส่งต่อ (GEN.6.1)
- พื้นที่ใช้สอยเพียงพอ จัดโครงสร้างภายในเหมาะสม (GEN.6.2)
- มีความสะอาด เป็นระเบียบ การถ่ายเทอากาศดี แสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม (GEN.6.3)
- ปราศจากสิ่งรบกวนที่มีผลต่อการปฏิบัติ (GEN.6.3)
- สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา/การได้ยิน โดยบุคคลอื่น (GEN.6.4)

(2) มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ENV.1.6)

- มีการจัดเตรียมโครงสร้างกายภาพเป็นพิเศษสำหรับเด็ก และผู้พิการ
- มีการติดอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย³⁵
- มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อความสะดวกสบายของผู้ใช้บริการ³⁶
- มีระบบการระบายอากาศที่ดี สามารถควบคุมการติดต่อของเชื้อโรคที่ใช้อากาศเป็นสื่อ และสามารถจัดอากาศเสียหรือก๊าซที่เป็นอันตรายได้
- มีการจัดสถานที่จอดรถให้เพียงพอ
- มีการจัดสถานที่จอดรถเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

(3) มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น (ENV.1.7)

- เครื่องกำเนิดไฟฟ้า
- ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน
- ก๊าซทางการแพทย์
- ตู้เย็นเก็บโลหิต

³⁴ กฎหมายและประกาศที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎกระทรวงมหาดไทยฉบับที่ 33 (พ.ศ.2535) และฉบับที่ 47 (พ.ศ.2540) ออกตามความใน พ.ร.บ.ควบคุมอาคาร พ.ศ.2522, ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องการป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานประกอบการ ลงวันที่ 21 พ.ย. 2534

³⁵ อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ราวจับตามทางเดิน, ที่จับและระบบสัญญาณฉุกเฉินในห้องน้ำ/ห้องสุขา, สัญญาณเรียกพยาบาล, รวากันเตียงที่เหมาะสมกับความสูงของเตียง, สายคาดนิรภัยบนเก้าอี้เข็น/รถเลื่อน

³⁶ ได้แก่ อุณหภูมิที่พอเหมาะ, แสงสว่างเพียงพอ, อุปกรณ์เพื่อความบันเทิง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ

- ถังเก็บน้ำ

(4) มีระบบการสื่อสารและขนส่งที่สามารถใช้งานได้ตลอดเวลา (ENV.1.8)

- ระบบเตือนภัย
- ระบบตามตัวเจ้าหน้าที่ทั้งภายในและภายนอกอาคาร
- ระบบเรียกพยาบาล
- โทรศัพท์สายตรงสำหรับหน่วยงานที่จำเป็น
- เส้นทางเชื่อมต่อระหว่างอาคาร ชั้น และหน่วยงานต่างๆ
- การขนส่งระหว่างชั้น (เช่น ลิฟท์ส่งของ บันไดเลื่อน ระบบท่อส่งของ)
- เครื่องโทรสาร

(5) มีระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

- มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน³⁷ (ENV.1.2)
- มีระบบบริหารทรัพย์สินที่มีประสิทธิภาพ³⁸ (ENV.1.3)
- มีแผนผังของโรงพยาบาลในสภาพปัจจุบันเพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ทั้งในเวลาปกติและยามฉุกเฉิน (ENV.1.4)
- มีระบบบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ³⁹ (ENV.1.5)
- มีระบบบริหารจัดการเพื่อดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า ถังแก๊ส ใอน้ำ สารเคมี วัตถุไวไฟ (ENV.1.9)
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ENV.1.10)
- มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการจัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม (ENV.1.11)

³⁷ **นโยบายและวิธีปฏิบัติที่ควรมี:** การใช้ที่ดิน อาคาร ทรัพย์สิน และการบำรุงรักษา, การรายงานข้อขัดข้องเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพที่เกิดขึ้นทั้งในเวลาทำการและนอกเวลาทำการปกติ, การระบายสิ่งต่างๆสู่อากาศ พื้นดิน และน้ำ, การกำจัดของเสีย, การประหยัดพลังงาน, การจัดหาวัสดุโดยคำนึงถึงการลดปริมาณขยะ/ของเหลือใช้

³⁸ ได้แก่: มีทะเบียนทรัพย์สินของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน, มีแนวทางการตัดสินใจเพื่อลงทุนหรือซ่อมบำรุงทรัพย์สินบนพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์, มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบโครงการลงทุนที่สำคัญ, มีระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายการลงทุนทุกโครงการ, มีการใช้คอมพิวเตอร์ในการบริหารและบำรุงรักษาทรัพย์สินของโรงพยาบาล

³⁹ มีผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้รับผิดชอบดูแลการบำรุงรักษาโครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาล, มีแผนการบำรุงรักษาและจัดหาทดแทนเพื่อลดโอกาสเกิดความขัดข้องและความเสี่ยงเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพของอาคาร รวมทั้งทางเท้า ถนน ไฟส่องสว่าง ภายนอกอาคาร

ENV.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบการกำจัดของเสียที่มีประสิทธิภาพ

- การกำจัดของเสียสอดคล้องกับระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (ENV.2.1)
- มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดของเสีย⁴⁰ (ENV.2.2)
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี (ENV.2.3)
- มีการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ (ENV.2.5)
- มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการกำจัดของเสีย (ENV.2.6)

(2) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ENV.2.3)

- มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล
- น้ำทิ้งทั้งหมด (ยกเว้นน้ำฝน) ต้องผ่านระบบบำบัดน้ำเสีย
- มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
- มีการประสานงานอย่างดีกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁴¹
- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดแล้วอย่างน้อยเดือนละครั้ง
- น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่ราชการกำหนด⁴²

(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกลงลักษณะ (ENV.2.3)

- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม⁴³ และเพียงพอ
- มีระบบ/อุปกรณ์ในการแยก⁴⁴/ขนย้าย/จัดที่ทิ้ง⁴⁵ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย⁴⁶ ที่รัดกุม
- มีระบบในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม
- มีมาตรการในการลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม, การนำขยะที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่

⁴⁰ นโยบายและวิธีปฏิบัติที่ควรมี: การแยกของเสียทั่วไปและของเสียที่มีการปนเปื้อน, การกำจัดวัตถุมีคมในภาชนะที่เหมาะสม, แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากเข็ม, การติดป้ายและกำจัดของเสียที่มีผลทำลายเนื้อเยื่อ หรือมีกัมมันตภาพรังสี, การขนย้ายของเสียที่ปนเปื้อนอย่างปลอดภัย รวมทั้งการใช้ถุงตามข้อตกลงใส่ของเสียที่ปนเปื้อน การสวมชุดป้องกัน การจัดให้มีสถานที่เก็บก่อนนำไปเผาหรือขนย้ายจากพื้นที่, การกำจัดของเสียพิเศษอื่นๆ, การทำความสะอาดพาหนะที่ใช้ขนส่งของเสีย

⁴¹ เช่น การลดทิ้งน้ำยาฆ่าเชื้อลงในระบบบำบัดน้ำเสีย, การตรวจสอบเครื่องดักไขมันของโครจครว

⁴² ค่า BOD ไม่เกิน 20 mg/L, คลอริเนตค่างอยู่ในระดับ 0.2-1 ppm, มี Coliform bacteria < 5000 mpn/100cc

⁴³ ภาชนะมีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึม ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย วางอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

⁴⁴ การแยกขยะได้แก่ การจัดภาชนะแยก, การใช้ถุง, การติดป้าย

⁴⁵ ที่ทิ้งขยะควรป้องกันแมลง หรือการค้ำยเชื้อของสัตว์ได้

⁴⁶ ขยะอันตรายได้แก่ ขยะที่มีผลต่อการทำลายเนื้อเยื่อ, หรือสารเคมีบำบัด, หรือมีสารกัมมันตภาพรังสี, ของมีคม

- มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

(1) โรงพยาบาลมีโครงสร้างที่เอื้อต่อการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

- การก่อสร้างและต่อเติมอาคารเป็นไปตามข้อกำหนดของ พรบ.ควบคุมอาคารด้านการป้องกันอัคคีภัย (ENV.3.3)
- มีทางหนีไฟจากส่วนต่างๆ ของอาคารซึ่งสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย⁴⁷ (ENV.3.6)
- มีการแสดงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยและวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนทั่วทั้งโรงพยาบาล (ENV.3.7)

(2) มีนโยบายและผู้รับผิดชอบในการป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

- มีนโยบายด้านการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้บริหารสูงสุดรับรอง (ENV.3.1)
- มีผู้รับผิดชอบในการป้องกันอัคคีภัย⁴⁸ (ENV.3.2)

(3) มีการตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ (ENV.3.4)

- มีการตรวจสอบความปลอดภัยด้านอัคคีภัยโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ตามกำหนดเวลา และเมื่อมีการปรับปรุงดัดแปลงอาคาร
- มีการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านอัคคีภัย และบันทึกหรือรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการประเมินภาวะเสี่ยงจากอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอโดยผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาล
- มีการลดปริมาณการเก็บวัสดุไวไฟให้เหลือน้อยที่สุด และเก็บในบริเวณที่กำหนด
- มีการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล

(4) มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม (ENV.3.5)

- มีการจัดหาเครื่องมือดับเพลิงที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น เครื่องดับเพลิง ชุดผจญเพลิง ท่อน้ำต่อหัวสูบ ม้วนปากกระบอกฉีด ซึ่งมีแรงดันในท่อส่งน้ำไม่ต่ำกว่า 250 ปอนด์
- มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยไว้อย่างเหมาะสมตามประเภทของ

⁴⁷ เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายควบคุมอาคาร, กว้างเพียงพอสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้, ไม่มีสิ่งกีดขวาง, ไม่มีการเก็บวัสดุไวไฟในบริเวณทางหนีไฟ, ห้องผู้ป่วยและประตูทางออกสู่ทางหนีไฟต้องเปิดได้ตลอดเวลา, มีป้ายทางออกหนีไฟแสดงไว้ชัดเจน, มีคำแนะนำรายละเอียดเรื่องการใช้ทางหนีไฟ

⁴⁸ ผู้บริหารสูงสุดรับผิดชอบในการปฏิบัติตาม พรบ.ควบคุมอาคารเพื่อป้องกันอัคคีภัยในทุกๆ จุดของโรงพยาบาล, มีการแต่งตั้งผู้มีความรู้และประสบการณ์เป็นผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันอัคคีภัย, มีระบบให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัยจากอัคคีภัยตามระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

- อคติภัยอันอาจเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ โดยให้ความสนใจต่อบริเวณที่มีอันตราย
- มีหลักฐานการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือ และระบบป้องกันอุบัติเหตุอย่างสม่ำเสมอโดยผู้มีความรู้ความสามารถ
- ไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการนำเครื่องมือดับเพลิงไปใช้
- มีป้ายแสดงตำแหน่งของเครื่องดับเพลิงชัดเจน

(5) มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุอย่างสม่ำเสมอ (ENV.3.8)

- มีการซ้อมดับเพลิงอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้สภาวะการณที่แตกต่างกัน ทั้งกลางวันและกลางคืน
- มีการฝึกซ้อมติดต่อกัน/ประสานงาน กับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านอุบัติเหตุในพื้นที่ กรณีเกิดอุบัติเหตุ
- มีการประเมินผลการจัดซ้อม จัดทำรายงาน บันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วมฝึกซ้อมดับเพลิง
- เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติด้านอุบัติเหตุทุกปี รวมทั้งการแจ้งสัญญาณอุบัติเหตุ การใช้เครื่องมือดับเพลิง วิธีการ/เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และทราบว่าการทำการเคลื่อนย้ายเมื่อใด อย่างไร

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

(1) การจัดการทั่วไปด้านความปลอดภัย

- มีเอกสารนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล (ENV.4.1)
- มีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลรับผิดชอบดำเนินการตามนโยบายด้านความปลอดภัย (ENV.4.2)
- มีการให้ความรู้ ฝึกอบรม แจ้งข่าวและคำเตือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านความปลอดภัย (ENV.4.5)
- มีการจัดทำรายงานประจำปีด้านความปลอดภัยเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง (ENV.4.6)

(2) มีการวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเหมาะสม (ENV.4.3)

- การค้นหาและประเมินภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่าง ๆ ในโรงพยาบาล และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- มาตรการในการป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยง
- การตรวจตราหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายอย่างสม่ำเสมอ
- ระบบรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อขัดข้องต่างๆ และการสอบสวนเมื่อจำเป็น
- ระบบการกระจายข่าวกิจกรรมความปลอดภัยและคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายต่างๆ
- การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายด้านความปลอดภัย

(3) มีบริการอาชีวอนามัยให้เจ้าหน้าที่ (ENV.4.4)

- มีนโยบายในการตรวจสุขภาพก่อนบรรจุทำงาน การคัดกรองสุขภาพและเฝ้าระวังโรค การ

ให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่น หัดเยอรมัน, วัณโรค, ไวรัสตับอักเสบนชนิด บี

- มีหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกัน หรือไม่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบนชนิด บี และโรคติดต่ออื่น ๆ
- มีนโยบายและมาตรการในการป้องกันอันตรายจากสารเคมี, จุลชีพ, กลไก และ ท่าทางในการทำงาน
- มีระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัญหาและกำหนดแนวทางป้องกัน

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วย ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- (1) มีหลักเกณฑ์⁴⁹ และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ (GEN.7.1)
- (2) มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน (GEN.7.2)
 - มีการกำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่ต้องมีอยู่ในหน่วยงาน
 - มีการเก็บรักษาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและปลอดภัย
 - มีการตรวจสอบระดับความเพียงพอของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ
- (3) ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี (GEN.7.3)
- (4) มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา (GEN.7.4)
- (5) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ (GEN.7.5)
 - มีคู่มือปฏิบัติในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุด และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานมีความเข้าใจวิธีการดังกล่าวเป็นอย่างดี
 - มีระบบในการดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนหรือซับซ้อนเป็นการเฉพาะ เช่น มีช่างผู้บริการซึ่งได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ หรือมีระบบที่จะติดต่อหน่วยบริการนอกโรงพยาบาลได้ทันที
 - มีบันทึกประวัติของเครื่องมือ ผู้ขาย และการบำรุงรักษาเครื่องมือแต่ละชิ้น
 - มีบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องมือแต่ละชิ้น ประกอบด้วยลักษณะปัญหา สาเหตุ การแก้ไข ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้งานได้
 - มีระบบการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ⁵⁰
- (6) มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา (GEN.7.6)
 - มีการกำหนดประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำ
 - มีการกำหนดลักษณะความพร้อมที่ต้องการ และวิธีการตรวจสอบ
 - มีการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration) สำหรับเครื่องมือที่จำเป็น

⁴⁹ หลักเกณฑ์การคัดเลือกควรประกอบด้วย: การรับรองโดยหน่วยงานผู้ควบคุม, การยอมรับของแพทย์/ผู้ใช้, ความคุ้มค่า, บริการหลังจำหน่าย, มาตรฐานความปลอดภัยและสุขอนามัยในที่ทำงาน, ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

⁵⁰ ช่างมีความรู้และประสบการณ์เพียงพอ มีการจัดลำดับความสำคัญและจัดความคั่งค้างในการซ่อม มีการประเมินระยะเวลาที่ใช้

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบ

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

(1) มีการวางแผนการใช้สารสนเทศ (IM.1.1)

- สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สำหรับการพัฒนาคุณภาพ
- สำหรับการบริหาร
- สำหรับการศึกษาค้นคว้าหรือการวิจัย

(2) มีการออกแบบระบบสารสนเทศ⁵¹ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนในข้อ IM.1.1

(IM.1.2)

- สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สำหรับการพัฒนาคุณภาพ
- สำหรับการบริหาร
- สำหรับการศึกษาค้นคว้าหรือการวิจัย

(3) มีการออกแบบระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (IM.1.3)

(4) บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ (IM.1.4)

- คณะทำงานเฉพาะกิจ⁵²
- คณะกรรมการเวชระเบียน⁵³

(5) มีการจัดทำและทบทวนแผนบริหารระบบสารสนเทศ (IM.1.5)

- มาตรฐานข้อมูล⁵⁴

⁵¹ การออกแบบระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย: การวิเคราะห์ความต้องการใช้สารสนเทศ, การกำหนดประเภทของข้อมูลนำเข้า, วิธีการบันทึกข้อมูล, วิธีการประมวลผลข้อมูล, วิธีการเคลื่อนย้ายข้อมูลและสารสนเทศ, วิธีการรายงานข้อมูลและสารสนเทศ

⁵² สำหรับทำงานที่เสร็จสิ้นในระยะเวลาสั้น เช่น การประเมิน/คัดเลือกเทคโนโลยีสารสนเทศ

⁵³ คณะกรรมการเวชระเบียนทำหน้าที่ กำหนดมาตรฐานและนโยบายสำหรับเวชระเบียนผู้ป่วย, นำแบบฟอร์มใหม่เข้ามาใช้หรือเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มเดิม, พิจารณานโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับหน่วยเวชระเบียน, วิเคราะห์ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและคุณภาพของการบันทึกที่รหัส ซึ่งควรมีการทบทวนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

⁵⁴ มาตรฐานข้อมูล ได้แก่ ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ (minimal data set), คำจำกัดความข้อมูล, การใช้อักษร, การจัดกลุ่ม, คำศัพท์, รูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล โดยอิงกับมาตรฐานภายนอกที่มีอยู่แล้วให้มากที่สุด

ชุดข้อมูลขั้นต่ำสำหรับการดูแลผู้ป่วยใน ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย: ข้อมูลจำเพาะของผู้ป่วย ได้แก่ เลขประจำตัว, เพศ, วันเกิด, วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันจำหน่าย, การวินิจฉัยโรค ซึ่งควรแยกออกเป็น การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุ

- มาตรฐานเทคโนโลยี
- ขั้นตอนดำเนินงานตามลำดับ
- เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล ระยะเวลา⁵⁵และวิธีการในการคงเก็บข้อมูล⁵⁶
- มีเกณฑ์ในการปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริงอยู่เสมอ
- การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล⁵⁷
- การรักษาความลับของข้อมูล⁵⁸

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

- (1) มีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพของการกระจายข้อมูล/สารสนเทศ หรือ เพื่อลดความขัดแย้งกันของข้อมูลอันเกิดขึ้นจากความหลากหลายของฐานข้อมูล (IM.2.1)
- (2) มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ และการรายงานต่อส่วนราชการ (IM.2.2)
 - ลักษณะการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาที่คลอดบุตร และผู้ป่วยผ่าตัด
 - ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ
 - การกลับมาใช้บริการซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ การเข้ารับการผ่าตัดซ้ำภายใน 2 วัน
 - ต้นทุนรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มผู้ป่วย ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้
 - วันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้

ของการนอนโรงพยาบาล, ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (complication), หัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ, สถานภาพจำหน่าย (กลับบ้าน, ส่งต่อ, เสียชีวิต)

⁵⁵ ระยะเวลาในการคงเก็บข้อมูลควรพิจารณาจาก กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง, การใช้ข้อมูลเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย, การใช้เป็นหลักฐานพยานทางศาล, การวิจัย, และการศึกษา

⁵⁶ วิธีการคงเก็บข้อมูลอาจอยู่ในรูปของเอกสารต้นฉบับ, การถ่ายลงไมโครฟิล์ม หรือการแปลงไปอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์

⁵⁷ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ได้แก่ การป้องกันการสูญหายของข้อมูล, การป้องกันความเสียหายทางกายภาพ (สถานที่เก็บเวชระเบียนควรปลอดภัยจากความร้อน, ความชื้น, ด้วงกัดแทะ, และอัคคีภัย), การแก้ไขดัดแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่

⁵⁸ การรักษาความลับของข้อมูล ได้แก่การกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องต่อไปนี้: ระดับในการรักษาความลับและสิทธิการใช้ข้อมูลสำหรับผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ, มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์, การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, การอนุญาตให้ผู้ป่วยดูและใช้เวชระเบียนของตนเอง

- (3) มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้ (IM.2.3)
- (4) มีการสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษา และ/หรือให้ความรู้/ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม (IM.2.4)

IM.3 บริการเวชระเบียน

- (1) มีระบบดัชนีและระบบการจัดเก็บซึ่งเอื้อต่อการค้นหาเวชระเบียนได้อย่างรวดเร็ว ทันความต้องการของผู้ใช้ (IM.3.1)
- (2) มีบริการค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง (IM.3.2)
- (3) เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับได้รับการบันทึกรหัสและทำดัชนีภายในเวลาที่กำหนดไว้ (IM.3.3)
- (4) มีระบบบันทึกเพื่อให้สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมออกไปจากหน่วยงานได้ (IM.3.4)

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

GEN.9

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวางระบบงาน

- (1) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับภายในหน่วยงาน (GEN.9.1)
 - มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างสาขาวิชาชีพ
 - มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน
- (2) การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วย หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (GEN.9.2.1)
- (3) มีกฎระเบียบ และนโยบายที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพ⁵⁹ (GOV.3.2)
- (4) มีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงาน⁶⁰ เพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล⁶¹ (GEN.5.2)
 - ด้านการบริหารจัดการ
 - ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - ด้านจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
 - ด้านการบันทึก เอกสาร ระบบสารสนเทศ
 - ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
 - ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
 - ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- (5) มีกระบวนการจัดทำคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานที่ดี⁶² โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบงานที่ต้องมีการประสานระหว่างหน่วยงาน (GEN.5.2)

⁵⁹ โรงพยาบาลควรมีนโยบายชัดเจนในเรื่อง สิทธิผู้ป่วย, จริยธรรม, ความปลอดภัย, การป้องกันและการจัดการกับความเสียหาย, การพัฒนาคุณภาพและการอ้างไว้ซึ่งคุณภาพ, การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล, การบันทึกและจัดทำเอกสาร

⁶⁰ คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานเป็นคำกลางๆ โรงพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้วเรียกว่านโยบายและวิธีปฏิบัติ (policy & procedure), นโยบายคือจุดยืนขององค์กรหรือหน่วยงานว่าจะปฏิบัติอะไรในเรื่องนั้นๆ, วิธีปฏิบัติคือขั้นตอนของการปฏิบัติว่าจะทำอะไรในเรื่องนั้นๆ ทั้งในภาพกว้างของการบริหารจัดการเชิงระบบ และในรายละเอียดวิธีการทำงานของผู้รับผิดชอบแต่ละคน; ISO9000 จำแนกคู่มือเป็น 3 ระดับได้แก่ quality manual, system procedure, work instruction

⁶¹ คู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงานที่จำเป็นต้องมี ครอบคลุมการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย/ความผิดพลาด/ความเสียหายสูง, การปฏิบัติงานที่มีโอกาสเกิดความแตกต่างของการปฏิบัติมาก

- จัดทำโดยกระบวนการกลุ่ม ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- มีระบบการรับรองที่เหมาะสม⁶³
- มีการทบทวนคู่มือ/แนวทางปฏิบัติอย่างน้อยทุก 3 ปี หรือเมื่อเห็นว่าจำเป็น

(6) **เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ เข้าใจ และปฏิบัติตาม คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน (GEN.5.3)**

- มีกลไกที่จะทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ
- มีการประเมินว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน⁶⁴

(7) **มีการประเมินคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน (GEN.5.4)**

การวัดผลและการวิเคราะห์

(1) **มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (GEN.5.4)**

- มีการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดสำคัญของโรงพยาบาล
- มีการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ครอบคลุมทุกด้าน⁶⁵
- มีระบบอำนวยความสะดวกในการสร้างเครื่องชี้วัด การสังเคราะห์วิเคราะห์ข้อมูล
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบแนวโน้มของปัญหา, ระดับคุณภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
- มีการเผยแพร่และกระจายข้อมูลทั่ววิเคราะห์ที่ได้ให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบ
- มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด⁶⁶

การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง

(1) **มีการเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง (GEN.9.2.3)**

(2) **มีการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์ และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ (GEN.9.2.4)**

- มีการค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง

⁶² ควรจัดทำโดยผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ, มีการวิเคราะห์ภารกิจ ความต้องการของผู้รับผลงาน และกระบวนการหลักของระบบหรือหน่วยงาน

⁶³ ผู้รับรองขึ้นกับขอบเขตของการใช้คู่มือ ซึ่งอาจจะเป็นหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปหนึ่งชั้น หรือคณะกรรมการ

⁶⁴ วิธีการประเมินว่ามีการปฏิบัติตามอาจทำได้โดย การตรวจสอบ, การทบทวนคำติชม, การวิเคราะห์รายงานอุบัติการณ์/อุบัติเหตุ, การสัมภาษณ์, การสังเกต, การสำรวจ

⁶⁵ **มิติของคุณภาพบริการสุขภาพ:** ได้แก่ ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ (competency) การเข้าถึงบริการหรือมีบริการให้เมื่อต้องการ (accessibility) ความเหมาะสมของการดูแลรักษาเทียบกับมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดไว้ (appropriateness) ประสิทธิภาพของการดูแลรักษา คือการที่หาย ไม่ตาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (effectiveness) ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าในผลที่ได้รับเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป (efficiency) ความปลอดภัย (safety) ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (continuity) การยอมรับหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ (acceptability) เราสามารถกำหนดชี้วัดคุณภาพได้โดยพิจารณามิติต่างๆข้างต้น

⁶⁶ **การใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด** ได้แก่ ค้นหาโอกาสพัฒนา ทราบผลของการพัฒนา เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดำเนินการต่อปัญหาอย่างเหมาะสม

- ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง
- ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

(3) การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และมีการเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ (GEN.9.2.5)

(4) มีการติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (GEN.9.2.6)

- มีแนวทางปฏิบัติในการบ่งชี้⁶⁷ ปัญหา/ข้อบกพร่อง/สถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์/คำร้องเรียนของผู้รับผลงาน/ความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนด
- มีแนวทางปฏิบัติในการมอบหมายให้มีการแก้ไข/ป้องกันปัญหา
- มีแนวทางปฏิบัติในการสำรวจ/วิเคราะห์ โอกาสที่จะเกิดปัญหา⁶⁸, การส่งสัญญาณเตือนแต่แรกเริ่ม
- การวางมาตรการในการป้องกัน (preventive action)
- มีการติดตามผลการแก้ไข/ป้องกันปัญหา⁶⁹
- มีแนวทางปฏิบัติในการบันทึกการแก้ไข/ป้องกันปัญหา

การบริหารความเสี่ยง

(1) มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง⁷⁰

(2) มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง (Risk MIS)⁷¹

(3) มีการจัดการกับความสูญเสีย/ความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) ทุกหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตน

- วิเคราะห์ความเสี่ยงจากบทเรียนของผู้อื่น⁷²
- วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถิติข้อมูลของ รพ.⁷³
- สัมภาษณ์ความเสี่ยง⁷⁴

(5) มีการกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม

(6) มีการเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์⁷⁵

⁶⁷ เช่น รายงานอุบัติการณ์, คำร้องเรียนของผู้ป่วย, ใบขอให้มีการแก้ไข (Corrective Action Request-CAR)

⁶⁸ การป้องกันจะใช้ทั้งในกรณีที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหา, หรือเกิดปัญหาและแก้ไขไปแล้ว แต่ยังมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาซ้ำอีก

⁶⁹ ควรมีการติดตามปัญหาทุกปัญหาที่ได้รับการบ่งชี้ว่ามีการดำเนินการแก้ไขหรือไม่ ได้ผลอย่างไร

⁷⁰ โปรแกรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร, 2) ระบบรักษาความปลอดภัย (Security), 3) การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC), 4) ความเสี่ยงในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Risk), 5) การจัดการกับคำร้องเรียนของผู้ป่วย

⁷¹ Risk MIS ได้แก่การเชื่อมโยงรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด, การวิเคราะห์แนวโน้มในมิติต่างๆ, ค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้น

⁷² การทบทวนวารสาร, การติดตามข่าวจากสื่อมวลชน, การประชุมขององค์กรวิชาชีพ

⁷³ รายงานอุบัติการณ์, สถิติอุบัติเหตุ/ภาวะแทรกซ้อน/ข้อขัดข้อง

⁷⁴ สัมภาษณ์สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ, สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย, วิธีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

⁷⁵ รายงานปฏิบัติการใดควรครอบคลุม: ความปลอดภัย/ตก/ล้ม, การติดต่อสื่อสาร, การใช้ยา/สารน้ำ/เลือด, เครื่องมือ, การวินิจฉัย/รักษา, การคลอด, การผ่าตัด/วิสัญญี, การเจ็บป่วยจากการทำงาน (ดูตัวอย่าง)

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

GEN.9.3

มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ (GEN.9.3)

- (1) มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล (GEN.9.3)
 - การเขียนสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วเป็นนโยบายทางคลินิก (clinical policy)
 - การพิจารณาปรับปรุงนโยบายทางคลินิกตามความรู้หรือหลักฐานใหม่ๆ
 - การจัดทำ algorithm หรือ flow chart เพื่อช่วยในการตัดสินใจ
 - การนำแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยที่องค์วิชาชีพหรือสถาบันการศึกษาจัดทำไว้มาปรับใช้
 - การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์คลินิกเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
 - การทบทวนสังเคราะห์หลักฐานอย่างเป็นระบบ (systematic review)
- (2) มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง (GEN.9.3)
 - การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline)
 - การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก
 - การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย
 - การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - การทบทวนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
 - การทบทวนการใช้เลือด
 - การทบทวนการใช้ยา
 - การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานภายใน
 - การทบทวนการนอน รพ.โดยไม่จำเป็น
 - การทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน
 - การทบทวนการดูแลรักษาโดยสั้วเวชระเบียน
 - การทบทวนแนวโน้มของปัญหาเฉพาะเรื่อง

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

IC.1 นโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์

มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

(1) นโยบาย กลวิธี มาตรการ(IC.1.1)

- มีนโยบายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน
- มีกลวิธี/มาตรการ⁷⁶ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจน ในระดับโรงพยาบาล
- มีกลวิธี/มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจน ในระดับหน่วยงาน

(2) มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้ (IC.1.2)

(3) มีแผนแม่บทและแผนปฏิบัติงาน (IC.1.3)

(4) มีการสื่อสารนโยบาย กลวิธี มาตรการ ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (IC.1.4)

(5) เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในนโยบาย กลวิธี มาตรการ และทราบบทบาทของตนเอง (IC.1.5)

IC.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(1) มีโครงสร้างการบริหารงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน (IC.2.1)

- มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁷⁷
- มีหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ/หรือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ⁷⁸
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ⁷⁹ รับทราบบทบาทหน้าที่ของตน

(2) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบของคณะกรรมการ, บุคคล, และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร (IC.2.2)

⁷⁶ วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย, การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ, การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่, Universal Precautions และ Isolation Precautions ฯลฯ

⁷⁷ ควรมีผู้แทนจากแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และฝ่ายบริหาร เป็นอย่างน้อย ควรมีแพทย์ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อรวมอยู่ด้วย ให้แพทย์เป็นประธานคณะกรรมการ และมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) เป็นเลขานุการ

⁷⁸ รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค, งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, งานสอบสวนโรค, งานวิชาการ

⁷⁹ หน่วยงานกลาง ชักฟอก โภชนาการ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ชันสูตร เภสัชกรรม และหน่วยบริการผู้ป่วยทุกหน่วย

- มีการกำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁸⁰
- มีการกำหนดหน้าที่ของแพทย์ระบาดวิทยา (Hospital Epidemiologist)⁸¹
- มีการกำหนดหน้าที่ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)⁸²

(3) มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (IC.2.3)

IC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อย 1 คน⁸³ (IC.3.1)

- มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามขนาดของโรงพยาบาล⁸⁴
- พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับที่มีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่
- มีพยาบาลในหอผู้ป่วยช่วยทำหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อ
- มีการติดตามและประเมินความพอเพียงของพยาบาลที่ทำหน้าที่ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

IC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเกี่ยวกับการป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อ

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(1) มีการประเมินความต้องการในการพัฒนาและฝึกอบรม (IC.4.1)

(2) มีแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน (IC.4.2)

⁸⁰ มีหน้าที่ กำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection-NI), กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุม NI, วางแผนพัฒนาการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุม NI, ประเมินผลการดำเนินงาน และการปฏิบัติตามนโยบาย

⁸¹ มีหน้าที่ให้คำแนะนำแก่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล, เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ดำเนินการสอบสวนเมื่อมีการระบาดของ NI ร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

⁸² มีหน้าที่ดำเนินการเฝ้าระวัง NI, เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ, ประสานนโยบาย กลวิธี และกิจกรรมการดำเนินงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, ค้นหาการระบาดและสอบสวนการระบาดของ NI, รวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังฯ และแปลผลข้อมูล, ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน, พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม NI, นำเสนอข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

⁸³ การที่ ICN จะต้องปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลาหรือไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล

⁸⁴ จำนวนที่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ ก.พ. คือ ICN 3 คน สำหรับ รพ.ขนาด 500 เตียงขึ้นไป, ICN 2 คน สำหรับ รพ.ขนาด 250-500 เตียง, ICN 1 คน สำหรับ รพ.ขนาดต่ำกว่า 250 เตียง

- (3) เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมพร้อมก่อนประจำการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.4.3)
- (4) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ (IC.4.4)
- (5) มีการประเมินแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.4.5)

IC.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการที่ทันสมัย ให้เจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- (1) มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติงานที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และ ทบทวน (IC.5.1)
- (2) มีนโยบาย/วิธีปฏิบัติงาน (IC.5.2)
 - สำหรับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ⁸⁵
 - สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางคลินิก⁸⁶
- (3) เจ้าหน้าที่ รับประทาน เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ (IC.5.3)
- (4) มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และ สอดคล้องกับสภาพการทำงาน (IC.5.4)

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

- (1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁸⁷ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (IC.6.1)
 - มีการทำ prevalence survey ทุกรอบปี

⁸⁵ ได้แก่ คู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งนิยามมาตรฐาน, คู่มือการเฝ้าระวังและป้องกันการปนเปื้อนใน สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ สารเคมี, คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, การควบคุมสุขภาพสิ่งแวดล้อม, การสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เช่น อุปกรณ์การป้องกัน ภาชนะบรรจุขยะ

⁸⁶ คู่มือการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ รวมทั้งมาตรฐานการใช้น้ำยา antiseptic และ disinfectant, Universal Precautions และ Isolation Precautions (เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การเก็บและปฏิบัติต่อสิ่งส่งตรวจ การล้างมือ การ จัดการกับขยะติดเชื้อ การแต่งศพ การแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง), คู่มือการป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย (เช่น การติดเชื้อจากการสวนปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล การติดเชื้อ แผลผ่าตัด), คู่มือการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล, มาตรฐานการทำความสะอาดสถานที่

⁸⁷ ขั้นตอนในการเฝ้าระวังประกอบด้วย: การเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การแปลผล, การนำเสนอข้อมูล เพื่อกำหนด มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การสอบสวนเมื่อมีการระบาด, ควรใช้ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการในการเฝ้า ระวังการติดเชื้อ

- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง (unit directed surveillance) เช่น ICU, NS
- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อสำหรับหัตถการหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย ทุกหอผู้ป่วย และทุกตำแหน่งของการติดเชื้อ (hospital wide)
- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post discharge surveillance)

(2) มีการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (IC.6.2)

- มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนเข้าปฏิบัติงานหรือก่อนประจำการ
- มีการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ⁸⁸
- มีการทำ Rectal Swab Culture เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อ/โรคติดต่อ หน่วยไตเทียม และเจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการ
- มีการให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ตามสภาพความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังเกิดอุบัติเหตุ และแนวทางแก้ไข
- มีการติดตามสภาวะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเจ็บป่วย

(3) มีการเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ (IC.6.3)

- ตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ
- ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ทุก 1-3 เดือน โดยตรวจหา Coliform bacteria, colonies count และ residual Chlorine
- ตรวจสอบคุณภาพระบบท่อส่งน้ำประปาในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง
- ตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านกระบวนการบำบัดแล้วตามระยะเวลาที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ กำหนด
- วิเคราะห์ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม หาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไขเมื่อมีปัญหา
- วิธีการทำความสะอาดอาคารสถานที่ เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- มีการสุ่มตรวจคุณภาพความปราศจากเชื้อในเครื่องมือปลอดเชื้อ สารน้ำ น้ำยา จากแหล่งต่างๆเป็นระยะ
- มีกระบวนการรวบรวมและทำความสะอาดผ้าเปื้อนที่ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการนำส่งผ้าสะอาดที่มีการป้องกันการปนเปื้อน

⁸⁸ เช่น หน่วยงานจ่ายกลาง หน่วยซักฟอก ห้องปฏิบัติการ

(4) มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions และ Isolation Precautions (IC.6.4)

- ให้ความรู้
- มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติ
- มีวัสดุและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ
- มีห้องแยกเพียงพอ

(5) การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ (IC.6.5)

- มีการกำหนดมาตรฐานการใช้ antiseptic และ disinfectant ของโรงพยาบาลทั้งด้านข้อบ่งชี้ การเตรียม การเบิกจ่าย และวิธีการใช้
- มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อและเครื่องอบแก๊สอย่างสม่ำเสมอ
- ตรวจสอบการทำงานของเครื่องทำให้ปราศจากเชื้อทุกวัน
- ใช้ chemical indicator กับอุปกรณ์ที่ผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น
- ใช้ biological indicator ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
- เครื่องมือปลอดเชื้ออยู่ในสภาพที่ดี มี marker แสดงว่าผ่านกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้ออย่างสมบูรณ์ และมีอายุนับจากการทำให้ปราศจากเชื้อไม่เกินที่กำหนดไว้

(6) มีการสอบสวนโรค⁸⁹ เมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของ การติดเชื้อ ในโรงพยาบาล (IC.6.6)

- มีผู้รับผิดชอบในการสืบสวนโรคชัดเจน
- มีขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อมีแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาดชัดเจน
- มีผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจปฏิบัติการเกี่ยวกับการสั่งการเพื่อแก้ไข ภายหลังการสอบสวนได้ทันที่

IC.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(1) มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ/พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ (IC.7.1)

(2) มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (IC.7.2.2)

- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จำแนกตามหน่วยงาน
- อัตราการติดเชื้อจำแนกตามเชื้อที่เป็นสาเหตุ (pathogenic-specific)
- อัตราการปนเปื้อนเชื้อโรคในเครื่องมือ น้ำยา สารน้ำ น้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำเสีย
- อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง (target surveillance) หรืออัตราความชุกของ

⁸⁹ คือการค้นหาแหล่งโรคและวิธีการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง เพื่อจะได้หาแนวทางในการป้องกันและควบคุมการระบาดให้สงบ และดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดในอนาคต

การติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งในโรงพยาบาล

- แนวโน้มของการดื้อยาหรือการไวต่อยาต้านจุลชีพ
- อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพ
- ค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อัตราการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ
- ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง

(3) มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.7.3.1)

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและ จริยธรรมวิชาชีพ

บทที่ 11 องค์กรแพทย์

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

บทที่ 11 องค์กรแพทย์

MED.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ขอบเขต⁹⁰ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขา เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

(ดูรายละเอียดในบทที่ 2 ทิศทางนโยบาย)

MED.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อจัดให้มีบริการทางการแพทย์ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) มีการจัดองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล⁹¹ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์ (MED.2.1)

- องค์กรแพทย์มีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำหน้าที่ตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญ
- องค์กรแพทย์ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหารสูงสุดและทีมผู้บริหาร
- องค์กรแพทย์มีการประสานงานกับองค์กรในระดับกลุ่มงาน/หน่วย รวมทั้งแพทย์แต่ละคนอย่างมีประสิทธิภาพ

(2) มีการจัดองค์กรเป็นภาควิชา/กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก/หน่วย เพื่อให้บริการทางการแพทย์ตามลักษณะและปริมาณงาน (MED.2.2)

- มีแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่เป็นหัวหน้า⁹² ดูแลระบบบริหารจัดการภายใน

(3) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ (MED.2.3)

- ระบบรายงาน
- การประชุมแพทย์⁹³

⁹⁰ ขอบเขตงานของหน่วยบริการทางการแพทย์ ได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วย, การศึกษาต่อเนื่อง, การปรับปรุงคุณภาพ, การบริหารความเสี่ยง, การทบทวนการใช้ทรัพยากร, การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, การเรียนการสอน และการวิจัย (ในโรงเรียนแพทย์)

⁹¹ รูปแบบขององค์กรแพทย์: มีความยืดหยุ่นขึ้นกับขนาดและประเภทของโรงพยาบาล เช่น คณะกรรมการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่ประชุมแพทย์ทุกคนสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก

⁹² มีพื้นฐานการศึกษาและประสบการณ์ในสาขานั้นๆ มีทักษะที่จำเป็นได้แก่ การบริหารจัดการ การเป็นผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ การสอน

- ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร
- การประชุมร่วมระหว่างแผนก
- คณะกรรมการกำหนดมาตรฐานบริการทางการแพทย์
- คณะกรรมการประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการทางการแพทย์ (Medical QA/CQI committee)
- คณะกรรมการติดตามการใช้ทรัพยากร (Utilization Review Committee)
- คณะกรรมการคัดเลือกแพทย์เข้าทำงาน (Credential Committee)
- คณะกรรมการจริยธรรม (Ethical Committee)
- คณะกรรมการเวชระเบียน
- มีตัวแทนองค์กรแพทย์เข้าร่วมในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
- มีตัวแทนองค์กรแพทย์เข้าร่วมในคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีตัวแทนองค์กรแพทย์เข้าร่วมในคณะกรรมการคุณภาพของโรงพยาบาล

(4) มีกลไกให้แพทย์มีส่วนร่วม⁹⁴ในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์⁹⁵ (MED.2.4)

MED.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน

- (1) มีกลไกการคัดเลือกรับแพทย์เข้าปฏิบัติงาน⁹⁶และการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน⁹⁷ เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ (MED.3.1)
- (2) มีการจัดจำนวนแพทย์ปฏิบัติงานเพียงพอตามความจำเป็นของผู้ป่วย (MED.3.2)
- (3) มีกลไกควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม⁹⁸ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ⁹⁹ (MED.3.3)

⁹³ ควรมีการประชุมแพทย์ทุกคนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง เพื่อเป็นเวทีพิจารณาประเด็นซึ่งผู้บริหารหรือแพทย์เสนอ

⁹⁴ ตัวอย่างของกลไกดังกล่าวได้แก่ การร่วมเป็นกรรมการ การให้ข้อมูล รายงาน การนำเสนอเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

⁹⁵ ประเด็นที่ควรให้แพทย์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ งบประมาณ บริการทางคลินิก การจัดการกับของเสีย การออกแบบสถานที่ การวางแผนอุบัติเหตุ การศึกษา จริยธรรม การวางแผนกำลังคน สุขภาพของเจ้าหน้าที่ การประกันคุณภาพ การวิจัย การบริหารความเสี่ยง การวางแผนยุทธศาสตร์ การทบทวนการใช้ทรัพยากร

⁹⁶ การพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม (credential) ในการรับแพทย์เข้าทำงานหรือต่ออายุการจ้างงานควรประกอบด้วย การทบทวนความรู้ความสามารถ การประเมินคุณภาพของเวชปฏิบัติ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การปฏิบัติตามธรรมเนียม ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติ การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ การพัฒนาเจ้าหน้าที่และการศึกษาต่อเนื่อง

⁹⁷ การกำหนดสิทธิในการดูแลรักษาผู้ป่วยควรพิจารณาจาก ทักษะทางคลินิก, ประสบการณ์, ความสามารถ, ผลการปฏิบัติงาน, ความร่วมมือกับสาขาวิชาชีพต่างๆ, ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น, สุขภาพ, และควรสอดคล้องกับพันธกิจ แผนพัฒนาโรงพยาบาล และบริการสนับสนุนที่โรงพยาบาลมีอยู่

MED.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การพัฒนา และการฝึกอบรมให้กับแพทย์ เพื่อส่งเสริมและ
เอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน

- (1) มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรม (MED.4.1)
- (2) มีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านแพทย์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน (MED.4.2)
- (3) มีการจัดปฐมนิเทศสำหรับแพทย์ใหม่ หัวหน้าหน่วยงาน และประธานคณะกรรมการ ที่ได้รับแต่งตั้งใหม่ ในเรื่องนโยบาย, วิธีการทำงาน, และความคาดหวังขององค์กร (MED.4.3)
- (4) มีการพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ที่สอดคล้องกับปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วย (MED.4.4)
 - แพทย์ทุกคนได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมประชุมวิชาการและการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง
 - มีกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน¹⁰⁰ภายในกลุ่มวิชาชีพแพทย์
 - มีกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันร่วมกับวิชาชีพอื่น
- (5) มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อ
การดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย (MED.4.5)

MED.5 ธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้
และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจของบริการทางการแพทย์/
กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และทุกคนยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- (1) มีการจัดทำธรรมนูญหรือข้อบังคับขององค์กรแพทย์¹⁰¹ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแล
มาตรฐานและจรรยาบรรณการทำงานโดยกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้วยตนเอง (MED.5.1)
- (2) เนื้อหาของนโยบายและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มีความสอดคล้องกับนโยบายของ
โรงพยาบาล ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม¹⁰², การบริหารจัดการ,

⁹⁸ ประกอบด้วย ระบบให้คำปรึกษา, การกำหนดขอบเขตหน้าที่และข้อจำกัด, การประเมินความเหมาะสมของหน้าที่รับผิดชอบและ
ภาระงาน

⁹⁹ ประกอบด้วย การตรวจสอบความเหมาะสมของคุณวุฒิและความสามารถ, การส่งมอบเวร, ระบบให้คำปรึกษา, การประเมินผล
การปฏิบัติงาน

¹⁰⁰ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับบริการของหน่วยงาน, การทบทวนวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง, การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย
ร่วมกัน, การร่วมงานวิจัย, การศึกษาด้วยตนเอง, การเรียนรู้วิชาการในสาขาอื่น

¹⁰¹ ควรระบุสิ่งต่อไปนี้ โคร่งสร้างองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน, ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณวุฒิของแพทย์และ
กระบวนการในการรับแพทย์เข้าปฏิบัติงาน, ข้อกำหนดเกี่ยวกับวิธีการในการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับแพทย์แต่ละ
คน, การดำเนินการเมื่อมีกรณีปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ, การจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม, ความปลอดภัย, การพัฒนากำลังคน, บัณฑิตและการจัดทำเอกสาร¹⁰³ (MED.5.3)

MED.6 การดูแลผู้ป่วย

แพทย์ทุกคนให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย

(ดูรายละเอียดในบทที่ 15-20 การดูแลรักษาผู้ป่วย)

MED.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป และบทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ)

¹⁰² เช่น สถานการณ์ที่จำเป็นต้องมีการปรึกษา, กลไกการมอบหมายความรับผิดชอบ, การจัดกิจกรรมประกัน/พัฒนาคุณภาพทางการแพทย์, การดำเนินการในกรณีที่แพทย์ยังไม่มาดูแลผู้ป่วย, กลไกการจัดทำตารางเวร

¹⁰³ ข้อกำหนดในเรื่องความสมบูรณ์และระยะเวลาในการบันทึกเวชระเบียน, ข้อกำหนดในการสรุปเวชระเบียนและบทลงโทษ, หลักการและเอกสารที่ใช้ในกรณีต่าง ๆ เช่น ใบยินยอมรับการรักษา ทางเลือกในการรักษาและการปฏิเสธการรักษา การบริจาคอวัยวะ การทำแท้ง การทดลองในคน การช่วยให้ฟื้นคืนชีพและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

NUR.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

(ดูรายละเอียดในบทที่ 2 ทิศทางนโยบาย)

NUR.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการพยาบาลซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) **โครงสร้างการบริหารการพยาบาลชัดเจนและเหมาะสม (NUR.2.1)**

- มีกลุ่มงานการพยาบาลหรือฝ่ายการพยาบาลอย่างเป็นทางการ
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการซึ่งมีผู้แทนจากแผนก/สาขา/หน่วยงานย่อย เพื่อให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

(2) **มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของกลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลชัดเจน¹⁰⁴ (NUR.2.2)**

- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลมีบทบาทในการดูแล เสริมสร้าง อำนวยความสะดวก ควบคุม การปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้อยู่บนพื้นฐานของจรรยาบรรณ จรรยาบรรณ กฎหมาย ความรู้

(3) **มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับ (NUR.2.3)**

(4) **ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ เพียงพอ (NUR.2.4)**

- ด้านการบริหาร¹⁰⁵
- ด้านการปฏิบัติการพยาบาล¹⁰⁶

¹⁰⁴ ได้แก่หน้าที่ในการให้คำปรึกษา/ข้อเสนอแนะแก่ทีมผู้บริหาร, ประสานกิจกรรม/นโยบายของงานบริการพยาบาล, ดูแล เสริมสร้าง อำนวยความสะดวก ควบคุมการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้อยู่บนพื้นฐานของจรรยาบรรณ จรรยาบรรณ กฎหมาย ความรู้, คัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน, กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ, จัดระบบติดตามและประเมินคุณภาพ, กำหนดแนวทางส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

¹⁰⁵ ความเป็นผู้นำ การจัดการกับความขัดแย้ง การตัดสินใจแก้ไขปัญหา การสร้างแรงจูงใจ การให้ข้อชี้แนะเพื่อการพัฒนาตัวเจ้าหน้าที่ การตรวจสอบวิเคราะห์งาน การนำเสนอรายงานและขอการสนับสนุน การจัดหาและควบคุมการใช้ทรัพยากร การวางแผนและประเมินผล

¹⁰⁶ การสั่งการและมอบหมายงาน การช่วยเหลือทีมงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ซับซ้อน การนำเทคโนโลยีและความรู้ใหม่ๆ มาใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

- ด้านวิชาการ¹⁰⁷

(5) มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (NUR.2.5)

- ระบบรายงาน
- การประชุมพยาบาล
- การแต่งตั้งคณะกรรมการ
- ระบบสารสนเทศ
- การประชุมร่วมระหว่างแผนก
- การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
- การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการเวชระเบียน
- การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การมีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการคุณภาพโรงพยาบาล

NUR.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) การจัดอัตรากำลังคนทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงานอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย ความชำนาญของกำลังคน ที่ตั้งของหน่วยงาน และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (NUR.3.1)

- กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือความต้องการการพยาบาล เพื่อเป็นเกณฑ์กลางในการจำแนกผู้ป่วยของแต่ละหน่วยบริการ
- ประเมินปริมาณภาระงาน ความเพียงพอของอัตรากำลัง หรือความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละปี
- จัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้มีความเพียงพอและยุติธรรม
- จัดประเภทเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการอย่างเหมาะสม¹⁰⁸
- จัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ¹⁰⁹
- ทีมให้บริการพยาบาล/พยาบาลประจำการแต่ละหน่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ และ พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบ

¹⁰⁷ การสอนและฝึกให้ทีมงานพัฒนาทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน การริเริ่มโครงการหรืองานวิจัย การศึกษาเรียนรู้และถ่ายทอด การสร้างบรรยากาศทางวิชาการ

¹⁰⁸ โดยคำนึงถึง จำนวนผู้ป่วยลักษณะผู้ป่วย ความรุนแรงของผู้ป่วย คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ ความชำนาญของเจ้าหน้าที่ ลักษณะงาน

¹⁰⁹ ตัวอย่างมาตรฐานของกองการพยาบาลกำหนดสัดส่วน พยาบาลวิชาชีพ:พยาบาลเทคนิค:ผู้ป่วย ในแต่ละหน่วยงานไว้ดังนี้ ผู้ป่วยนอก 1:1.5-2:100, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3:1:100, หอผู้ป่วยสามัญ 1:1.5-2:24, หอผู้ป่วยพิเศษ 1:1.5-2:10, ผู้ป่วยหนัก 3:1:4, ห้องคลอด 2:1:4, ห้องผ่าตัด 3:1:2, วิสัญญีพยาบาล 2:0:2

วิชาชีพพยาบาล

- พยาบาลแต่ละคนได้รับการมอบหมายหน้าที่ตามความรู้ความสามารถเป็นลายลักษณ์อักษร

(2) พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพเป็นอย่างดี

- ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
- ให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว แต่ละราย
- ให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมงานในการวางแผนการพยาบาลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
- ปรับปรุงวิธีการหรือการบำบัดทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- คาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ และรายงานอาการได้ทันเวลา
- แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับเหตุการณ์
- ตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการได้เป็นอย่างดี มีเหตุมีผล
- มีทักษะในการให้ความรู้และให้การปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการและครอบครัว
- มีทักษะในการให้การพยาบาล สามารถช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าในกรณีที่ต้องการให้การพยาบาลที่ซับซ้อน
- ประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีเหตุผล

(3) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอโดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (NUR.3.2)

(4) เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (NUR.3.3)

NUR.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(ดูรายละเอียดในบทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล)

NUR.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ (คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน)

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบริการพยาบาลรวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป)

NUR.6 ระบบงาน/การบริหารการพยาบาล

มีการบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

- (1) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติ
- (2) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล สนับสนุนและประสานงานให้แต่ละหน่วยบริการในความรับผิดชอบ กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ
- (3) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนางานให้บรรลุเกณฑ์ชี้วัดในแต่ละปี
- (4) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละหน่วยบริการมีความรู้ ความสามารถ และให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ
 - การใช้มาตรฐานการพยาบาล
 - การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล
 - การทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งในวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ
 - การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ให้เป็นไปตามข้อกำหนดด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ
 - การพัฒนาทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง
- (4) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดระบบการนิเทศ สอนงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน¹¹⁰
- (5) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพและเฝ้าระวังการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการพยาบาล
 - การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ
 - การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ
 - การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
 - การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และครอบครัว

¹¹⁰ ระบบการนิเทศ ควรประกอบด้วย วัตถุประสงค์, แนวทางการนิเทศ, เครื่องมือนิเทศ, ตารางการนิเทศ, บทบาทและความรู้ของพยาบาลผู้นิเทศ

NUR.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป และบทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ)

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

ETH.1 ความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

- (1) มีหลักฐานว่าโรงพยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย¹¹¹ (ETH.1.1)
 - มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย
 - มีการสร้างความตระหนักถึงหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
 - มีการเตรียมพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิของตนอย่างเหมาะสม
 - มีระบบค้นหาผู้ป่วยที่ควรได้รับการคุ้มครองสิทธิ
- (2) ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง (ETH.1.2)
 - การได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งวิธีการตรวจรักษาต่างๆ
 - การขอดูแลเฉพาะเป็นน และการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนของตน
 - การร้องเรียน
 - การเลือกเข้า/ไม่เข้าร่วมในการวิจัยหรือการฝึกอบรมของนักศึกษา
 - การขอคำปรึกษา/ความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่น (second opinion)
 - การส่งต่อไปยังแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย
- (3) มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย¹¹² (ETH.1.3)
- (4) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษา¹¹³ (ETH.1.4)
- (5) มีกลไกที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีอำนาจในการตัดสินใจ (ETH.1.5)
- (6) มีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาและความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะเดียวกันโดยไม่ขึ้นกับสถานที่ ผู้ให้บริการ ความสามารถหรือวิธีการชำระเงิน (ETH.1.6)

¹¹¹ โรงพยาบาลควรแสดงให้เห็นว่าตระหนักและเคารพสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้: การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยแต่ละคน, การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย, การรักษาความลับของผู้ป่วย

¹¹² ควรมีการให้ข้อมูลต่อไปนี้แก่ผู้ป่วย: ระยะเวลารอคอย, บริการต่างๆของโรงพยาบาล, ขั้นตอนในการรับการตรวจรักษา, คู่มือหรือข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

¹¹³ ควรมีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษาลงจากที่ได้รับคำอธิบายจนเข้าใจแล้ว ก่อนที่จะให้บริการหรือมีกิจกรรมต่อไปนี้: การดมยาสลบ/ให้ยาระงับความรู้สึก, การผ่าตัด, การให้ยาพิเศษซึ่งไม่ได้ใช้ในกรณีทั่วไป, การบันทึกภาพหรือเสียง, การรักษาด้วย electro-convulsion, การตรวจวินิจฉัยที่มีความเสี่ยงสูง, การเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือการเรียนการสอน, การปฏิบัติอื่น ๆ ที่ต้องได้รับความยินยอมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ETH.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

**ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะ ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
อย่างเหมาะสม**

**(1) เด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความ
จำเป็น (ETH.2.1)**

- การจัดสถานที่เฉพาะสำหรับบริการผู้ป่วยเด็ก
- การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากไฟฟ้า เครื่องจักรกล น้ำยา หรือสารอันตรายต่างๆ
- หน่วยบริการผู้ป่วยเด็กมีเครื่องมือและยาเฉพาะสำหรับเด็ก เช่น เครื่องดมยาสลบ เครื่องพ่นยา เครื่องปรับหยดน้ำเกลือ ชุดให้สารน้ำ เครื่องช่วยชีวิต
- เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือและยาสำหรับเด็ก
- เจ้าหน้าที่ดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษต่อเด็กที่ป่วยหนัก เด็กที่มีความผิดปกติทางร่างกายหรือประสาทสัมผัส เด็กที่เรียนรู้ช้า เด็กที่ไม่มีญาติมาเฝ้าดูแล
- พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้รับการส่งเสริมให้อยู่เฝ้าเด็กระหว่างการนอนโรงพยาบาล

(2) มีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว (ETH.2.2)

- มีการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- มีการช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

**(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยก ผูกยึด หรือให้ยาฉุกเงิน อย่างเหมาะสม
(ETH.2.3)**

- ต้องมีเหตุผลทางคลินิกที่สมควร
- ต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
- ไม่ควรก่อให้เกิดความไม่สุขสบายทางร่างกายแก่ผู้ป่วย
- ดำเนินการภายในกรอบของกฎหมายหรือบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

ETH.3 จริยธรรมองค์กร

มีนโยบายและวิถีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

- (1) มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม¹¹⁴ (ETH.3.1)
 - มีกลไกการตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย
 - มีกลไกสำหรับแก้ปัญหาความขัดแย้งในการตัดสินใจ
 - กำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวผู้ป่วย ในการตัดสินใจยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ/การรักษาเพื่อชะลอความตาย
 - การเขียนคำสั่งและบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
 - การใช้พินัยกรรมชีวิต (advanced directives) ในขอบเขตของกฎหมาย
- (2) มีจริยธรรมในเรื่องค่าบริการ
 - มีจริยธรรมในการกำหนดค่าบริการ
 - มีการเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการ (ETH.3.2)
- (3) มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ (ETH.3.3)
- (4) มีจริยธรรมในการรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย (ETH.3.3)
- (5) มีจริยธรรมในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน (ETH.3.4)
 - เกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ
 - กลไกการแจ้งให้ผู้บริจาค และ/หรือ ครอบครัวตัดสินใจ
 - แบบฟอร์มสำหรับให้ผู้บริจาคหรือญาติลงนามยินยอมในการบริจาค
- (6) มีกลไกช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม (ETH.3.5)

¹¹⁴ ควรคู่มือ/แนวทางปฏิบัติซึ่งจัดร่างโดยแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ที่เหมาะสมอื่น ๆ และผ่านการรับรองจากฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล

หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

GEN.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

(1) การประเมินผู้ป่วย

- มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(2) การวางแผนดูแลรักษา

- มีการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันในผู้ป่วยที่ซับซ้อน
- มีการร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า¹¹⁵

(3) การปรึกษา

- มีแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้ในการขอคำปรึกษาทางการแพทย์ที่ชัดเจน
- ระบบการปรึกษาทางการแพทย์มีความราบรื่นและตอบสนองปัญหาผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม

(4) การให้ข้อมูล

- มีความร่วมมือและการประสานงานในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ
- มีการกำหนดลักษณะของข้อมูลที่อาจมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งจะต้องใช้ความระมัดระวังในการให้ข้อมูล และกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบชัดเจน

(5) การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา

- มีระบบบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์เพื่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพ/ผู้ให้บริการ
- การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน
- มีการสื่อสารปัญหาเชิงระบบ¹¹⁶ระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการปรับปรุง
- มีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ปัญหาและหาโอกาสในการพัฒนา
- มีการสื่อสารข้อมูลจากการทบทวนภายในวิชาชีพหนึ่งไปให้วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง
- มีการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันโดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

¹¹⁵ เป็นการเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันก่อนที่จะมีการรับผู้ป่วย เช่น การร่วมกันจัดทำ clinical pathway/CareMap, Clinical Practice Guideline

¹¹⁶ ปัญหาเชิงระบบ: ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงแล้วก็จะเกิดปัญหาขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เช่น การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนซึ่งไม่ครบถ้วนหรือไม่มีประโยชน์ การไม่มีแพทย์รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยซับซ้อนที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

GEN.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

GEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ

- (1) มีการจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่เร่งด่วนได้อย่างทันเหตุการณ์
- (2) การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - มีการให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว¹¹⁷
 - มีการประเมินผู้รับข้อมูลเพื่อกำหนดเนื้อหาและวิธีการให้ข้อมูล
 - มีการจัดทำสื่อที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำความเข้าใจแก่ผู้รับข้อมูล
- (3) การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว
 - ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ทีมผู้ให้บริการอย่างครบถ้วน มีการจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการขอข้อมูลจากผู้ป่วย
- (4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
 - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็น¹¹⁸ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
 - ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอสำหรับทำให้เกิดความเข้าใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
 - มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้ข้อมูลที่อาจจะเป็นปัญหา¹¹⁹
- (5) การลงนามยินยอมรับการรักษา
 - มีการลงนามยินยอมรับการรักษาโดยผู้ป่วยหรือญาติ หลังจากได้รับการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ
 - มีการระบุชัดเจนถึงข้อมูลที่ได้นำไปใช้แก่ผู้ป่วยในใบยินยอมรับการรักษา
 - เป็นการให้การยินยอมเฉพาะการทำหัตถการแต่ละครั้ง
- (6) การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification)
 - มีป้ายชื่อติดตัวผู้ป่วยสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ
 - มีป้ายชื่อติดตัวผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยอื่นๆ

¹¹⁷ เช่น ขั้นตอนในการให้บริการ สถานที่ เวลาเยี่ยม ผู้ให้บริการ สิทธิ ความรับผิดชอบ ระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ ของโรงพยาบาล

¹¹⁸ ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ทางเลือกในการรักษา และการพยากรณ์โรค

¹¹⁹ เช่น การวินิจฉัยโรคที่ไม่มีทางรักษา หรือโรคติดต่อร้ายแรง

- มีการตรวจข้อผู้ป่วยเมื่อจะทำหัตถการหรือตรวจพิเศษ

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

GEN.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็น ระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

(1) การประเมินผู้ป่วย

- มีการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างสมบูรณ์
- มีการประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อจำกัดของผู้ป่วย
- มีการบันทึกข้อมูลการประเมินอย่างสมบูรณ์
- มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย

(2) การตรวจ investigate

- มีบริการตรวจ investigate ที่จำเป็นครบถ้วน หรือมีระบบส่งต่อไปตรวจที่อื่น
- มีระบบการเก็บส่งตรวจและข้อมูลประกอบการส่งตรวจที่ถูกต้องสมบูรณ์
- มีการ feed back คุณภาพ ความถูกต้อง ของการเก็บส่งตรวจจากหน่วยงานผู้ตรวจ
- สามารถส่งตรวจ investigate ได้ในเวลาที่เหมาะสม
- แพทย์ได้รับผลการตรวจ investigate ในเวลาที่เหมาะสม
- มีระบบการเก็บบันทึกผลการตรวจ investigate ในเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด
- มีมาตรการในการป้องกันการสูญหายของผลการตรวจ investigate โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยย้ายหรือจำหน่าย
- ผลการตรวจ investigate มีความแม่นยำน่าเชื่อถือ
- มีการอธิบายหรือค้นหาสาเหตุของความผิดปกติของผลการตรวจ
- มีการอธิบายผลการตรวจ investigate ให้แก่ผู้ป่วย

(3) การวินิจฉัยโรค

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาเร็วที่สุด มีการลงบันทึกตามเวลาที่ รพ. กำหนดไว้
- มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม
- มีบันทึกข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรคหรือการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค
- มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคอย่างสม่ำเสมอ

(4) มีการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพ

- มีการบันทึกแผนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งกำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
- ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
- มีการสื่อสาร/ประสานงานที่ดี สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของ ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

- มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆ

(5) การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด

- มีแนวทางปฏิบัติในการประเมินและวางแผนล่วงหน้าสำหรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก
- ผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญี และ/หรือ แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

(6) มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ

- ติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันในผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิด
- ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอตามระดับความรุนแรงของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยเน้นอวัยวะที่สัมพันธ์กับปัญหา/การเจ็บป่วย และสภาพร่างกายทั่วไป
- สังเกตอาการผิดปกติที่อาจคุกคามถึงชีวิตเนื่องจากการใช้ยาอันตรายต่างๆ
- ประเมินประสิทธิภาพของการทำงานของเครื่องมือพิเศษที่ผู้ป่วยใช้อย่างสม่ำเสมอ สังเกตอาการผิดปกติซึ่งอาจเกิดจากการใช้เครื่องมือพิเศษ
- ประเมินอาการ/อาการแสดงของการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย
- วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อจำแนกความรุนแรง ปรับการวินิจฉัยโรค และปรับแผนการดูแลรักษา

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย

GEN.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน แห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะที่ได้สถานการณ์ของ โรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

- (1) การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - มีแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - มีการเตรียมความพร้อม (เจ้าหน้าที่และเครื่องมือ) เพื่อตอบสนองปัญหาหรือภาวะฉุกเฉิน
 - มีระบบที่จะตรวจพบปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินและระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- (2) การจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย
 - มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา¹²⁰
 - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - ผู้ป่วยหนักที่ถูกเคลื่อนย้ายไปยังจุดอื่นจะมีผู้ติดตามซึ่งมีความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหา/อันตรายอันอาจเกิดขึ้นขณะนำส่ง
 - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงเหมาะสมกับความรุนแรง
 - การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่เหมาะสม มีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านเครื่องมือและเจ้าหน้าที่
- (3) มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม
 - มีแนวทางการมอบหมายความรับผิดชอบเพื่อปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาตามความรู้ความสามารถ และทำความเข้าใจรายละเอียดของงานเพื่อให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน และปฏิบัติได้ครบถ้วน
 - ผู้ให้การดูแลรักษาแสดงสถานะของตนเองอย่างชัดเจน
 - มีการฝึกอบรม/ควบคุมกำกับอย่างเหมาะสม
- (4) การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพและแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล
- (5) การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม
 - มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทางด้าน อารมณ์ จิตใจ สังคม
 - มีการประเมินความต้องการหรือการค้นหาปัญหาด้าน อารมณ์ จิตใจ สังคม
 - มีการตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม
 - ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

¹²⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่อไปนี้: การติดเชื้อในโรงพยาบาล อันตรายจากการใช้เครื่องมือพิเศษ อันตรายจากการทำ invasive procedure อันตรายจากยา ความชอกช้ำของร่างกายหรืออวัยวะ การเกิดอุบัติเหตุ การตายอย่างไม่คาดคิด การเกิดแผลกดทับ ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ การเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะเนื่องจากไม่ได้ใช้งาน

- จัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยรบกวนหรือสิ่งรบกวน
- จัดสถานที่สำหรับครอบครัวหรือผู้เยี่ยม เพื่อผ่อนคลายหรือระบายความเครียด

(6) การใช้ยา

- เกสซิกอร์มีโอกาสทบทวนและประเมินความถูกต้องของคำสั่งใช้ยา
- มีหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ทั้งชนิด ขนาด เวลา
- ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เหมาะสมเกี่ยวกับยาที่ได้รับ

(7) การป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(8) การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย

- มีการประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เพื่อดูการตอบสนองต่อแผนการรักษาที่วางไว้
- มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- มีการรายงานการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ได้รับทราบได้ทันที่และได้รับข้อมูลเพียงพอ
- แพทย์ให้การตอบสนองต่อการรายงานอย่างเหมาะสม
- มีการนำผลการประเมินนี้ไปใช้ปรับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทันที่

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

IM.4.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ

GEN.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

(1) การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน

- มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ
- มีการร่วมกันกำหนดมาตรฐานข้อมูลที่ต้องบันทึก

(2) การออกแบบบันทึกข้อมูล

- มีการทบทวนแบบบันทึกข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสูญเปล่า
- มีการออกแบบบันทึกเพื่อสะดวกต่อการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมตามที่กำหนด
- มีการออกแบบบันทึกเพื่อเป็นเครื่องเตือนใจหรือชี้แนะแนวทางปฏิบัติ

(3) ความครอบคลุมของข้อมูล มีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอดังต่อไปนี้

- ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร
- ทราบเหตุผลของการรับไว้ในอนโรงพยาบาล
- มีการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมและข้อมูลสนับสนุน
- สามารถประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยได้
- ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- เชื้ออำนาจต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ
- สามารถให้รหัสโรคและหัตถการได้อย่างถูกต้อง

(4) ความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ/เป้าหมายของการบันทึก

- มีการร่วมกันทบทวนความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ
- สิ่งที่บ้านทักเพียงพอกับความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สิ่งที่บ้านทักเพียงพอกับการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- สิ่งที่บ้านทักเพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(5) การทบทวนบันทึกเวชระเบียน

- มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องโดยหัวหน้าหรือผู้ได้รับมอบหมายของแต่ละวิชาชีพ
- มีการทบทวนความสมบูรณ์ถูกต้องร่วมกันโดยผู้แทนจากวิชาชีพต่างๆ

- มีการนำผลการทบทวนไปปรับปรุงการบันทึก

IM.4.2 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน

- การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ทางโรงพยาบาลรับรอง
- การระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยา ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยแต่ละราย
- การออกคำสั่งรักษาด้วยคำพูด ผู้มีหน้าที่ในการบันทึกคำสั่ง ควรกำหนดประเภทของคำสั่งที่อาจจะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยซึ่งแพทย์ผู้สั่งต้องมาลงนามกำกับภายในเวลาที่กำหนดไว้
- การลงวันที่ เวลา และการลงนามผู้บันทึก
- ระบบที่จะค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย หากมีการเก็บแยกไว้คนละที่
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ สำหรับการบันทึกเมื่อแรกรับ
- การทำหัตถการ และการบันทึกเมื่อจำหน่าย
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องเก็บบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาเข้าในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยถูกจำหน่ายก่อนที่จะได้รับผลการตรวจ

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

GEN.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัว ได้เร็วที่สุด

(1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน
- มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
- คำนึงถึงระดับความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว
- วางแผนครบถ้วนทุกองค์ประกอบ¹²¹

(2) การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

- มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาค่อยๆ ต่อเนื่องที่ดี
- มีการพิจารณาข้อจำกัดของผู้ป่วยในการมารับการรักษาค่อยๆ ต่อเนื่อง
- มีการประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการดูแลรักษาใกล้บ้าน
- มีระบบที่จะรับทราบปัญหาของการไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

¹²¹ ตัวอย่างเช่น M-E-T-H-O-D model

M (Medication) ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ, E (Environment & Economic) ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพ การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน การจัดการเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจและสังคม, T (Treatment) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเป้าหมายของการรักษา สามารถสังเกตอาการของตนเองและรายงานอาการที่สำคัญให้แพทย์/พยาบาลทราบ มีความรู้พอที่จะจัดการกับภาวะฉุกเฉินด้วยตนเองอย่างเหมาะสมก่อนมาถึงสถานพยาบาล, H (Health) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตน เช่น ข้อจำกัด ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ เชื้อต่อการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน, O (Outpatient Referral) ผู้ป่วยเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อสรุปผลการรักษาและแผนการดูแลผู้ป่วยให้กับหน่วยงานอื่นที่จะรับช่วงดูแลต่อ, D (Diet) ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมกับภาวะและข้อจำกัดด้านสุขภาพ

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล (2542) **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (2539)
**มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนนักษัตร: แนวทางการพัฒนาคุณภาพโดยเน้น
ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2538) **เครื่องมือตรวจรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม**.