

ฉบับที่ 4

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

เริ่มใช้เพื่อการรับรอง HA ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561

Hospital and Healthcare Standards

4th Edition

Effective for Healthcare Accreditation 1 July 2018



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

คำนำ

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

เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย สถาบันจึงปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นเป็นมาตรฐานฉบับที่ 4 มีการเรียบเรียงเนื้อหาให้มีความกระชับโดยยังคงสาระหลักเดิมไว้ ขณะเดียวกัน ก็ได้มีการยกเว้นเนื้อหาใหม่ขึ้นอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

หวังว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับนี้จะช่วยชี้นำการพัฒนาระบบงาน และการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ ภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่ องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ตุลาคม 2560

สารบัญ

คำนำ	i
สารบัญ.....	iii
แนวทางการใช้มาตรฐาน.....	vi
ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร	1
I-1 การนำ (LED).....	2
I-2 กลยุทธ์ (STG).....	10
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM).....	16
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK).....	25
I-5 กำลังคน (WKF).....	32
I-6 การปฏิบัติการ (OPT).....	42
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล	52
II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)	53
II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)	69
II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)	78
II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC).....	91
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS).....	102
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS).....	109

II-7 การตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)	123
II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS).....	141
II-9 การทำงานกับชุมชน (COM).....	147
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย.....	153
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN).....	154
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)	158
III-3 การวางแผน (PLN).....	163
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD).....	169
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP).....	185
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)	189
ตอนที่ IV ผลการดำเนินการขององค์กร.....	192
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)	193
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR).....	193
IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)	194
IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)	195
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR).....	196
IV-6 ผลด้านการเงิน (FNR).....	197
ภาคผนวก.....	198
ภาคผนวก 1 Scoring Guideline	198

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation	200
ภาคผนวก 3: ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3	221
ภาคผนวก 4: ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ	228

แนวทางการใช้มาตรฐาน

เป้าหมายของการใช้มาตรฐาน

เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบจัดการความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

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

เนื้อหาของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 4 ได้มีการปรับเปลี่ยนจากฉบับที่ 3 ในหลายประเด็น โดยเนื้อหาที่ปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมจะแสดงด้วยตัวอักษรสีเขียว ผู้ใช้มาตรฐานสามารถดูรหัสของเกณฑ์ในมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบกับฉบับที่ 3 ได้จากตารางเปรียบเทียบในภาคผนวก

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

สิ่งที่ต้องใจควบคู่กับมาตรฐาน

- การพิจารณาบริบทขององค์กรและหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยง ที่สำคัญ

- การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values & concepts) ของการพัฒนาคุณภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ

* ทิศทางนำ: visionary leadership, systems perspective, agility

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

การใช้มาตรฐานที่ก่อให้เกิดคุณค่า

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

- เน้นการใช้เพื่อการเรียนรู้และยกระดับผลการดำเนินงาน

- เน้นความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ในแต่ละระบบ (ศึกษาและทำความเข้าใจเส้นที่เชื่อมต่อองค์ประกอบต่างๆ ในแผนภูมิ) และการเชื่อมโยงระหว่างระบบงานต่างๆ

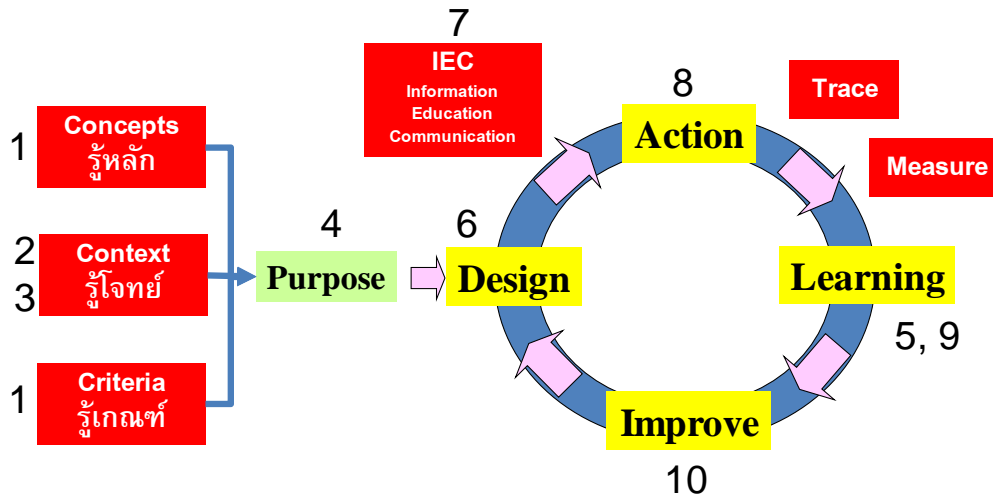
- เน้นการนำมาตรฐานไปเรียนรู้และทบทวนการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในที่ทำงาน หรือที่ข้างเตียงผู้ป่วย

- เน้นการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) อย่าง เชื่อมโยง

- ประยุกต์ใช้มาตรฐานอย่างเหมาะสม เช่น ประยุกต์ใช้มาตรฐานตอนที่ 1 กับระดับหน่วยงานด้วย ประยุกต์มาตรฐานว่าด้วยการจัดการกระบวนการในทุกเรื่อง

- เน้นการทบทวนประเมินผลในระดับภาพรวม และการบรรลุเป้าหมายของแต่ละระบบ

การประยุกต์แนวคิด 3C-PDSA/DALI ในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ



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

กิจกรรมการเรียนรู้คู่กับมาตรฐาน HA

การเรียนรู้ (Study หรือ Learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนา การเรียนรู้ในที่นี่ครอบคลุมการทบทวนและติดตามประเมินผลในทุกรูปแบบ ซึ่งมีวิธีการมากมาย เช่น

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

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

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

4) **การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์** เมื่อมีบางหน่วยงานได้ทดลองปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างแล้ว อาจจัดเวทีให้ทีมงานได้นำเสนอ เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นหรือข้อวิพากษ์ อันจะนำไปสู่การต่อยอดความคิด หรือการปรับทิศทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5) การเขียนบันทึกความก้าวหน้า (portfolio) จะทำให้ผู้เขียนได้ตกลึกความคิดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การเขียนบันทึกอาจจะเป็นการเขียนอย่างอิสระไม่ต้องมีรูปแบบ หรืออาจจะเป็นการเขียนตามประเด็นที่กำหนดไว้ เช่น service profile, CQI story

6) การใช้ตัวตามรอย (tracer) เป็นการติดตามสิ่งที่เราคุ่นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยอาจจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มโรค ข้อมูลข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ ฯลฯ การตามรอยช่วยให้เราเข้าไปทำความเข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เราเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน

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

8) การทบทวนหลังทำกิจกรรม (after action review) ทุกครั้งหลังจากทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเล็กหรือใหญ่ ทีมงานที่ร่วมกิจกรรมมาทบทวนร่วมกันว่าสิ่งที่ทำลงไปนั้น

บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่แรกหรือไม่ อะไรคือความสำเร็จหรือคุณค่าที่ควรรักษา อะไรคือจุดอ่อนที่ควรปรับปรุงในโอกาสต่อไป

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

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

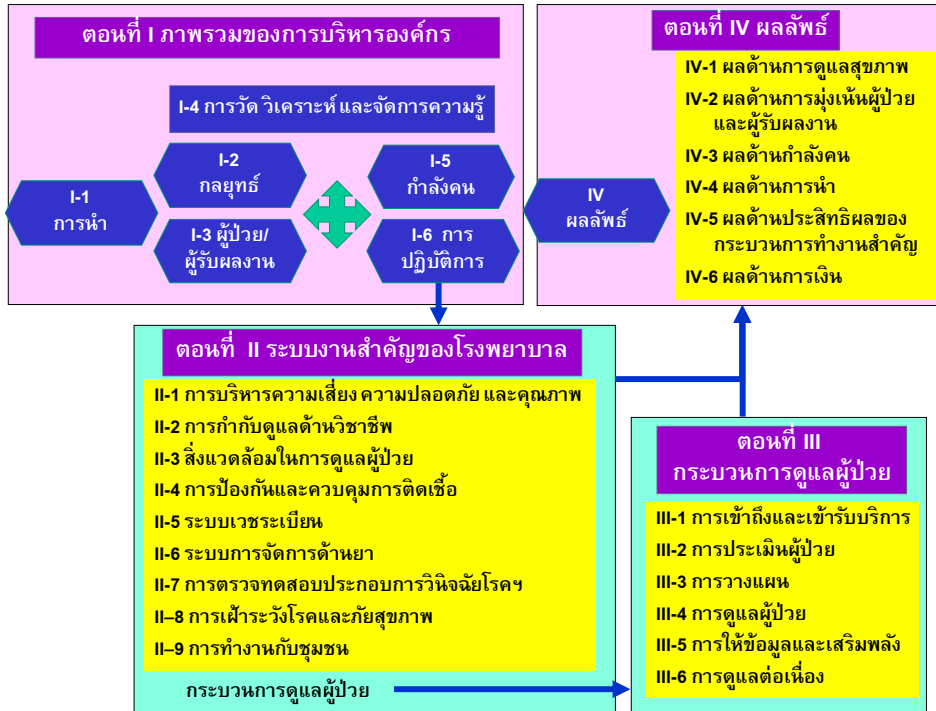
เหตุการณ์ จะช่วยให้เห็นโอกาสพัฒนาในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้
ง่ายขึ้น

11) การประเมินตนเองตามมาตรฐานและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน
(self assessment of standard compliance) มาตรฐานเป็นเครื่องมือช่วยให้เราได้มองเห็นว่า
ระบบงานที่วางไว้นั้นมีความรัดกุมเหมาะสมดีแล้วหรือไม่ มีการนำวงล้อ PDSA มาปฏิบัติ
อย่างไร สามารถบอกถึงการบรรลุเป้าหมายในแต่ละระบบหรือกระบวนการได้เพียงใด

12) การทบทวนเวชระเบียน (medical record review) การทบทวนเวชระเบียนใน
ขั้นพื้นฐานคือการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึก หากจะให้การทบทวนนั้นมีผลถึง
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ควรจะทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพของการปฏิบัติในขั้นตอนต่างๆ ของ
กระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อะไรบ้างจากการดูแลนั้น
โดยมีเป้าหมายเพื่อการปรับปรุง มีใช่การกล่าวโทษหรือหาผู้กระทำผิด

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร

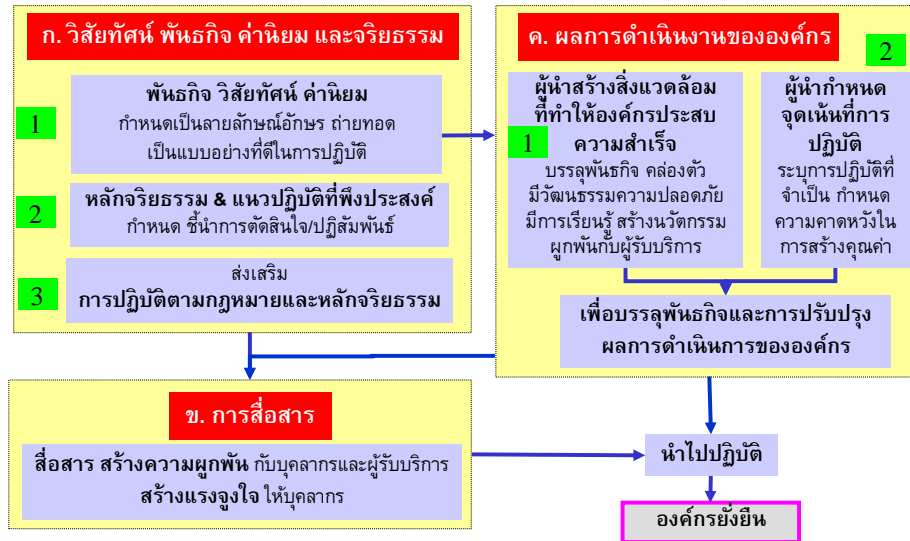


มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

I-1 การนำ (LED)

I – 1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)

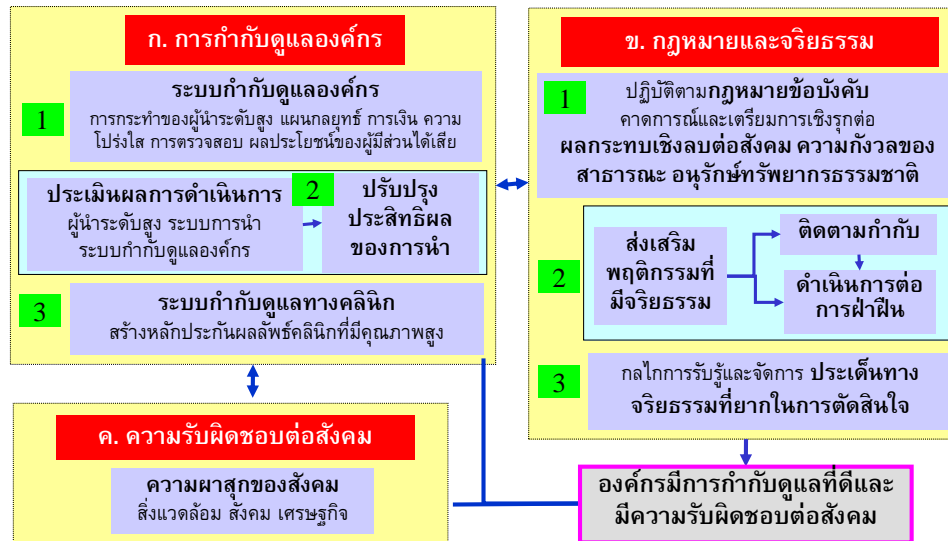
การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสาร ที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

I- 1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (Governance and Societal Responsibility)

องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.



I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)

การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ.

ก. วิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม และจริยธรรม

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

ข. การสื่อสาร

- (1) ผู้นำระดับสูงใช้การสื่อสารอย่างได้ผลและสร้างความผูกพันกับกำลังคนทั้งองค์กรและผู้รับบริการที่สำคัญ สื่อสารการตัดสินใจที่สำคัญและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงจิตใจกำลังคนเพื่อให้มีผลการดำเนินงานที่ดี.

ค. ผลการดำเนินงานขององค์กร

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

I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)

องค์กรทำให้มั่นใจในใจระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม.

ก. การกำกับดูแลองค์กร

(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร ทบทวนและประสบความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้:

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

(2) องค์กรประเมินผลการดำเนินการของผู้บริหารระดับสูง ระบบการนำ ระบบกำกับกำกับดูแลองค์กร และนำผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงผู้นำและระบบการนำ.

(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก¹ เพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญได้แก่

การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องของผู้ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล² การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และ ประสิทธิภาพของผู้ป่วย. คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอและ แสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.

¹ การกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance) เป็นกรอบที่สถานพยาบาลใช้เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อคุณภาพและมาตรฐานในงานบริการ ตลอดจนยกระดับคุณภาพงานบริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การจัดการงานคลินิก บริการอย่างเหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ช่วยเสริมสร้างงานบริการที่เป็นเลิศ

² การเปิดเผยข้อมูล (openness) เช่น การเปิดเผยหรือแสดงข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดให้มีช่องทางที่จะรับฟังความคิดเห็นหรือ เรื่องร้องเรียน

ข. การปฏิบัติตามกฎหมายและพฤติกรรมที่มีจริยธรรม

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

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

⁴ ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ (ethical dilemma) เช่น การตัดสินใจไม่ให้เกิดการรักษาหรือยุติการรักษา การให้การรักษาที่จำเป็นแต่ขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย การรับผู้ป่วยหนักรายใหม่เข้าไปในหอผู้ป่วยหนักซึ่งจำเป็นต้องย้ายผู้ป่วยหนักที่อยู่เดิมออกหนึ่งราย

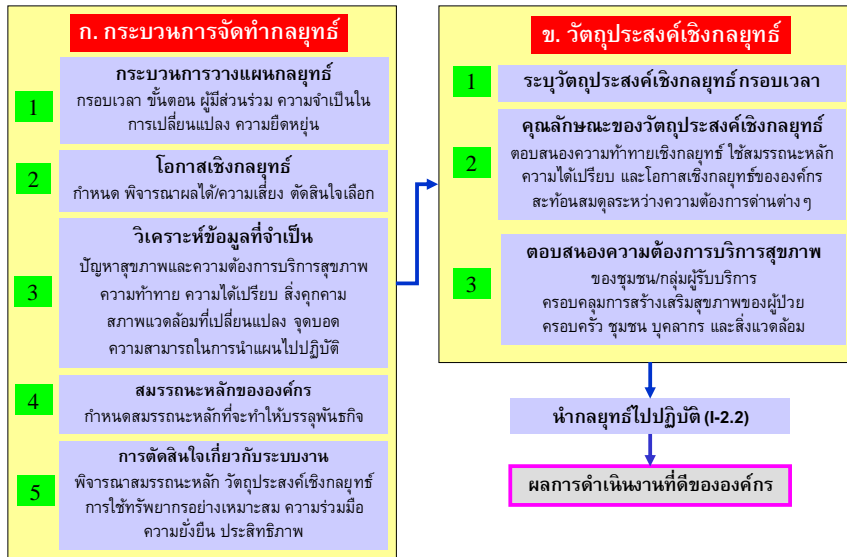
ค. ความรับผิดชอบต่อสังคม

- (1) องค์กรมีส่วนรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.

I-2 กลยุทธ์ (STG)

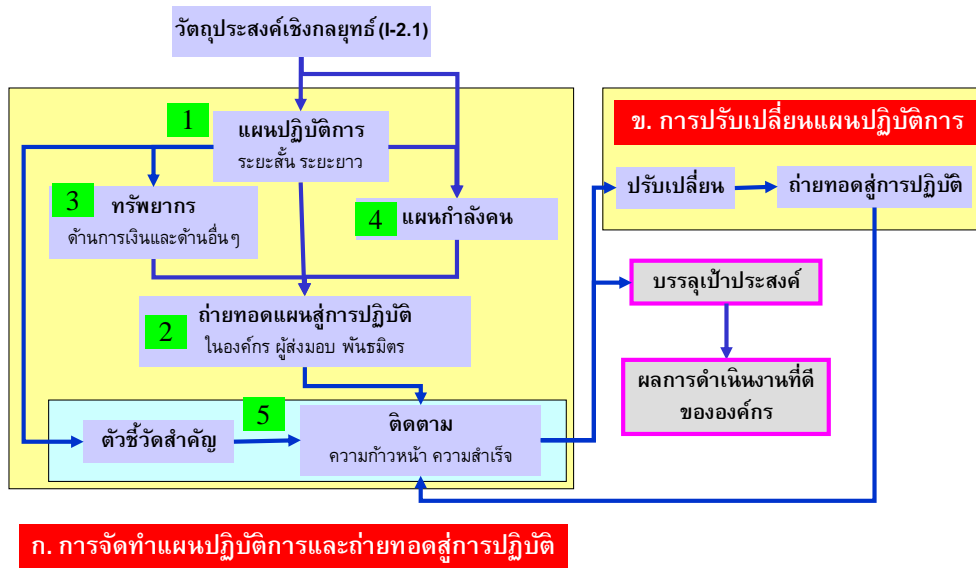
I – 2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (Strategy Development)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.



1 – 2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.



I-2.1 การจัดทำกลยุทธ์ (STG.1)

องค์กรวางแผนเชิงกลยุทธ์ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร.

ก. กระบวนการจัดทำกลยุทธ์

- (1) องค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมในด้านกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม. มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กร.
- (2) องค์กรกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ ตัดสินใจเลือกโอกาสพัฒนาและความเสี่ยงสำคัญที่จะดำเนินการให้สำเร็จ และส่งเสริมนวัตกรรมในเรื่องดังกล่าว.
- (3) องค์กรวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้ในการจัดทำกลยุทธ์: ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ/ชุมชนที่รับผิดชอบ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ สิ่งที่คุณค่าความสำเร็จ โอกาสเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม จุดยอดที่เป็นไปได้ในการวางแผน ความสามารถในการนำแผนไปปฏิบัติ.
- (4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.
- (5) องค์กรตัดสินใจเรื่องกระบวนการทำงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเอง และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ โดย

พิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพ.

ข. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

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

I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2)

องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์.

ก. การจัดทำแผนปฏิบัติการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ

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

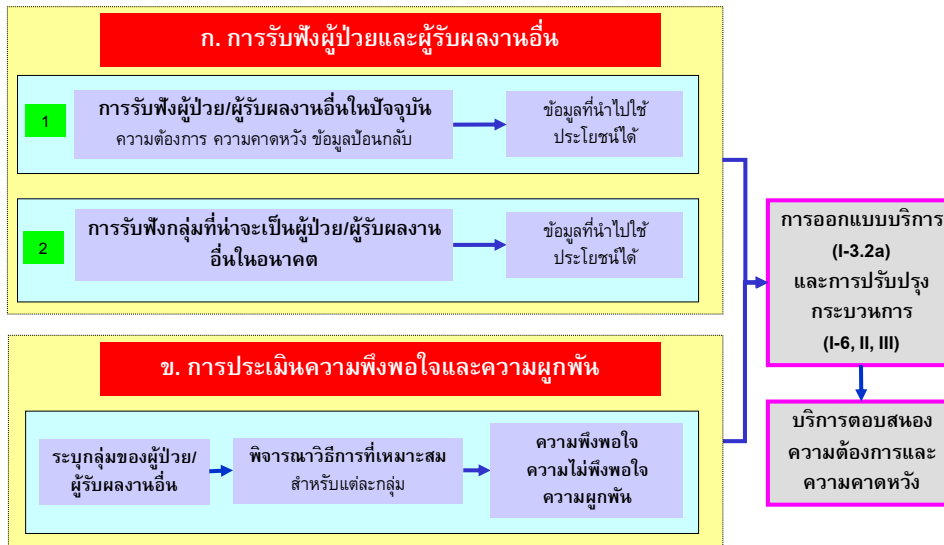
ข. การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการ

องค์กรปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการเมื่อมีความจำเป็น และนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ.

I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)

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

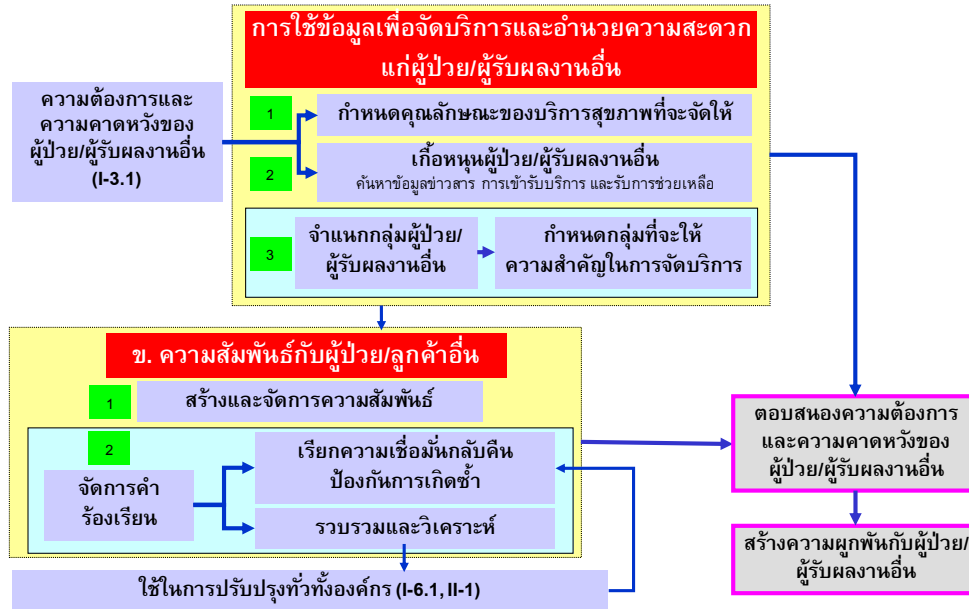
องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

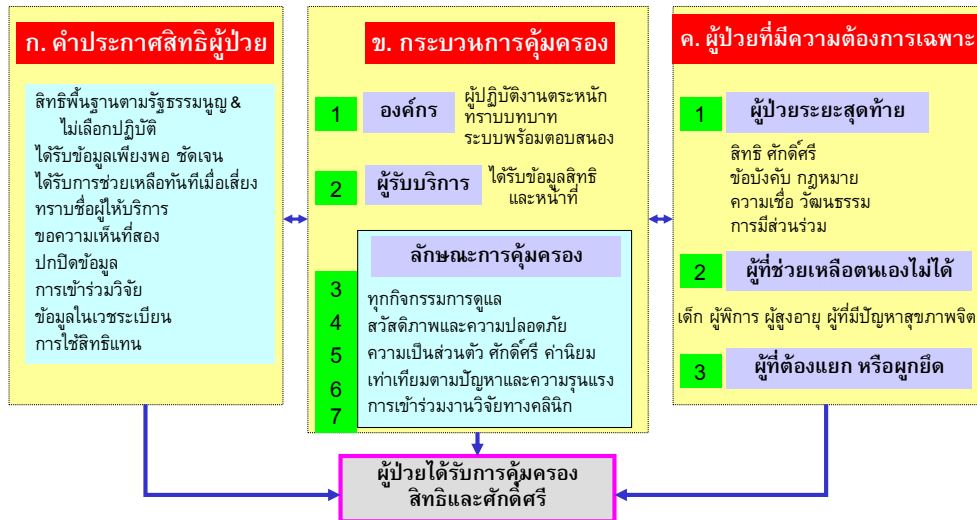
I – 3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (Patient/Other Customer Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์.



I – 3.3 สิทธิผู้ป่วย (Patients' Rights)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย



I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM.1)

องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง.

ก. การรับฟังผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น

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

ข. การประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

- (1) องค์กรประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ.

I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (PCM.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์.

ก. การใช้ข้อมูลเพื่อจัดบริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

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

ข. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น

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

I-3.3 สิทธิผู้ป่วย (PCM.3)

องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย.

ก. คำประกาศสิทธิผู้ป่วย

- (1) ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข⁵.

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

ข. กระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

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

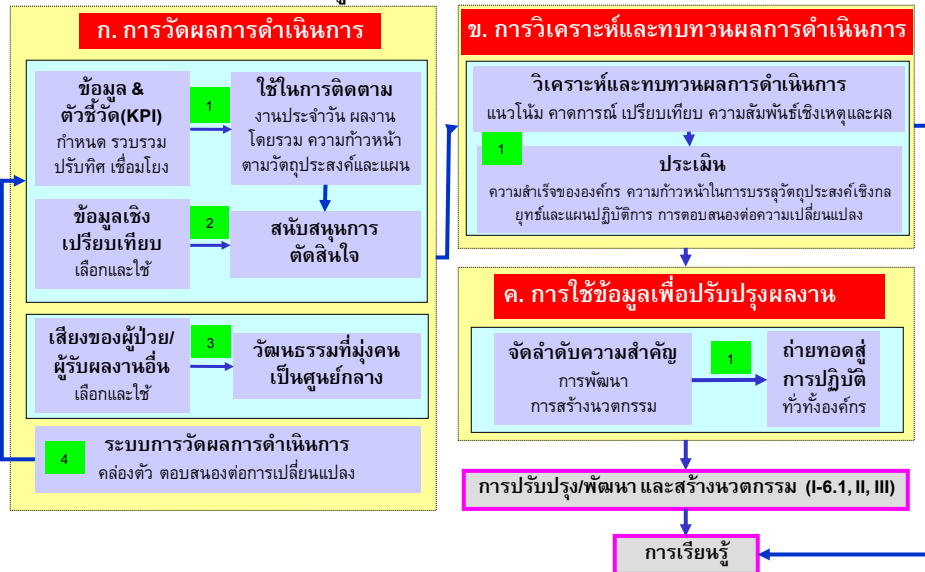
ค. การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

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

I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)

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

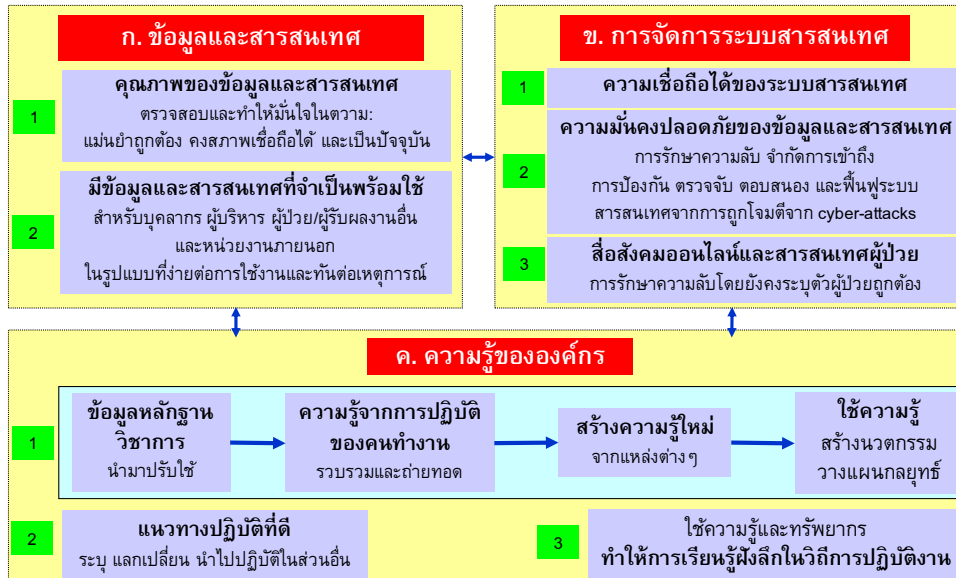
องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

1-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ (Information and Knowledge Management)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สิทธิพจน์ความรู้ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.



I-4.1 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร (MAK.1)

องค์กรเลือก รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กรและส่งเสริมการเรียนรู้.

ก. การวัดผลการดำเนินการ

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

⁶ แหล่งข้อมูลและสารสนเทศเชิงเปรียบเทียบอาจมาจากระดับผลงานที่เป็นเลิศ, ระดับผลงานเฉลี่ยในกิจการบริการสุขภาพ, ผลงานของคู่แข่ง, ผลงานขององค์กรที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

- (4) ระบบการวัดผลการดำเนินการขององค์กรมีความคล่องตัว ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือไม่คาดคิด.

ข. การวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ

- (1) องค์กรวิเคราะห์และทบทวนผลการดำเนินการ เพื่อประเมินความสำเร็จขององค์กร ความก้าวหน้าในการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงการตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป.

ค. การใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงาน

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

I-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ (MAK.2)

องค์กรมีข้อมูล สารสนเทศ สินทรัพย์ความรู้ ที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ.

ก. ข้อมูลและสารสนเทศ

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

ข. การจัดการระบบสารสนเทศ

- (1) องค์กรทำให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ (reliability) ของระบบสารสนเทศ.
- (2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม มีการป้องกัน ตรวจสอบ ตอบสนอง และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.
- (3) ในกรณีที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.

ค. ความรู้ขององค์กร

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

I-5 กำลังคน (WKF)

I – 5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (Workforce Environment)

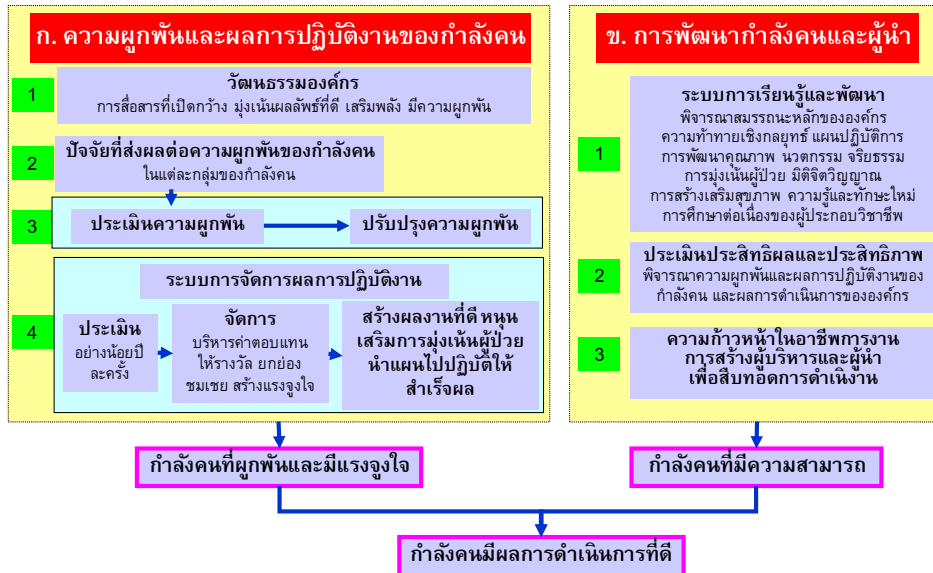
องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีความสุขภาพดีและมีความปลอดภัย.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

I – 5.2 ความผูกพันของกำลังคน (Workforce Engagement)

องค์กรสร้างความผูกพันกับกำลังคน มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี.



I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน⁷ (WKF.1)

องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดี และมีความปลอดภัย.

ก. ขีดความสามารถ⁸ และความเพียงพอของกำลังคน⁹

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสภาวิชาชีพพร้อมกับบริบทขององค์กร. แผนระบุขีดความสามารถและกำลังคนที่ต้องการในแต่ละส่วนงาน

⁷ กำลังคน รวมถึง บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัคร

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

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

เพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และสมรรถนะ ของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) เป็นไปตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น.

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

(4) องค์กรจัดระบบการทำงานและบริหารกำลังคนเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากสมรรถนะหลักขององค์กร และสนับสนุนการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วย.

ข. บรรยากาศการทำงานของกำลังคน

- (1) องค์กรสร้างความมั่นใจและดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้สถานที่ทำงานเอื้อต่อสุขภาพความปลอดภัย มีการป้องกันภัย สะดวกในการเข้าถึง.
- (2) องค์กรให้การดูแลและเกื้อหนุนกำลังคนด้วยนโยบาย การจัดบริการ และสิทธิประโยชน์เหมาะสมกับกำลังคนแต่ละกลุ่ม.

ค. สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน

(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน ประกอบด้วย:

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน (WKF.2)

องค์กรสร้างความผูกพันกับกำลังคน¹⁰ มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินการที่ดี.

ก. ความผูกพันและผลการปฏิบัติงานของกำลังคน

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

¹⁰ ความผูกพันของกำลังคน หมายถึง ระดับของมุ่งมั่นทั้งทางอารมณ์และสติปัญญา เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

และการสร้างแรงจูงใจมาพิจารณาด้วย. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง.

ข. การพัฒนากำลังคนและผู้นำ

- (1) ระบบการเรียนรู้และพัฒนา สนับสนุนความต้องการขององค์กรและการพัฒนาตนเองของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร ผู้บริหาร และผู้นำ โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
 - สมรรถนะหลักขององค์กร ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ การบรรลุผลสำเร็จของแผนปฏิบัติการ;
 - การปรับปรุงผลการดำเนินการ/การพัฒนาคุณภาพขององค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงขององค์กร และนวัตกรรม;
 - จริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ และจริยธรรมในการประกอบกิจการ;
 - การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น มิติทางจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย และการสร้างเสริมสุขภาพ;
 - การใช้ความรู้และทักษะใหม่ในการปฏิบัติงาน;

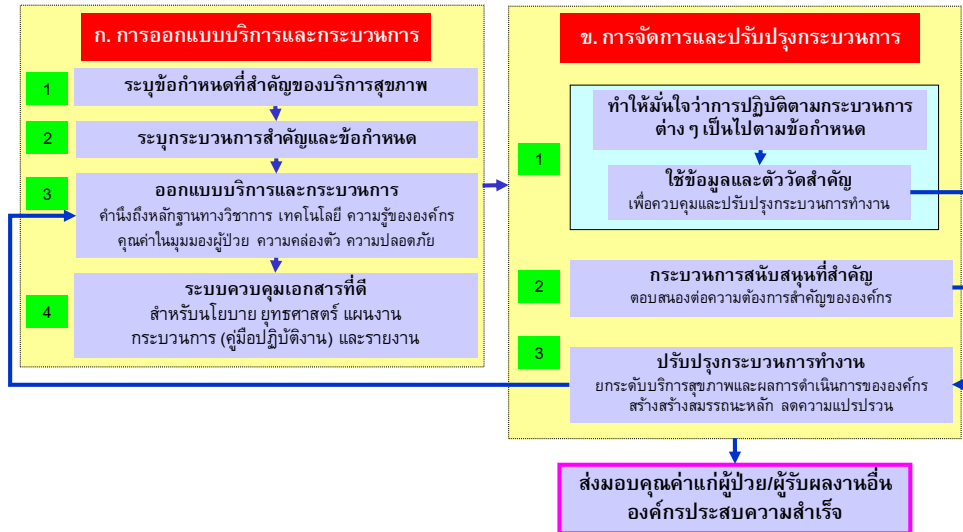
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

I-6 การปฏิบัติการ (OPT)

I – 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

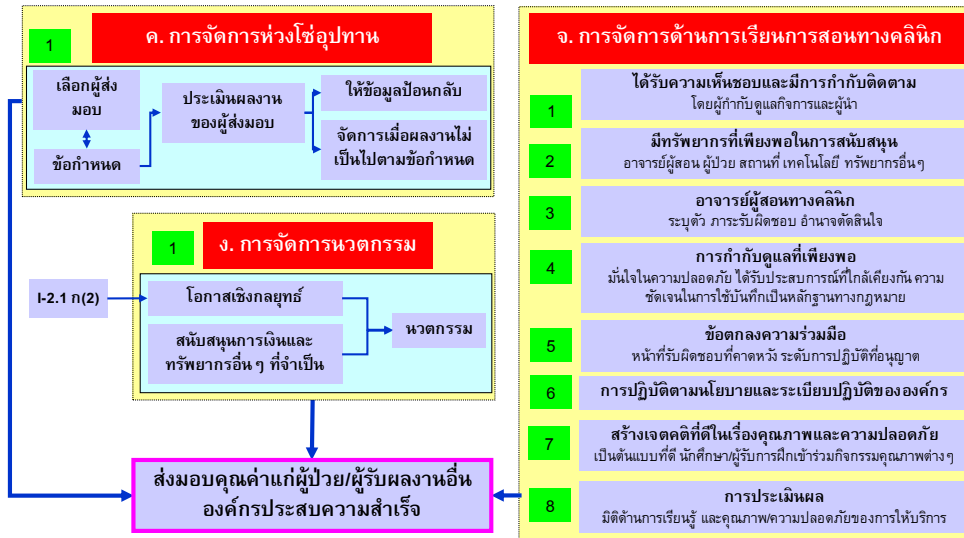
องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการให้บริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญเพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

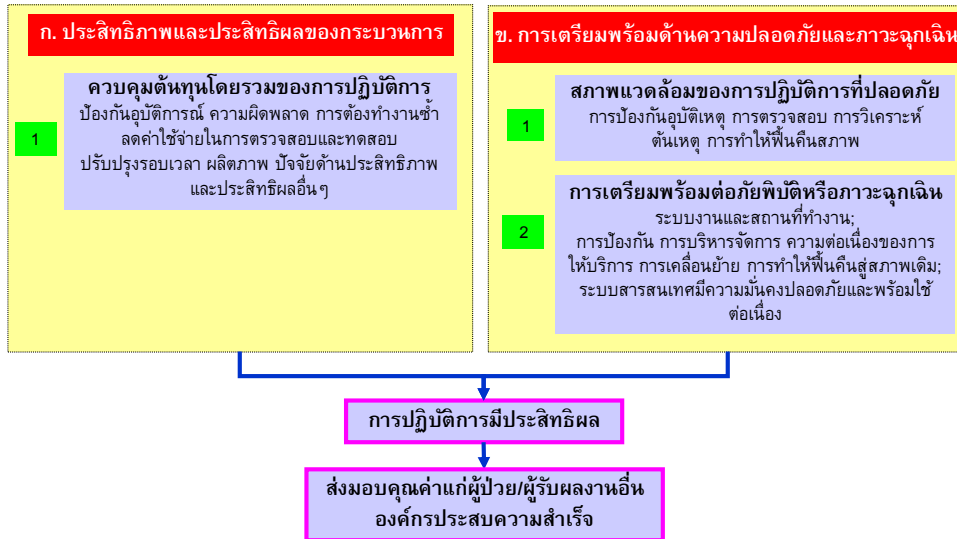
I – 6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



I – 6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (Operational Effectiveness)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.



I-6.1 กระบวนการ (OPT.1)

องค์กรออกแบบ จัดการ และปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. การออกแบบบริการและกระบวนการ

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

¹¹ การอนุมัติอาจอยู่ในรูปแบบการลงนามโดยผู้มีอำนาจอนุมัติ นโยบาย/แผน/เอกสาร หรืออยู่ในรูปแบบรายงานการประชุมที่บันทึกมติการอนุมัติของคณะกรรมการกำกับดูแล

ข. การจัดการและปรับปรุงกระบวนการ

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

ค. การจัดการห่วงโซ่อุปทาน

(1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ¹² ที่มี

คุณภาพสูง โดย:

- การเลือกผู้ส่งมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร;
- มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม;
- มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ;
- ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง;
- จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้.

ง. การจัดการนวัตกรรม

(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.

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

จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

- (1) การเข้าร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากร สาธารณสุข ได้รับความเห็นชอบและกำกับติดตามโดยผู้กำกับดูแลกิจการและผู้นำองค์กร (เฉพาะกรณีที่สถานพยาบาลไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษา).
- (2) องค์กรมีทรัพยากรที่เพียงพอในการสนับสนุนการจัดการศึกษาและฝึกอบรม:
 - จำนวนและความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน;
 - จำนวนและลักษณะที่หลากหลายของผู้ป่วย;
 - สถานที่ เทคโนโลยี และทรัพยากรอื่นๆ.
- (3) มีการระบุตัวอาจารย์ผู้สอนพร้อมทั้งภาระรับผิดชอบและอำนาจตัดสินใจที่ชัดเจนตามข้อกำหนดของหลักสูตร.
- (4) มีการกำกับดูแลที่เพียงพอสำหรับแต่ละระดับของนักศึกษาและผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย และการได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน. มีความชัดเจนในการบันทึกหลักฐานของการกำกับดูแล และความชัดเจนในการใช้บันทึกของนักศึกษาหรือผู้รับการฝึกเป็นหลักฐานทางกฎหมาย.
- (5) มีการจัดทำข้อตกลงในความร่วมมือที่จะสนับสนุนกันและกันระหว่าง องค์กรและสถาบันการศึกษา รวมถึงหน้าที่รับผิดชอบที่คาดหวัง ระดับของการปฏิบัติที่อนุญาตให้

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

นักศึกษาและผู้รับการฝึก. มีการจัดทำเอกสารเกี่ยวกับสถานะและการบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ของนักศึกษาและผู้รับการฝึก.

- (6) นักศึกษาและผู้รับการฝึกปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กรทุกฉบับ.
- (7) องค์กรสร้างเจตคติที่ดีในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาและผู้รับการฝึกเป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น องค์กรแพทย์ ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ระบบบริหารความเสี่ยง ฯลฯ. นักศึกษาและผู้รับการฝึกเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย.
- (8) มีการติดตามประเมินผลโปรแกรมการเรียนการสอนทางคลินิก ทั้งในมิติด้านการเรียนรู้ และคุณภาพ/ความปลอดภัย ของการให้บริการ.

I-6.2 ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (OPT.2)

องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการจัดการการปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ลูกค้าอื่น และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ.

ก. ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการ

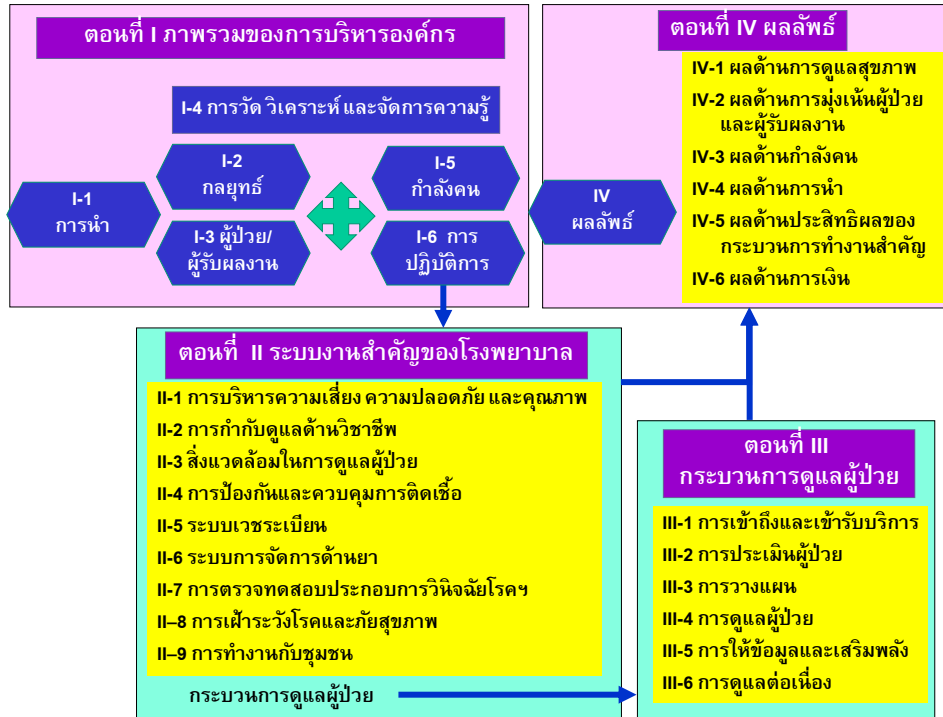
- (1) องค์กรควบคุมต้นทุนโดยรวมของการปฏิบัติการ ด้วยการป้องกันอุบัติการณ์ ความผิดพลาด และการต้องทำงานซ้ำ, การลดค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบและทดสอบ, การนำเรื่องของรอบเวลา ผลผลิตภาพ ปัจจัยด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลอื่นๆ มาพิจารณากระบวนการทำงาน.

ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.

- (2) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงานต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่องของ การให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม การพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร. องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง.

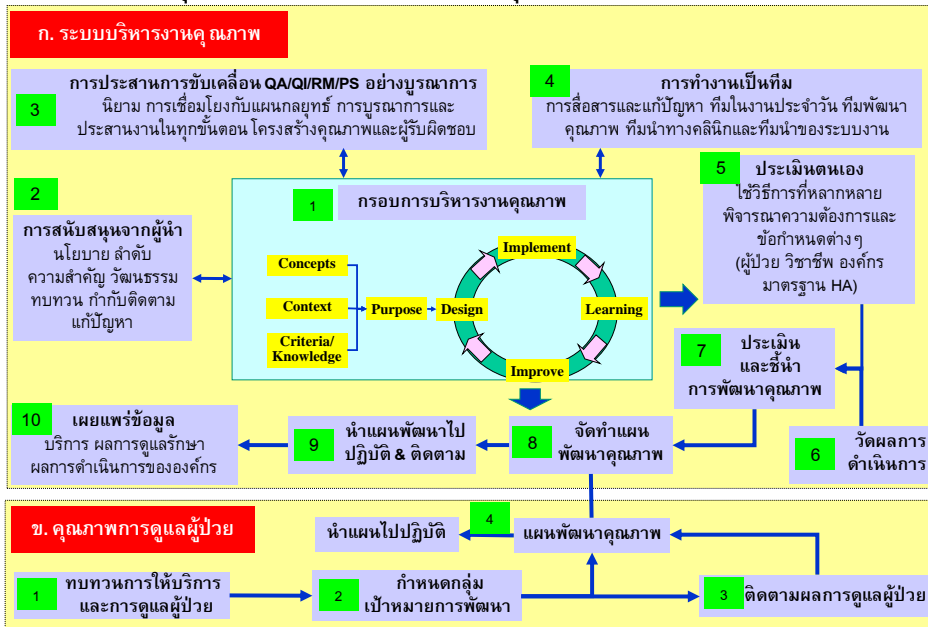
ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล



II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)

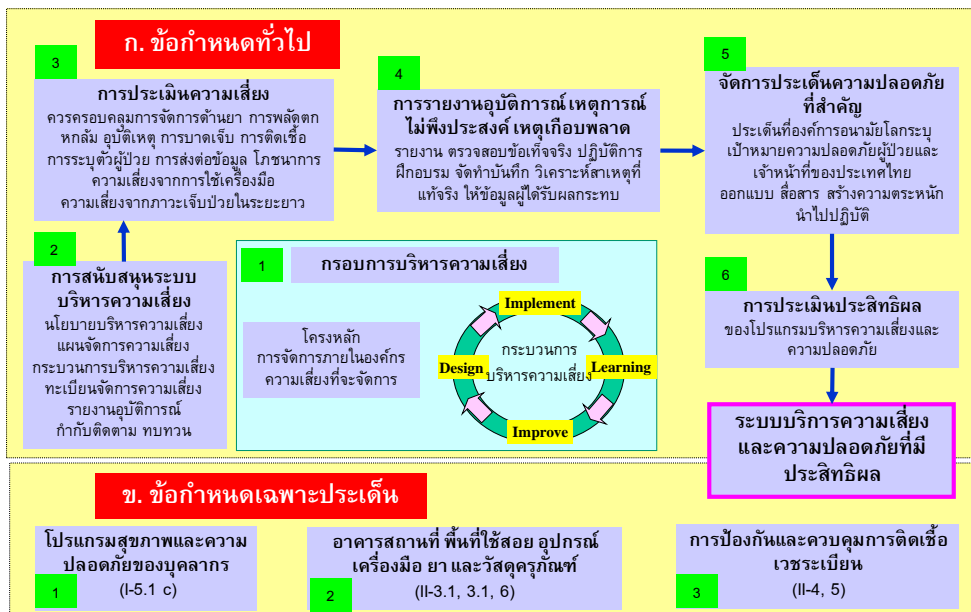
II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

มีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.



II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.



II-1.1 การบริหารงานคุณภาพ (RSQ.1)

มีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ

(1) องค์กรนำระบบบริหารงานคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยองค์กรประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการ
ออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง และการพัฒนากระบวนการบริหารงานคุณภาพ
ดังต่อไปนี้:

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (2) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยโดย:
- กำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย;
 - ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัย การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้;
 - ทบทวนและกำกับติดตามผลการดำเนินการ และความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาอุปสรรค.
- (3) มีการนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:
- กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ”;
 - กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;
 - มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล;
 - มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ. มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ

(accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

(4) มีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:

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

(5) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

- มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสม องค์กรควรเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ;
- มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

(6) องค์กรวัดผลงานคุณภาพทั้งในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ โดยครอบคลุมประเด็นเหล่านี้เป็นอย่างต่ำ:

- การกำกับดูแลองค์กร;
- การกำกับดูแลทางคลินิก;
- การบริหารจัดการองค์กร ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการให้บริการ การบริหารทรัพยากรบุคคล การควบคุมการติดเชื้อ การจัดการความเสี่ยง;
- การใช้บริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ;

- ผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ;
 - ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ;
 - ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของการดูแลหรือบริการสุขภาพที่ให้บริการ.
- (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 and part IV)

(7) มีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการประเมินผลการดำเนินงานมาใช้ในการประเมินและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

(8) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสการพัฒนาที่ระบุไว้.

แผนการพัฒนาคุณภาพควร:

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

(9) องค์กรนำแผนพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการ โดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (10) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลประเภทของบริการที่มีการเปิดให้บริการ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้โดยสะดวก มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องเป็นปัจจุบัน. ถ้ามีความพร้อม ควรแสดงข้อมูลผลการดูแลผู้ป่วยและผลการดำเนินการขององค์กร.

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- (1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย¹³ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.
- (2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก¹⁴ ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.
- (3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

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

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

- (4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนการพัฒนาระดับผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วัตถุประสงค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ได้ดีที่สุดใน การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

II-1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (RSQ.2)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป

(1) องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง โดยมีองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้:

- โครงสร้างของการบริหารความเสี่ยง เช่น นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ ภารกิจ และความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับบริบทขององค์กร;
- การจัดการภายในองค์กร เช่น สรุปรูปแผนจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ การออกแบบกระบวนการและกิจกรรม การเชื่อมโยงกับระบบอื่น การกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีม ทรัพยากรที่ใช้ การอบรมบุคลากร กระบวนการสื่อสารกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามและประเมินผล;

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- รายการความเสี่ยงที่จะจัดการ ควรครอบคลุมความเสี่ยงด้านยุทธศาสตร์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่างๆ.
- (2) ระบบบริหารความเสี่ยงได้รับการสนับสนุนโดยการมีนโยบาย แผน ระเบียบปฏิบัติ ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) และกระบวนการต่างๆ ดังนี้:
 - นโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยง และแสดงทิศทางในการดำเนินงาน;
 - แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงวิธีการที่องค์กรจะใช้ในการบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ กิจกรรม และทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยง;
 - กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง (โอกาสที่จะเกิด และผลที่จะตามมา) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง แต่ละชนิด แผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง;
 - ทะเบียนจัดการความเสี่ยง ควรใช้บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) และมีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ. ควรมีการจัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร.

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ควรมีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้;

- มีระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล;
- องค์กรควรเฝ้าติดตามในประเด็น ผลการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง แล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา.

(ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1)

(3) องค์กรมีการประเมินความเสี่ยงภายในองค์กร ทั้งนี้ เพื่อปกป้องผู้ป่วย/ผู้รับบริการ จากผลไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ การประเมินความเสี่ยงควรครอบคลุมประเด็นเรื่อง:

- การจัดการด้านยา;
- การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ;
- การควบคุมการติดเชื้อ;
- การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด;
- การสื่อสารที่ผิดพลาดในช่วงการส่งมอบผู้ป่วยให้หน่วยงานอื่นดูแลต่อ;

- โภชนาการ;
 - ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ เช่น การใส่ท่อหรือสายที่ผิดพลาด, แผลไฟไหม้/การบาดเจ็บจากการรักษาด้วยเลเซอร์;
 - ความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยในระยะยาว เช่น แผลกดทับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการในการรายงาน สืบหาสาเหตุ และดำเนินการ ที่ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเหตุเกือบพลาด ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ หรือผู้มาเยือน และนำไปสู่การพัฒนาบริการให้ดีขึ้น. กระบวนการควรครอบคลุมเรื่อง:
- การอบรมเจ้าหน้าที่ในการระบุความเสี่ยง การรายงาน การตรวจสอบข้อเท็จจริง และการหาสาเหตุที่แท้จริง (root cause analysis);
 - วิธีการจัดทำเอกสารและรายงานอุบัติการณ์/เหตุการณ์;
 - การวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง;
 - ขั้นตอนในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ที่ได้รับผลกระทบจากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.
- (5) องค์กรจัดการประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตามลักษณะบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์กร

อนามัยโลกระบุ¹⁵ และสอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย. ยุทธศาสตร์และมาตรการป้องกันที่กำหนดขึ้นควรมีการออกแบบที่รัดกุม มีการสื่อสารโดยละเอียด และมีการสร้างความตระหนักเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิผล.

- (6) มีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร.

- (1) องค์กรบริหารจัดการโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร อย่างมีประสิทธิภาพ.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ I-5.1 ค.(1))

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

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

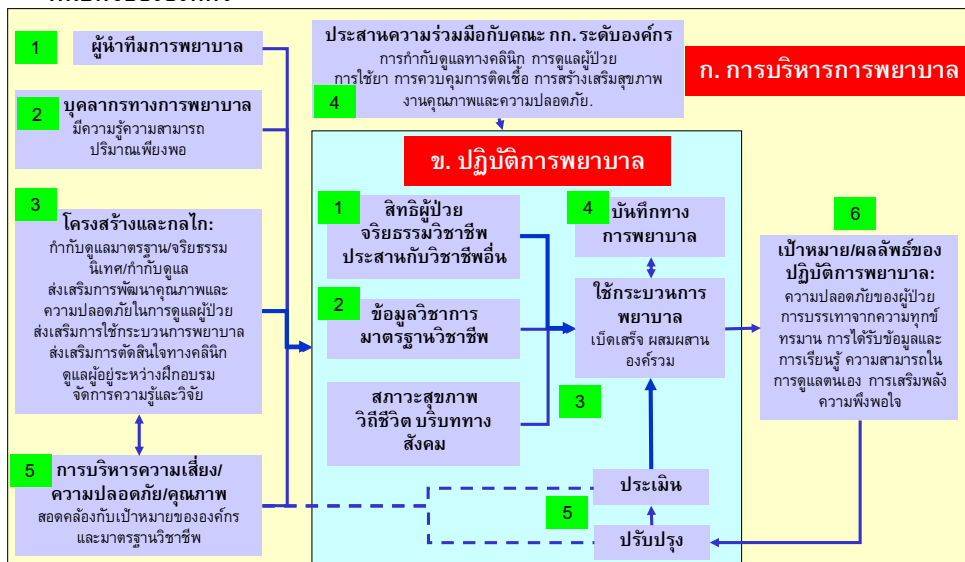
(3) องค์กรวางแผนการจัดการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ และมี การออกแบบขั้นตอนที่เหมาะสมในการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อ II-4 และ II-5)

II-2 การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (PFG)

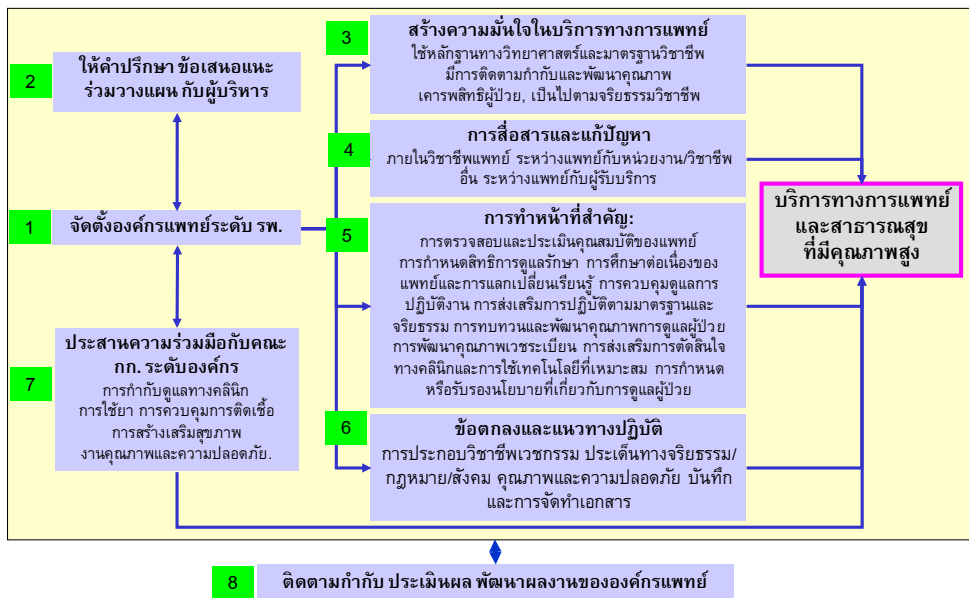
II – 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร



II – 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.



II-2.1 การพยาบาล (PFG.1)

มีระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

ก. การบริหารการพยาบาล

- (1) ผู้นำการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาลและด้านบริหารการพยาบาล¹⁶.
- (2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีกำลังคนด้านการพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ¹⁷ และปริมาณเพียงพอ¹⁸ เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มี โดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก.

¹⁶ เช่น การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

¹⁷ การสร้างความมั่นใจด้านความรู้ความสามารถ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติและสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน การกำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

¹⁸ การสร้างความมั่นใจด้านความเพียงพอ ได้แก่ การกำหนดอัตรากำลังอย่างเหมาะสม และจัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:
- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;
 - การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคูณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
 - การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;
 - การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ระหว่างการเรียนการสอน และพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;
 - การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.
- (4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้จ่าย การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ งานคุณภาพและความปลอดภัย.
- (5) การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.
- (6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

ข. ปฏิบัติการพยาบาล

- (1) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.
- (2) พยาบาลให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.
- (3) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่าย ร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ/ ครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จ ครอบคลุม และเป็นองค์รวม.
- (4) บันทึกทางการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล การวิจัย และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (5) มีการติดตามประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

II-2.2 แพทย์ (PFG.2)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของ
ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

- (1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทาง
การแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.
- (2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับ
ดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.
- (3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้
หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตาม
จริยธรรมวิชาชีพ.
- (4) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพ
แพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับ
ผู้รับบริการ.

(5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:

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

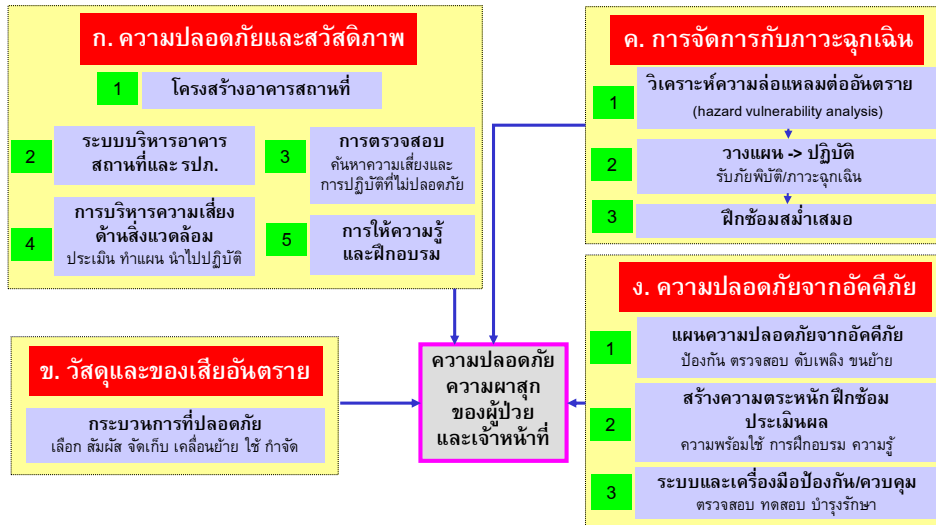
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (6) มีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/ สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถ บันทึกลงและการ จัดทำเอกสาร.
- (7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับ ดูแลทางคลินิก การใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและ ความปลอดภัย.
- (8) องค์กรแพทย์มีการติดตามกำกับและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ อย่างต่อเนื่อง.

II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)

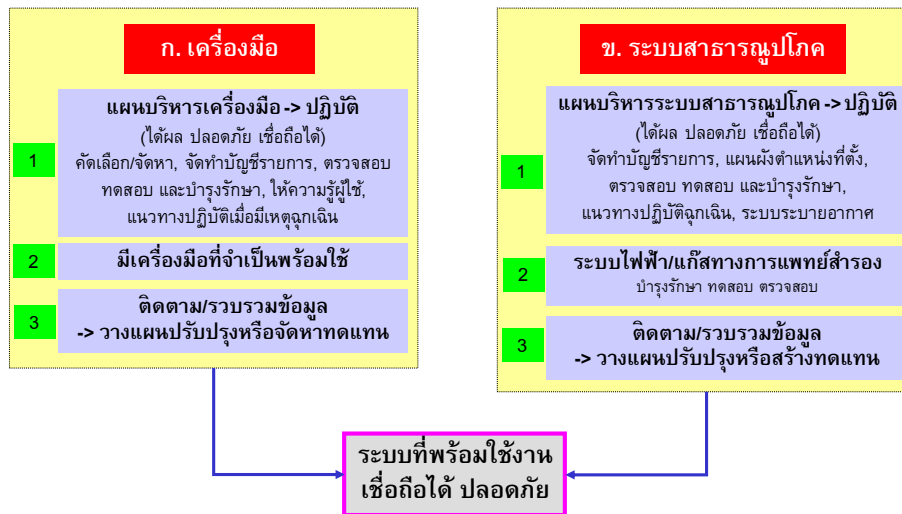
II – 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.



II – 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

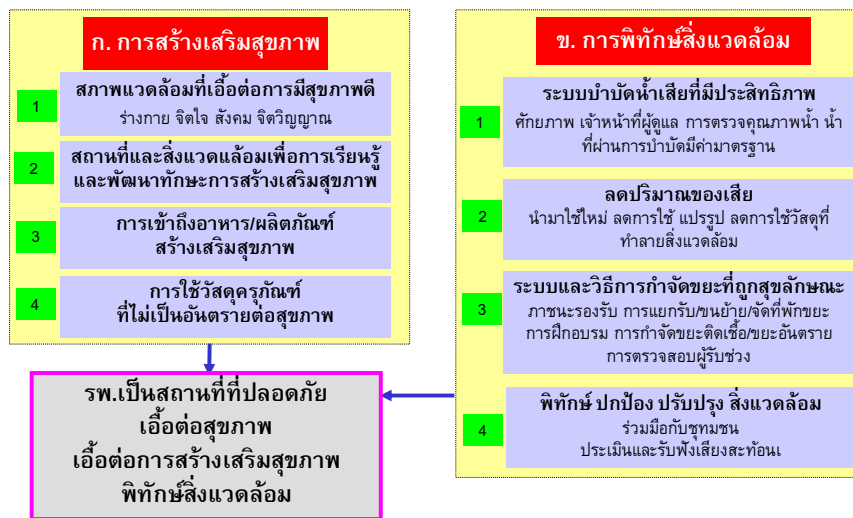
องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.



II-3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่นๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

ข. วัสดุและของเสียอันตราย

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

¹⁹ การประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก รวมถึง การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่ง ปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง

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

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน

- (1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความล่าช้าต่อการเกิดอันตราย เพื่อระบุภาวะฉุกเฉิน²¹ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และส่งผลต่อความต้องการด้านบริการสุขภาพในพื้นที่.
- (2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน²² และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.
- (3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

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

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

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

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

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

II-3.2 เครื่องมือและระบบสารสนเทศ (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งาน ทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสารสนเทศที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

- (1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:
 - กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
 - การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;
 - การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;
 - การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่กำหนด;
 - การให้ความรู้แก่ผู้ใช้;
 - การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;
 - แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้.

- (2) มีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมมีใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องให้โดยผู้ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ และองค์กรให้การอนุญาตในการใช้เครื่องมือชิ้นนั้น.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

จ. ระบบสาธารณูปโภค²⁴

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

²⁴ ระบบสาธารณูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สที่ใช้ในการแพทย์และระบบสูญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ;
 - ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.
- (2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด²⁵ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.
- (3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุข ปกป้อง เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

²⁵ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก บ้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด/กระดูก/เนื้อเยื่อ ห้องฉุกเฉิน ลิฟต์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสูญญากาศ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด

II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

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

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
 - น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.
- (2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ซ้ำ (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.
- (3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:
- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
 - มีกระบวนการแยกเก็บ/ขนย้าย/จัดที่พัก สำหรับ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตรายที่รัดกุม;
 - มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
 - มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม;
 - มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.

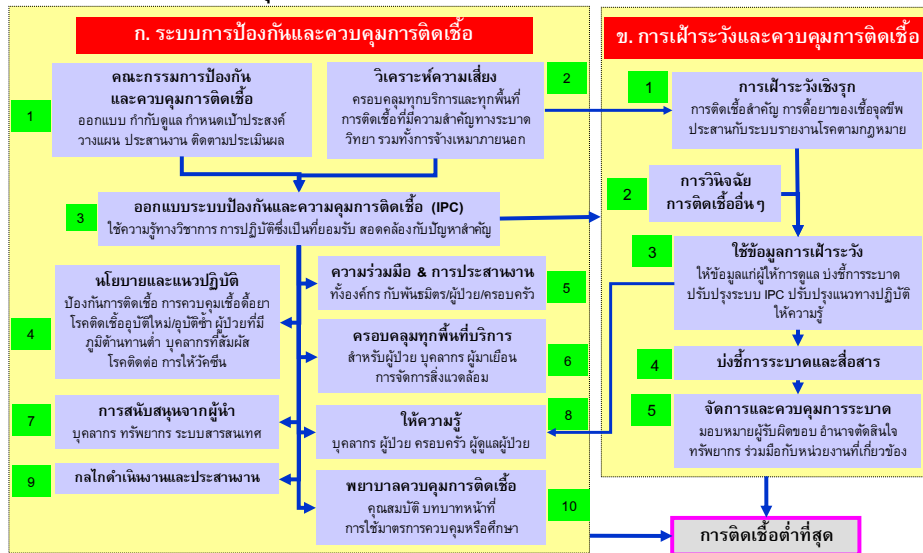
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม. องค์กรประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)

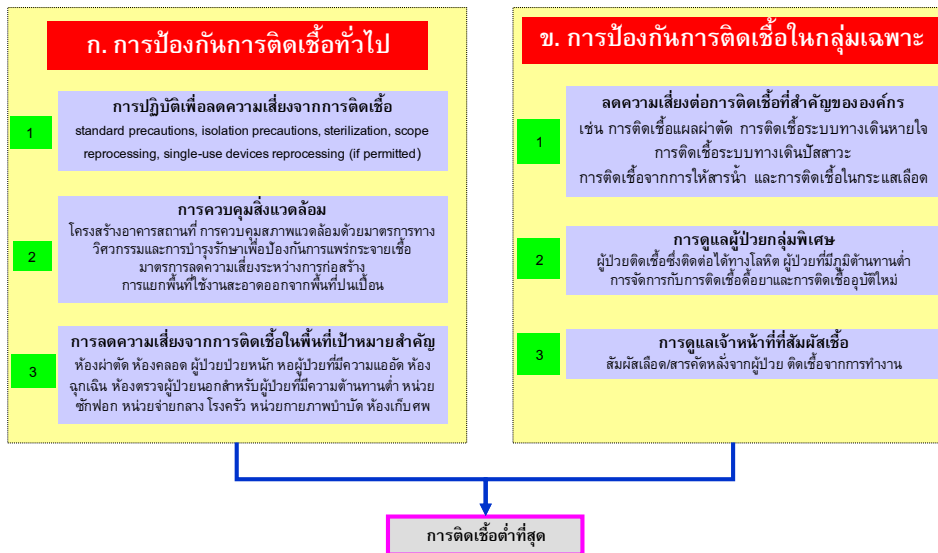
II – 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.



II – 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันกาติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันกาติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.



II-4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC.1)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตามที่เหมาะสมกับบริบทได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสมาชิกซึ่งได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ ออกแบบ/กำกับดูแลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. คณะกรรมการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการ พร้อมทั้งวางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล การปฏิบัติ และสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุง.
- (2) มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ. การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานข้างนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.
- (3) องค์กรออกแบบระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อบนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการ และการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.

(4) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:

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

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้
มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับ
ผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.²⁷

²⁷ นอกจาก ICN แล้ว องค์กรควรพิจารณาให้มี infection control practitioner ซึ่งเป็นแพทย์/นักเทคนิคการแพทย์ ที่
เข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อเข้ามาร่วมทำงานเป็นที่ปรึกษากับ ICN

ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ

- (1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดสถานะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการดื้อยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.
- (2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).
- (3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้การระบอบปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.
- (4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบอบและนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบอบในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.
- (5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอ เพื่อจัดการและควบคุมการระบอบ โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.

II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติดังต่อไปนี้:

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

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)²⁹.
- (2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:
- จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม³⁰ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;
 - ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่ง ปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;

²⁹ การใช้งานเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ซ้ำจะเกิดขึ้นได้ภายใต้เงื่อนไขที่สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ การจัดการครอบคลุมถึง: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

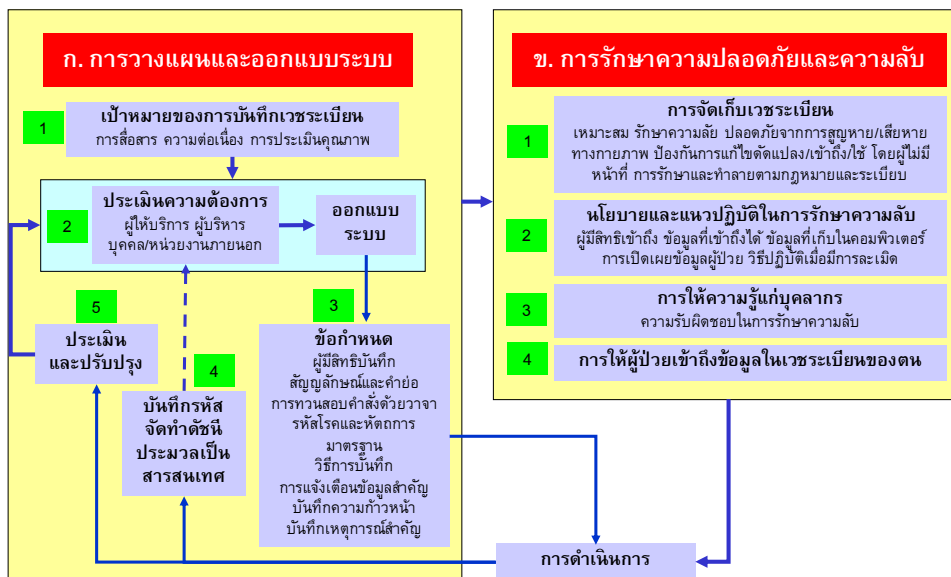
ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ

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

II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)

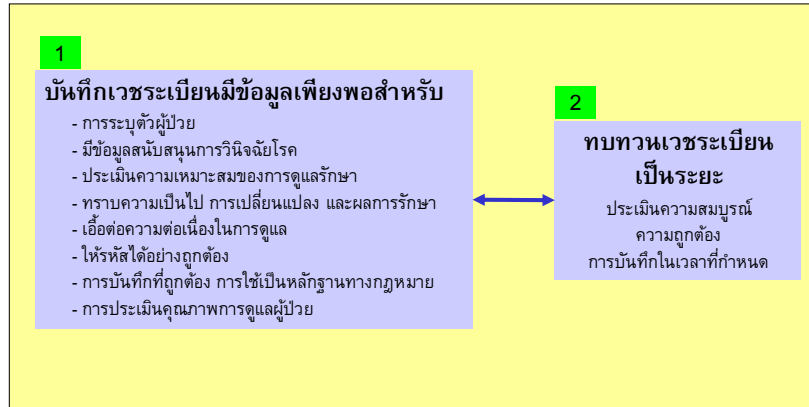
II – 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.



II – 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย
(Patient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.



II-5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน;
 - การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม;
 - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;
 - บันทึกที่ความก้าวหน้า สิ่งที่เกิดขึ้น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย;
 - เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา;
 - เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.
- (4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.
- (5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) การจัดเก็บเวชระเบียน:

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

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษา ความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษา ความลับ.
- (4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(1) บันทึกวัดเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:

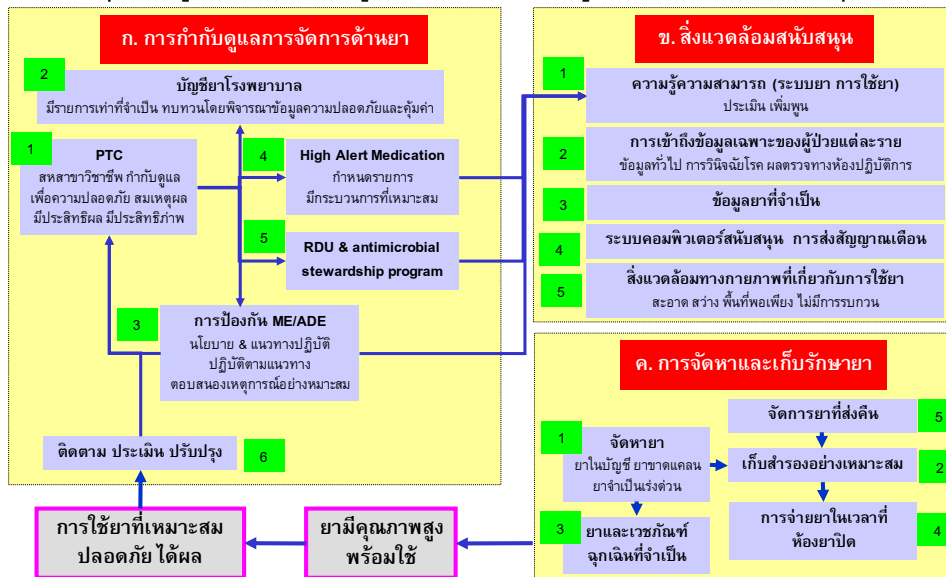
- การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุตัวผู้ป่วย;
- สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
- ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- เชื่อมต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.

II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)

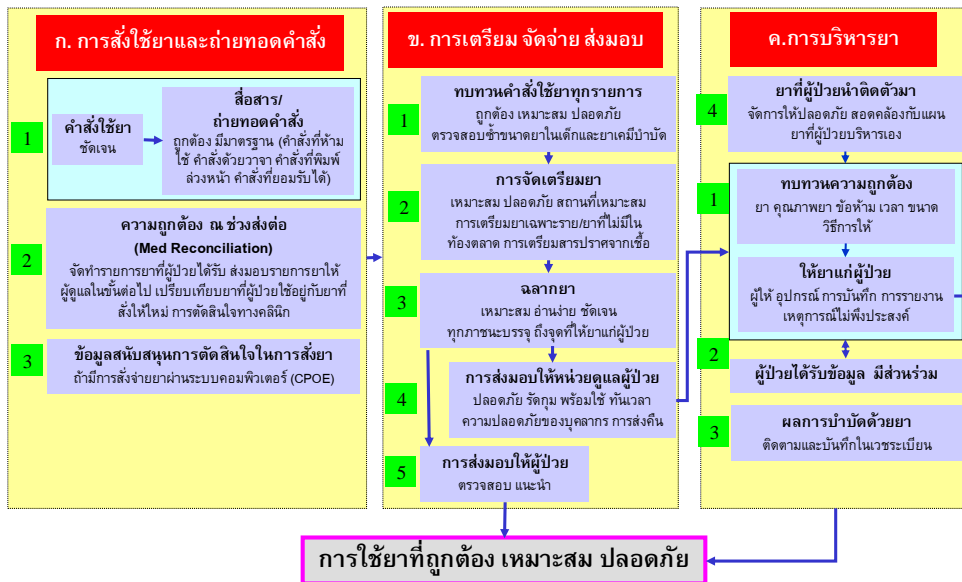
II –6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.



II – 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

องค์กรทำให้มั่นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.



II-6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา

- (1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล³¹ มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.

³¹ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การจัดวางระบบและกระบวนการจัดการด้านยา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ทางคลินิก ในปริมาณที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในระยะเวลาที่เพียงพอต่อการรักษาโรคนั้น และเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและต่อสังคม

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (2) องค์กร (โดย PTC) จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น³². มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง³³ และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น³⁴.
- (3) องค์กร (โดย PCT) กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา³⁵ แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการ

³² การจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น ทำโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกซึ่งประกอบด้วยข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน

³³ มาตรการความปลอดภัย เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งจ่าย ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา และการเก็บรักษายา ตลอดจนการติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์สำหรับยาที่ต้องติดตามความปลอดภัย (safety monitoring program)

³⁴ กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียา มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล

³⁵ นโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา เช่น มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งจ่ายที่มีโอกาสเกิดปัญหา การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

(4) องค์กร (โดย PTC) กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง³⁶ และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตาม กำกับการใช้ยา.

(5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาด้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.

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

(6) องค์กร (โดย PTC) ติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน

- (1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา³⁷ การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.
- (2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป³⁸ การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น³⁹.

³⁷ ความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา เช่น ระบบยาของโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา และบทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา

³⁸ ข้อมูลทั่วไปที่สำคัญ เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา

³⁹ ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

- (3) มีข้อมูลยาที่จำเป็น⁴⁰ ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.
- (4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรายระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุด และสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.
- (5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และบริหารยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมารถกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

⁴⁰ เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษา ยาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง

ค. การจัดหาและเก็บรักษายา

- (1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหา ยาขาดแคลน⁴¹ และยาที่จำเป็นเร่งด่วน⁴².
- (2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว⁴³ พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมอกคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้

⁴¹ การจัดการกับปัญหาขาดแคลน ได้แก่ การจัดหา การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาและเจ้าหน้าที่ การจัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทน การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

⁴² การจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน ได้แก่ ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรั่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ

⁴³ การสร้างความมั่นใจว่ายามีความคงตัว ได้แก่ การแยกยาหมดอายุหรือยาเสื่อมสภาพออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน; การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิหรือแสง

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด แก๊สและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

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

⁴⁴ ระบบควบคุมยาฉุกเฉิน เช่น มีการจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ

II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (MMS.2)

องค์กรทำให้นั้นใจในความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายถอดคำสั่ง

- (1) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายถอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติ และตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:
 - คำสั่งใช้ยาที่ห้ามใช้;
 - การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์และคำสั่งด้วยวาจา;
 - คำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าและ protocol สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;
 - เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.
- (2) มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):
 - พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ⁴⁵ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;
 - ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก);
 - เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกันให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;
 - มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.
- (3) ในกรณีที่มีการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งจ่ายยา.

⁴⁵ การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ชื่อยา ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา

ข. การเตรียม เจียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา

- (1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด. เกสซ์กรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.
- (2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.
- (3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท⁴⁶. มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ैयाแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.

⁴⁶ การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้ง syringe สำหรับฉีดยาและ flush; สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด

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

ค. การบริหารยา

- (1) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อ

⁴⁷ การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษเช่น ยาสูดพ่น

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ ก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริง สำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมิให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

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

II-7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรค⁴⁸ และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)

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

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

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.



มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค (Anatomical Pathology)

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานพยาธิกาย
วิทยาวิทยาที่จัดทำโดยราช
วิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่ง
ประเทศไทย

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

1

ปฏิบัติตามมาตรฐานธนาคาร
เลือดและงานบริการโลหิตที่
จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิต
แห่งชาติ สภากาชาดไทย

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัย อื่นๆ (Other Diagnostic Investigation)

1

การจัดการผู้ป่วย
ประเมินก่อนตรวจ เตรียมผู้ป่วย ให้
ข้อมูล ให้ลงนามยินยอมในบริการที่มี
ความเสี่ยงสูง

2

แปลผลโดยผู้มีความรู้
การบันทึก การสื่อสาร

II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (DIN.1)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ใช้ข้อมูลที่ต้องนำเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการทรัพยากรที่ต้องการ⁴⁹ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.
- (2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตาม มาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง. การตรวจวินิจฉัยและ รักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มี

⁴⁹ ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

(3) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁵⁰.

(4) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด⁵¹.

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

⁵¹ การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, โบอิญตผลผลิต มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

(5) มีการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ⁵².

(6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.

(7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

ข. การให้บริการรังสีวิทยา

(1) มีใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ. คำขอส่งตรวจระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและ

⁵² เทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ (1) มีการจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (2) มีระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล (3) จอแสดงผลภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ. การส่งตรวจค้ำนึ่งถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.

- (2) มีการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์
- (3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอดคอย. มีระบบ fast track สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.
- (4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในระหว่างได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้มีความสำคัญเป็นพิเศษกับ ผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยหลังนี้ตยา.
- (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้รับบริการได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดทำ การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความ

ปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติ การแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ contrast-induced nephropathy.

- (6) มีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี⁵³. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.
- (7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

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

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) มีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้จะให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ , การแพ้สารทึบรังสี, การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์, การป้องกันการติดเชื้อ, อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย, ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (2) มีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer), การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี⁵⁴, การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น⁵⁵, การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ, การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี,

⁵⁴ ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี, การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

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

II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (DIN.2)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

- (1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง⁵⁶.
- (2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขตและสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสมและใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อการตรวจสอบ⁵⁷.

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

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

- (3) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.
- (4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจสอบที่ต้องการในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย⁵⁸ โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).
- (5) มีการคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการ ที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.
- (6) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.

⁵⁸ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

- (7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

ข. การให้บริการ

- (1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี ได้แก่ การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การซีล การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.
- (2) มีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการสอบทวน (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verify) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะสมกับการใช้งาน.
- (3) มีการส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้.

- (4) มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย

- (1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:
- การชี้แจงปัญหา/โอกาสพัฒนา;
 - บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;
 - การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;
 - การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;
 - การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพทั้งในขั้นต้นก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์;
 - การควบคุมเอกสาร;
 - เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย;
 - การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ

- (2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.
- (3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการวิเคราะห์ โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.
- (4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สมาทศนคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค (DIN.3)

- (1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (DIN.4)

- (1) องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.

II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ (DIN.5)

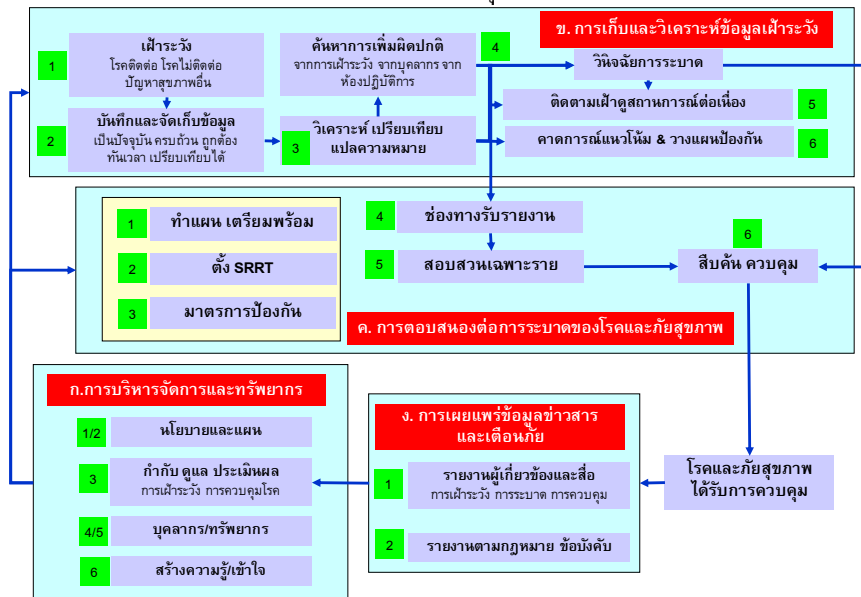
- (1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.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

⁵⁹ **สรุปสิ่งที่พบ** ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

II – 8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease & Health Hazard Surveillance)

องค์กรมีความมั่นใจว่ามีการติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.



II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (DHS)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบติดตามเฝ้าระวังเพื่อค้นหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร

- (1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร⁶⁰ และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.
- (2) มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.
- (3) มีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในจำนวนที่เหมาะสม.

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (4) มีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม สำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.
- (5) มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

⁶¹ การระบาด แบ่งได้เป็นเป็น 2 ลักษณะ

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

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

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

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

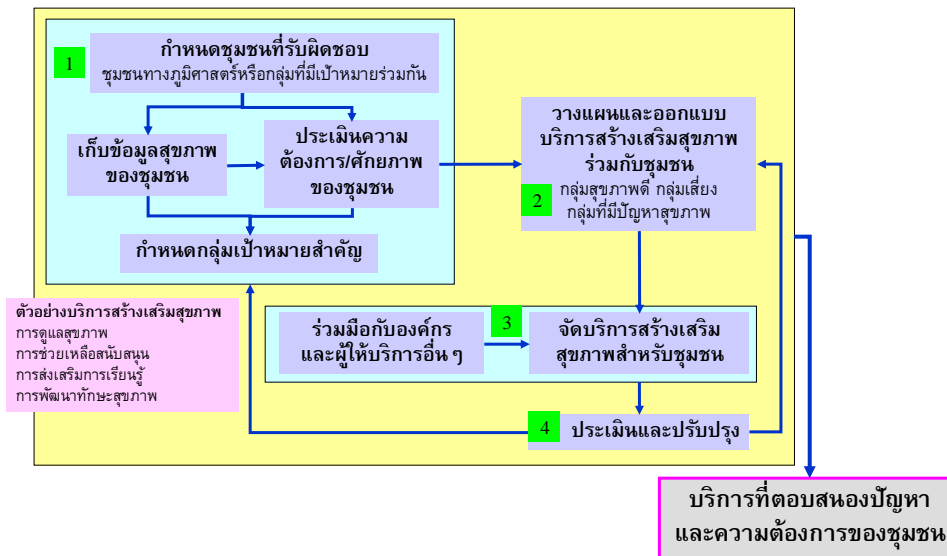
ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย

- (1) มีการจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.
- (2) มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎอนามัยระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

II-9 การทำงานกับชุมชน (COM)

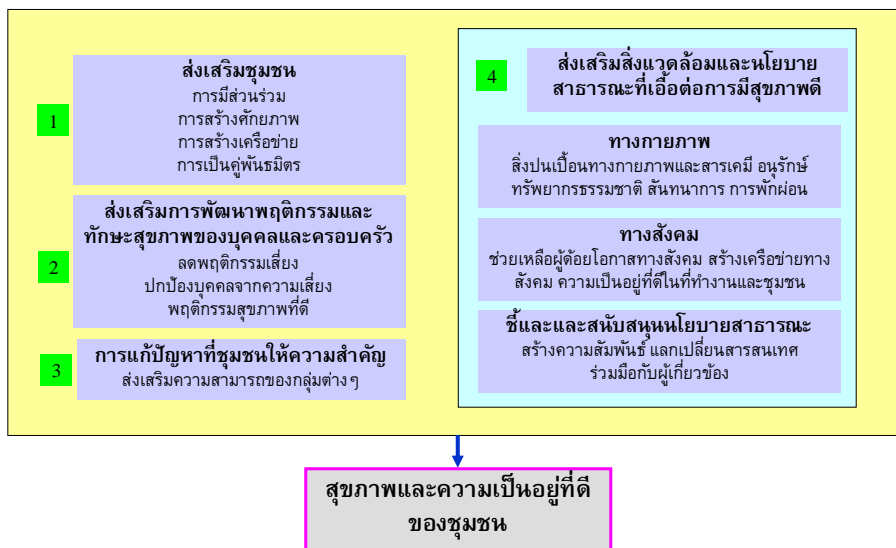
II – 9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Community)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชน.



II – 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.



II-9.1 การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

องค์กรร่วมกับชุมชน⁶² จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชน.

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

⁶² ชุมชน อาจจะเป็นชุมชนทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนที่เกิดจากความสัมพันธ์ของกลุ่มคนที่มีเป้าหมายเดียวกัน

⁶³ การประเมินความต้องการของชุมชน ครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน

⁶⁴ บริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน อาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

II-9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

- (1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่าย ของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร⁶⁵ ที่เข้มแข็งกับชุมชน.
- (2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.
- (3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคล⁶⁶ และครอบครัว.

⁶⁵ องค์กรทำงานเป็นคู่พันธมิตรกับชุมชนด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร

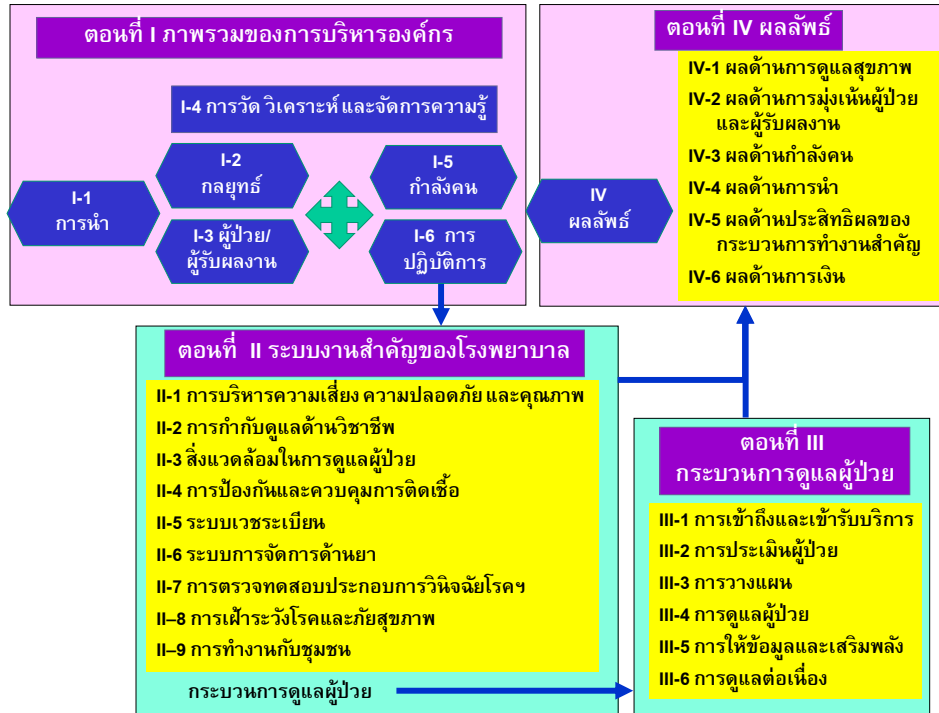
⁶⁶ พฤติกรรมและทักษะส่วนบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร) การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน

- (4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ⁶⁷ และทางสังคม⁶⁸ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.

⁶⁷ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี เช่น ฝุ่นละอองในอากาศ สารพิษหรือสารตกค้างในอาหาร เสี่ยง, การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ, สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ

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

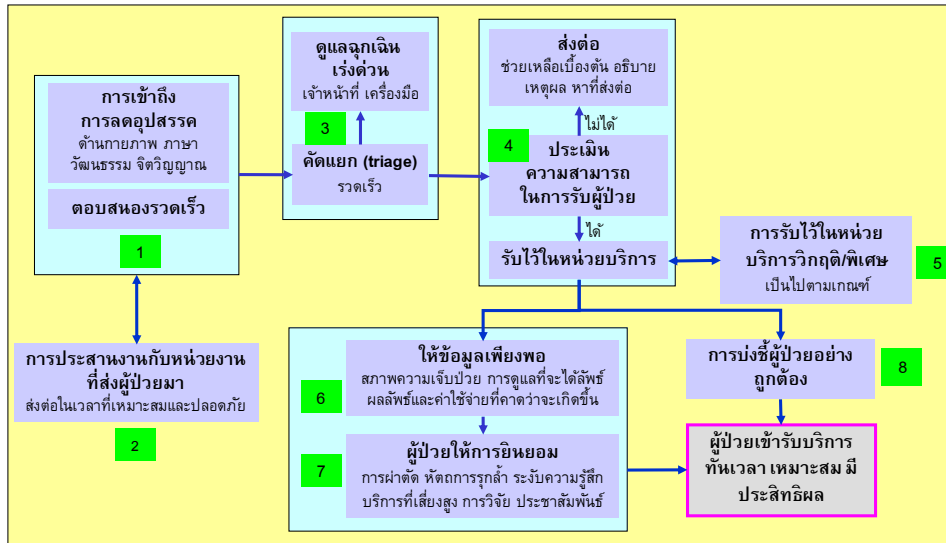
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีบริการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ.



III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ACN)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

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

⁶⁹ เช่น โรงพยาบาลอื่น สถานีตำรวจ หน่วยให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน

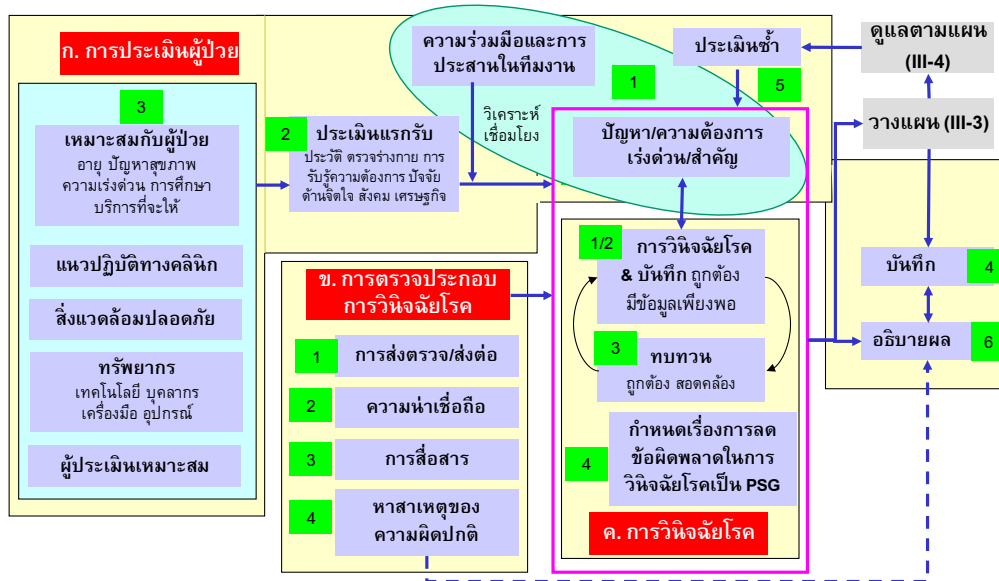
- (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.
- (4) มีการประเมินความสามารถในการรับผู้ป่วยไว้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ทีมผู้ให้บริการจะให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม อธิบายเหตุผลที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการหาสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกว่า.
- (5) การรับย้ายหรือรับเข้าหน่วยบริการวิกฤตหรือหน่วยบริการพิเศษเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้.
- (6) ในการรับผู้ป่วยไว้ดูแล มีการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับ:
 - สภาพการเจ็บป่วย;
 - การดูแลที่จะได้รับ;
 - ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.องค์กรทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอด้วยความเข้าใจ และมีเวลาพิจารณาที่เพียงพอก่อนจะตัดสินใจ.

- (7) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียน ก่อนที่จะจัดให้บริการหรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม. บริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีการให้ความยินยอมได้แก่:
- การทำผ่าตัดและหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก;
 - บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;
 - การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;
 - การถ่ายภาพหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้.
- (8) องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.

III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

III – 2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.



III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

ก. การประเมินผู้ป่วย

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมรอบด้านและประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน. ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยร่วมมือกันวิเคราะห์และเชื่อมโยงผลการประเมิน. มีการระบุปัญหาและความต้องการที่เร่งด่วนและสำคัญ.
- (2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:
 - ประวัติสุขภาพ;
 - การตรวจร่างกาย;
 - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง;
 - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย⁷⁰ ;

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ.
- (3) การประเมินผู้ป่วยดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ. มีการใช้วิธีการประเมินที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและทรัพยากรที่เพียงพอ⁷¹. มีการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและทรัพยากรที่มีอยู่ในการประเมินผู้ป่วย (ถ้ามีแนวทางดังกล่าวอยู่).
- (4) ผู้ป่วยได้รับการประเมินภายในเวลาที่เหมาะสมตามที่องค์กรกำหนด. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนผู้ป่วยและพร้อมที่จะให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลได้ใช้ประโยชน์จากการประเมินนั้น.
- (5) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการดูแลรักษา.
- (6) ทีมผู้ให้บริการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย.

⁷¹ ทรัพยากรในการประเมินผู้ป่วย แพทย์ควรพิจารณาถึง เทคโนโลยี บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้เก็บข้อมูล

ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

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

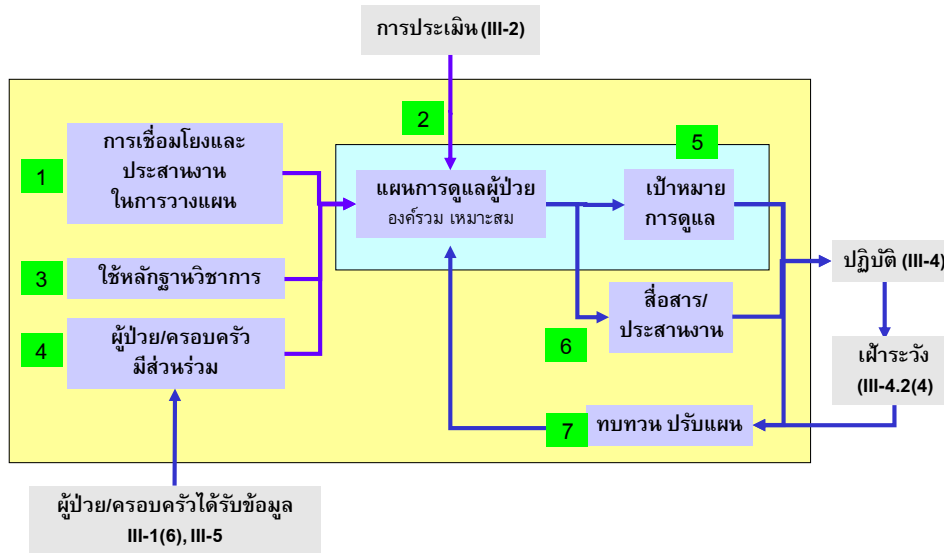
ค. การวินิจฉัยโรค

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

III-3 การวางแผน (PLN)

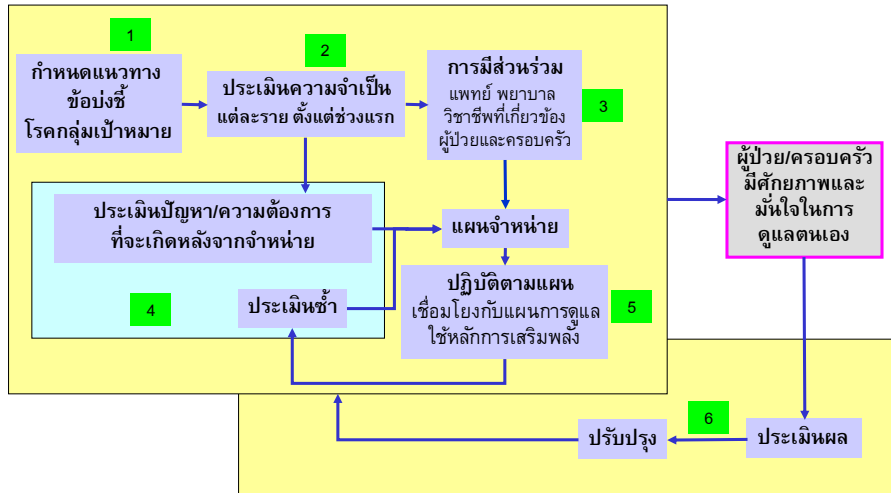
III – 3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.



III – 3.2 การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล.



III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย.

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย (PLN.2)

มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการ หลังจากจำหน่ายออกจากองค์กร.

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

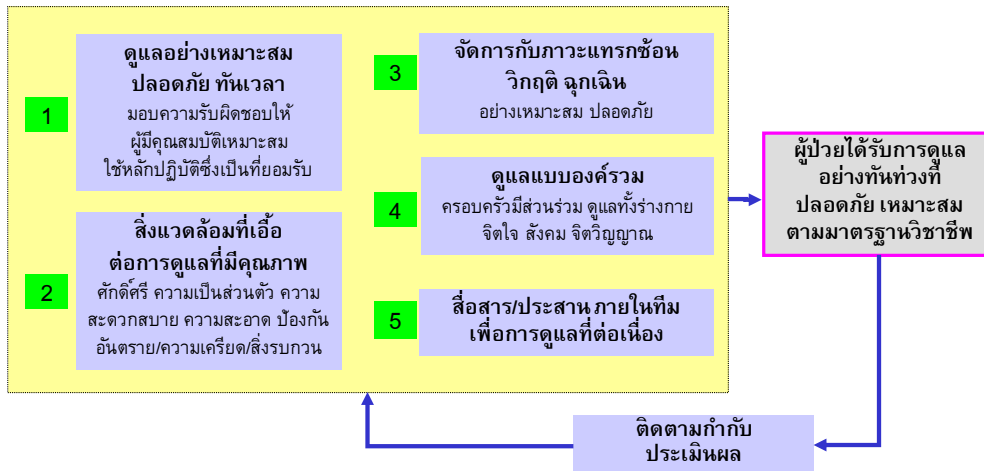
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (6) มีการประเมินผลและปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย โดยใช้ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยและข้อมูลสะท้อนกลับจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)

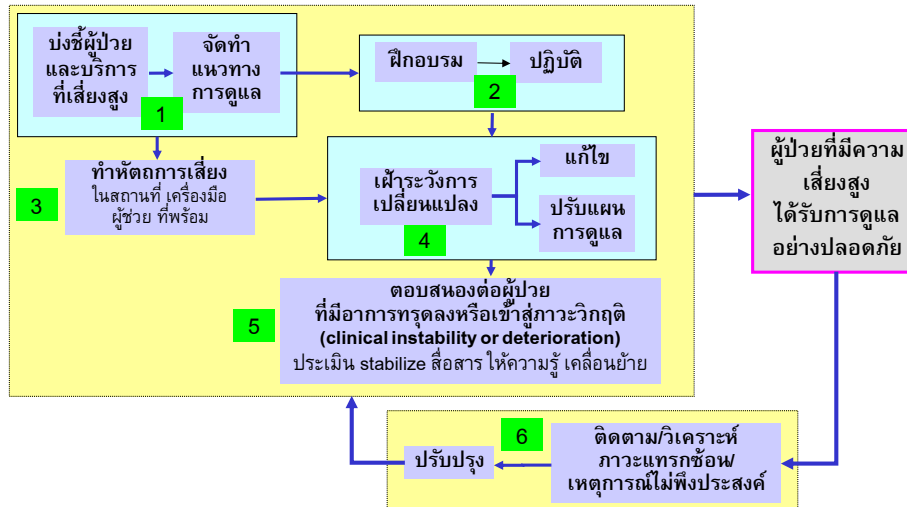
III - 4.1 การดูแลทั่วไป (General Care Delivery)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ.



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

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.



III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก	
1	การประเมินผู้ป่วย ค้นหาความเสี่ยง วางแผน ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ
2	การเตรียมผู้ป่วย/ญาติ ได้รับข้อมูล มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการ เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ
3	กระบวนการระงับความรู้สึก ราบรื่น ปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ
4	กระบวนการเสริม ติดตามและบันทึกระหว่างระงับความรู้สึกและรอฟื้น เตรียมพร้อมแก้ไขภาวะฉุกเฉิน จำหน่ายจากบริเวณรอฟื้นตามเกณฑ์
5	เครื่องมือ วัสดุ ยา ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ

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

III - 4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ค. อาหารและโภชนาบำบัด	
1	ผู้ป่วยทั่วไปได้รับอาหารที่มีเหมาะสม คุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ ป้องกันความเสี่ยง
2	ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ประเมิน วางแผน ให้โภชนาบำบัด
3	การให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ มุ่งให้ผู้ป่วยครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เตรียมและบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค
4	การผลิต จัดเก็บ ส่งมอบอาหาร การจัดการกับภาวะของเสีย เศษอาหาร เป็นไปตามหลักปฏิบัติที่ยอมรับทั่วไป ป้องกันการปนเปื้อน การเน่าเสีย การแพร่เชื้อโรค

จ. การจัดการความปวด	
1	การคัดกรองความปวด ความรุนแรง ลักษณะของความปวด
2	หัตถการหรือการตรวจที่อาจเกิดความปวด แจ้งโอกาส ผู้ป่วยร่วมเลือกวิธีการ
3	การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นไปตามแนวทาง เผื่อระวังผลข้างเคียง

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	
1	ตระหนักในความต้องการของผู้ป่วย
2	ประเมินประเมินซ้ำ อาการ การตอบสนองต่อการบำบัด ความต้องการด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
3	การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิต บรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิต วิญญาณ ผู้ป่วยครอบครัวร่วมตัดสินใจ

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ	
1	ประเมิน -> วางแผน ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ
2	การฟื้นฟูสภาพ ยกหรือชำระระดับการใช้งานของอวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบของตนเอง การพึ่งตนเอง คุณภาพชีวิต
3	มาตรฐาน ภาวะเทียบ ข้อบังคับ

ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	
1	เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน บริการฟอกเลือดด้วยไตเทียมได้รับการรับรอง

III-4.1 การดูแลทั่วไป (PCD.1)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันที่่วงที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

- (1) มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา โดยมอบหมายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. การดูแลในทุกจุดบริการเป็นไปตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน.
- (2) มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย ความสะอาดสบายและความสะอาด การป้องกันอันตราย/ ความเครียด/ เสียง/สิ่งรบกวนต่างๆ.
- (3) ทีมผู้ให้บริการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม และปลอดภัย.
- (4) ทีมผู้ให้บริการประเมินความคาดหวังของครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และตอบสนองต่อความต้องการเหล่านี้ในลักษณะองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ.

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- (5) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม เพื่อความต่อเนื่องในการดูแล.

III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันที่ ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

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

⁷² ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็กอายุน้อย ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่สับสนหรือไม่รู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

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

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

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (PCD.3)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ก. การระงับความรู้สึก

- (1) มีการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการระงับความรู้สึก และนำข้อมูลจากการประเมินมาวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการระงับความรู้สึก (ถ้าเป็นไปได้). ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนการระงับความรู้สึก.
- (3) กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ.

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

⁷⁶ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจได้ยาก ภาวะอุณหภูมิขึ้นสูงอย่างอันตราย การแพ้ยา

ข. การผ่าตัด

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

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

ค. อาหารและโภชนาบำบัด

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

⁷⁸ ความเสี่ยงจากการให้บริการอาหารและโภชนาการ เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอาหารในเวลาที่เหมาะสม การจัดอาหารที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้ให้ผู้ป่วย การเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมให้ผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยอาจสำลักได้

ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- (1) บุคลากรมีความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีลักษณะเฉพาะ.
- (2) ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับการประเมิน/ประเมินซ้ำ เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองต่อการบำบัดอาการ ความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁷⁹.
- (3) ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลผู้ที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างเหมาะสมทั้งในด้านการบรรเทาอาการ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ.

⁷⁹ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเคารพในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

จ. การจัดการความปวด

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

ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

- (1) มีการวางแผนฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้ป่วยตามผลการประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละราย.
- (2) การฟื้นฟูสภาพช่วยฟื้นฟู ยกระดับ หรือสร้างไว้ ซึ่งระดับที่เหมาะสมในการใช้งานของ อวัยวะต่างๆ การดูแลตนเอง ความรับผิดชอบต่อตนเอง การพึ่งตนเอง และคุณภาพ ชีวิต ของผู้ป่วย.
- (3) บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.

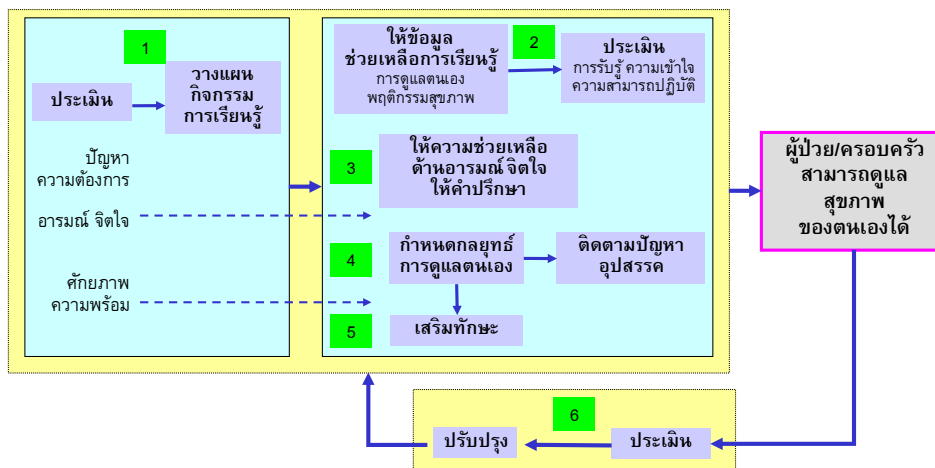
ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

- (1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย. ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลต้องผ่านการตรวจรับรองจากคณะกรรมการ ตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.).

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

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

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.



III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล.

- (1) ทีมผู้ให้บริการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้. การประเมินครอบคลุม ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ขีดความสามารถ ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้และดูแลตนเอง.
- (2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่จำเป็นและช่วยเหลือให้เกิดการเรียนรู้ สำหรับการดูแลตนเอง และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี แก่ผู้ป่วยและครอบครัว⁸⁰ อย่าง

⁸⁰ ผลลัพธ์ของการให้ข้อมูล ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค วิถีชีวิต และวิธีการยกระดับสุขภาพในขณะที่ยังมีโรคและในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

เหมาะสมกับปัญหา ทันเวลา มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ⁸¹. มีการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปปฏิบัติ.

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

⁸¹ กระบวนการให้ข้อมูลควรเป็นไปอย่างเปิดเผยและยืดหยุ่น ยอมรับความเชื่อ ค่านิยม ระดับการรู้หนังสือ ภาษาศาสมารถทางร่างกายของผู้ป่วยและครอบครัว

⁸² การช่วยเหลือด้านอารมณ์จิตใจ เริ่มต้นด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเองและเป็นมิตรในแต่ละพื้นที่บริการของโรงพยาบาล, มีการประเมินความเครียดเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือวิกฤติที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีการเชิงบวก

⁸³ การกำหนดกลยุทธ์การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ควรดำเนินการควบคู่กับการกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนโดยช่วยสร้างความเข้าใจในบทบาท ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำหน้าที่ สอนพฤติกรรมเชิงบวก และอธิบายผลที่ตามมาหากไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าว

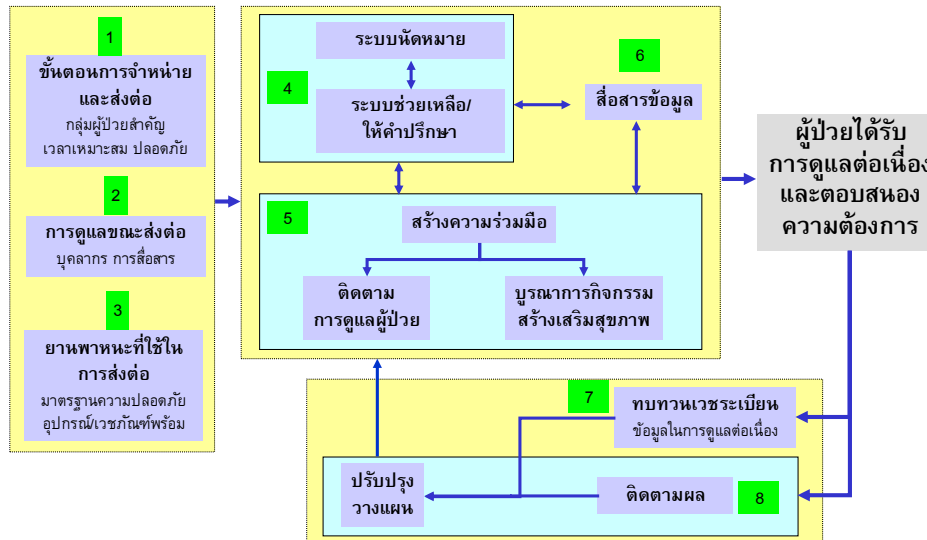
มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

III - 6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.



III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

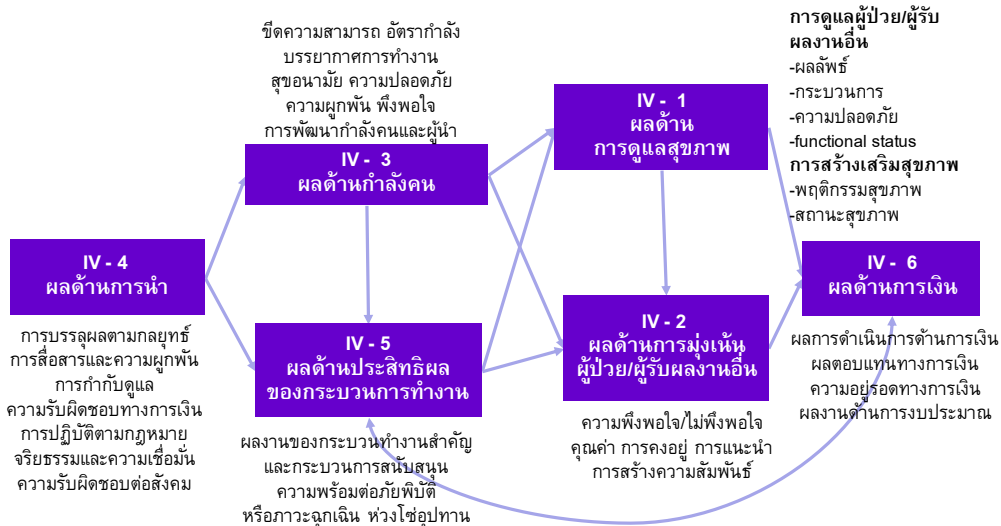
- (1) องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.
- (2) การดูแลขณะส่งต่อ ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสม.
- (3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

ตอนที่ IV ผลการดำเนินการขององค์กร

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



IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย⁸⁴/ ผู้รับผลงานอื่น ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัย และ functional status.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ ประชากรในชุมชน และ บุคลากรขององค์กร.

IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น (CFR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ คุณค่าจากมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น การคงอยู่ การแนะนำ และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น.

⁸⁴ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากการวิเคราะห์โรคสำคัญที่โรงพยาบาลให้การดูแล ซึ่งแต่ละโรคควรมีชุดของตัวชี้วัดซึ่งสะท้อนประเด็นสำคัญของโรคนั้นๆ อย่างครบถ้วน

IV-3 ผลด้านกำลังคน (WFR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับขีดความสามารถ ระดับอัตรากำลัง การรักษาไว้ และทักษะที่เหมาะสมของบุคลากร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงาน สุขอนามัย ความปลอดภัย สวัสดิภาพ สิทธิประโยชน์และบริการของกำลังคน.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของกำลังคนและความผูกพันของกำลังคน.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนา กำลังคนและผู้นำ.

IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)

- (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการขององค์กร.
- (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้นำระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน.
- (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ และความรับผิดชอบต่อทางการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร⁸⁵.
- (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.
- (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.

⁸⁵ ผลของความรับผิดชอบต่อทางการเงิน เช่น รายงานการตรวจสอบทางการเงิน ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ การตอบสนองของผู้บริหาร

- (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.

IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR)

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

IV-6 ผลด้านการเงิน (FNR)

องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของผลการดำเนินการด้านการเงิน รวมทั้งตัววัดด้านผลตอบแทนทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และผลการดำเนินการด้านค่าใช้จ่ายประมาณ.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 Scoring Guideline

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

สำหรับการให้คะแนนในส่วนของผลลัพธ์นั้น จะเห็นว่ามุ่งเน้นที่การวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัววัดที่องค์กรใช้ติดตามเป็นสำคัญ โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องติดตามตัววัดที่สำคัญและตรงประเด็นให้ครบถ้วน แม้ว่าผลลัพธ์จะยังไม่ดีแต่หากมีการนำผลการวิเคราะห์ไปกำหนดประเด็นในการพัฒนาและดำเนินการพัฒนา ก็เป็นที่ยอมรับได้ หากพัฒนาแล้วมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ระดับคะแนนก็จะเพิ่มจาก 3 เป็น 4

การใช้ scoring guideline สำหรับการพัฒนาระบบงานของสถานพยาบาล ควรมุ่งเพื่อยกระดับ maturity ของระบบงานในองค์กรให้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีแค่เพียงคาดหวังเพียงคะแนนผ่านเกณฑ์การรับรองเท่านั้น การใช้มาตรฐาน HA จึงจะเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

ภาคผนวก 2 Core Values and Concepts of Hospital Accreditation

ค่านิยมและแนวคิดหลัก หรือหลักคิดที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ เกิดจากการประยุกต์แนวคิด TQM การผสมหลักคิดที่เกิดจากการดำเนินการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน และมาผสมผสานกับข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาองค์กรที่ประสบความสำเร็จที่ MBNQA นำมาใช้

หลักคิดเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจ และพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกมาตรฐาน ทุกสถานการณ์ เป็นสิ่งที่มียู่แล้วระดับหนึ่ง และสามารถพัฒนาให้มีมากขึ้นได้

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

เมื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับแรกมาใช้ หลักคิดที่ใช้กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่
เกิดผลอย่างแท้จริงได้แก่ **individual commitment, team work, customer focus**

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

เมื่อผสมผสานหลักคิดทั้งหมดเข้าด้วยกันและจัดเป็นหมวดหมู่ จะได้เป็น 5 หมวด
ดังนี้

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

1. ทิศทางนำ

1.1 Visionary Leadership

คืออะไร

ผู้นำที่มีสายตากว้างไกล เปลี่ยนแปลงสังคม มองภาพใหญ่ คิดเชิงกลยุทธ์
นำเสนอความท้าทาย จูงใจให้คนเก่งมารวมตัวกัน สู่เป้าหมายที่สูงกว่า

ทำไม

ผู้นำคือผู้กำหนดทิศทาง เป็นแบบอย่าง อนุญาตและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

ทำอย่างไร

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

1.2 Systems Perspective

คืออะไร

การมองภาพรวมอย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกองค์ประกอบ เห็นการเชื่อมต่อภายใน การพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นเหตุเป็นผล การพิจารณาวงรอบของปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และระบบสะท้อนกลับ

ทำไม

การบริหารและพัฒนาแบบแยกส่วน ไม่ก่อให้เกิดความสำเร็จอย่างคุ้มค่า และทำให้สมาชิกในองค์กรสับสน อ่อนล้า

ทำอย่างไร

- สังเคราะห์ (synthesis) มองภาพรวมขององค์กรใช้ความต้องการหลักขององค์กร เป้าหมายเชิงกลยุทธ์และแผนงานเป็นพื้นฐาน
- มุ่งไปในแนวทางเดียวกัน (alignment) ทำให้เป้าหมาย แผนงาน กระบวนการ วัฒนธรรม และกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน
- บูรณาการ (integration) เชื่อมโยงแนวคิด องค์ประกอบและระบบต่างๆ ขององค์กร เข้าด้วยกัน

1.3 Agility

คืออะไร

ความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็วและมีความยืดหยุ่น
การตอบสนองผู้ป่วยและผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

ทำไม

สังคมคาดหวังที่จะได้รับบริการอย่างรวดเร็ว
การปรับตัวที่่องไวคือการก้าวไปข้างหน้าก่อนผู้อื่น

ทำอย่างไร

- ลดความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน ยกเลิกกฎระเบียบที่ไม่จำเป็น
- ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดการตอบสนองที่รวดเร็ว ยืดหยุ่น ตรงความต้องการเฉพาะ
- ผู้ปฏิบัติงานได้รับอำนาจในการตัดสินใจ ภายใต้มาตรฐานที่จำเป็น
- การออกแบบระบบบริการที่ได้ผล ประหยัดให้คุณค่ากับความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย
- ให้ความสำคัญกับการวัดและลดวงรอบเวลา ควบคู่ไปกับการปรับปรุงด้านอื่นๆ

2. ผู้รับผล

2.1 Patient and Customer Focus

คืออะไร

สนองความต้องการใช้มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดี

ผู้รับผลงานมีทั้งเพื่อนร่วมงานซึ่งเป็นผู้รับผลงานภายใน และผู้ป่วย ครอบครัว ฯลฯ ที่เป็นผู้รับผลงานภายนอก

ทำไม

หน้าที่หลักของระบบบริการสุขภาพคือการมีสุขภาพดีของประชาชน ครอบครัว ชุมชน

ทำอย่างไร

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

2.2 Focus on Health

คืออะไร

แนวคิดเรื่องสุขภาพคือดุลยภาพ

การนำภาวะที่เป็นปกติของบุคคลมาใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

ทำไม

การเจ็บป่วยจำนวนมาก ไม่รู้สาเหตุ แต่สามารถดูแลให้มีความสุขได้

สุขภาพะ พบได้ทั้งในยามเจ็บป่วยหรือแม้ยามจะเสียชีวิต

ผู้ป่วย มีทั้งส่วนที่ป่วยและไม่ป่วย ในตัวคนเดียว

ทำอย่างไร

- ใช้แนวคิด focus on health กับผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย
- หาโอกาสสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยทุกราย
- พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอย่างครอบคลุม
- สร้างสมดุลของการสร้างสุขภาพะ และการบำบัดรักษา
- ใช้แนวคิดสุขภาพะกำเนิด (salutogenesis)
- ฝึกร่วมกับปัจจุบัน แบ่งปันพลังบวกให้ผู้ป่วย

2.3 Community Responsibility

คืออะไร

การปฏิบัติตามกฎระเบียบ ป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติงานอย่างมีจริยธรรม ช่วยเหลือและดูแลสุขภาพชุมชน

ทำไม

บริการสุขภาพอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม

องค์กรบริการสุขภาพมีหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนนอกเหนือจากบริการในที่ตั้ง

ทำอย่างไร

- ปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- อนุรักษ์ทรัพยากรและการลดความสูญเปล่าตั้งแต่ต้นทาง
- คาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในด้านสถานที่ การใช้รังสี/สารเคมี อันตรายด้านชีวภาพ และวางแผนป้องกันความเสี่ยง/อันตรายที่จะเกิดขึ้น
- ตอบสนองอย่างเปิดเผยเมื่อเกิดปัญหา
- การให้บริการสุขภาพแก่ชุมชน ค้นหาศักยภาพในชุมชนและสนับสนุนให้ชุมชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

3. คนทำงาน

3.1 Value on Staff

คืออะไร

ส่งเสริมการมีและการใช้ศักยภาพ มีแรงจูงใจทำงานให้ได้ผลดี มีความสุข

ทำไม

คนคือทรัพย์สินที่มีค่าขององค์กร มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
systems approach ได้ผลดีกว่าการกล่าวโทษ

ทำอย่างไร

- มีกัลยาณมิตร/ศรัทธา ใช้วิธีการแห่งปัญญา คิดถูกวิธี คิดมีระเบียบ คิดมีเหตุผล คิดเร็วที่สุด
- ผู้นำแสดงความมุ่งมั่น ยกย่องชมเชยเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมให้กล้าคิดกล้าทำ
- จัดวิธีทำงานที่ยืดหยุ่น มีสมรรถนะ หลากหลาย
- ใช้ systems approach ในการแก้ปัญหาความผิดพลาด
- ถามคนทำงานว่า “อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการให้ปรับปรุง” และตอบสนอง

3.2 Individual Commitment

คืออะไร

คือการทำงานที่แต่ละคนมีความมุ่งมั่นในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ยึดถือเป้าหมายและความสำเร็จขององค์กรเป็นหลักในการทำงาน

ทำไม

ความสำเร็จขององค์กรเป็นผลรวมของความพยายามของทุกคน

คุณภาพต้องเริ่มที่แต่ละคน ทำทันที ทำต่อเนื่อง ทำเรื่องใกล้ตัว

ทำอย่างไร

- แต่ละคนทำงานประจำให้ดี ทำเต็มความสามารถ รับผิดชอบ ใฝ่หาความรู้
- พัฒนางานของตน ร่วมพัฒนากับผู้อื่น
- ผู้นำกำหนดความคาดหวังที่เหมาะสม ให้การสนับสนุน เสริมพลัง เป็นแบบอย่าง

3.3 Team Work

คืออะไร

การรับฟัง ร่วมคิด ร่วมทำ ภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ ระหว่างผู้บริหารกับผู้ปฏิบัติงาน การเป็นพันธมิตรระหว่างองค์กรต่างๆ

ทำไม

บริการสุขภาพมีความซับซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมืออย่างกว้างขวาง

ทำอย่างไร

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

3.4 Ethical and Professional Practice

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ

การกำกับดูแลจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน

ทำไม

การตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพมีความสำคัญต่อผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สังคมมีความคาดหวังสูงต่อผู้ประกอบวิชาชีพ และรับไม่ได้กับผลไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิด

จากการละเลยหรือการปฏิบัติที่ปราศจากจริยธรรมและมาตรฐาน

ผู้ประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องมีอิสระในการตัดสินใจ ความมีอิสระนั้นต้องควบคู่ไปกับ

ความรับผิดชอบ

ผู้ประกอบวิชาชีพต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการให้คำแนะนำหรือพิจารณา

ทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

ทำอย่างไร

- ผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนมีจิตสำนึกในการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพ พัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- ด้วยหลักง่ายๆ ว่า “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” หรือ “ดูแลดุจญาติมิตร” จะช่วยป้องกันปัญหาได้มาก
- มีกลไกที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะควบคุมกำกับกันเองทั้งในลักษณะของการป้องปรามและดำเนินการเมื่อเกิดปัญหา เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการและวิชาชีพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน

4. การพัฒนา

4.1 Creativity and Innovation

คืออะไร

การเปลี่ยนแปลงที่ใช้วิธีการและแนวคิดใหม่

ทำไม

หัวใจสำคัญของนวัตกรรมคือจินตนาการ

การพัฒนาด้วยวิธีเดิมๆ ไม่อาจใช้การได้ผลอีกต่อไป

สถานการณ์ที่คำตอบไม่ชัดเจน เป็นโอกาสเปิดสำหรับจินตนาการและ นวัตกรรม

ทำอะไร

- จัดการให้นวัตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรและงานประจำ
- ผู้บริหารส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทดลองความคิดใหม่ๆ ส่งเสริมการฝึกอบรมด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม
- ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในกระบวนการจัดบริการ

4.2 Management by Fact

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้รับการวิเคราะห์อย่างเหมาะสม

ทำไม

ข้อมูลข่าวสารที่ดีทำให้ทราบระดับปัญหาที่แท้จริง ลำดับความสำคัญ สาเหตุของปัญหา ข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่างๆ

ทำอย่างไร

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

4.3 Continuous Process Improvement

คืออะไร

การหาโอกาสพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงกระบวนการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง มีการขยับเป้าหมายของผลงานขึ้นอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความเป็นไปได้

ทำไม

สถานการณ์เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความคาดหวังของผู้รับผลงานที่เพิ่มขึ้น
มีโอกาสทำให้เรียบง่ายและมีประสิทธิภาพขึ้นเสมอ

ทำอย่างไร

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

4.4 Focus on Results

คืออะไร

การกำหนดเป้าหมายของงาน/การพัฒนาที่ผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้มีส่วนได้เสียจะได้รับ

ทำไม

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันชัดเจน เชื่อมโยงแผนงานและกิจกรรมได้

การมุ่งเน้นผลลัพธ์ทำให้เกิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสียสำคัญจะทำให้เกิดความศรัทธาต่อองค์กร

ทำอย่างไร

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

4.5 Evidence-based Approach

คืออะไร

การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
การใช้ข้อมูลวิชาการในการให้บริการสุขภาพ/ดูแลผู้ป่วย

ทำไม

บริการสุขภาพที่ปลอดภัย ได้ผล มีประสิทธิภาพ มีความเหมาะสม จะต้องอยู่บนพื้นฐาน
ของข้อมูลวิชาการซึ่งพิสูจน์ประสิทธิภาพของวิธีการตรวจรักษาต่างๆ

บริการสุขภาพต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนต่างๆ มากมาย การใช้ดุลยพินิจของผู้
ประกอบวิชาชีพควบคู่กับการใช้ข้อมูลวิชาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพของเทคโนโลยีบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว
แม้ความรู้ที่เขียนไว้ในตำราก็อาจจะล้าสมัยเร็วเกินกว่าที่คิด

ทำอย่างไร

- นำ CPG ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- Gap Analysis

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

- นำศาสตร์ทางด้านระบาดวิทยาคลินิกและเศรษฐศาสตร์คลินิกมาช่วยในการตัดสินใจ
- นำข้อมูลวิชาการมาใช้ในลักษณะของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกอย่างเป็นองค์รวม คือใช้ประกอบกับเครื่องมือและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โดยอาศัยกลุ่มผู้ป่วยและปัญหาสำคัญในผู้ป่วยดังกล่าวเป็นตัวตั้ง

5. พาเรียนรู้

5.1 Learning

คืออะไร

การเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ของสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม เพื่อตอบสนอง ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ

ทำไม

สิ่งมีชีวิตต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด องค์กรก็เปรียบเหมือนสิ่งมีชีวิต

ทำอย่างไร

- ให้ความสำคัญ ฝึกอบรมให้โอกาสพัฒนา สร้างแรงจูงใจ
- เรียนรู้ด้วยการมีส่วนร่วม
- หาโอกาสที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงและทำให้ดีขึ้น
- ปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในวิถีการทำงานปกติประจำวัน
- ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย การให้บริการ สถานที่สิ่งแวดล้อม สร้างการเรียนรู้

5.2 Empowerment

คืออะไร

ให้พลังทุกคนในการดูแลสุขภาพตนเอง

ให้พลังเจ้าหน้าที่แก้ปัญหา พัฒนางานด้วยตนเอง

ทำไม

การเสริมพลังทำให้เกิดความรับผิดชอบ ตรงประเด็น มีประสิทธิภาพ ไม่ต้องพึ่งพิง

ขยายวงกว้าง

ทำอย่างไร

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

ภาคผนวก 3: ตารางแสดงการเปรียบเทียบรหัสอ้างอิงตามมาตรฐานฉบับที่ 4 เทียบ กับฉบับที่ 3

สำหรับหัวข้อที่มีการเพิ่มเข้ามาใหม่ในฉบับที่ 4 จะมีการระบุไว้ในรหัสอ้างอิงของฉบับที่ 3 ว่า “ใหม่”

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

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

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

เกณฑ์ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 4	รหัสอ้างอิงในฉบับที่ 3
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)		
การดูแลทั่วไป	PCD.1	PCD.1
การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	PCD.2	PCD.2
การระงับความรู้สึก	PCD.3 ก.	PCD.3 ก.
การผ่าตัด	PCD.3 ข.	PCD.3 ข.
อาหารและโภชนบำบัด	PCD.3 ค.	PCD.3 ค.
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	PCD.3 ง.	PCD.3 ง.
การจัดการความปวด	PCD.3 จ.	PCD.3 จ.
การฟื้นฟูสภาพ	PCD.3 ฉ.	PCD.3 ฉ.
การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	PCD.3 ช.	ใหม่
III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)	IMP	IMP
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)	COC	COC
ตอนที่ IV ผลการดำเนินงานขององค์กร		
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ	HCR	PCR
IV-2 ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น	CFR	CFR
IV-3 ผลด้านกำลังคน	WFR	HRR
IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)	LDR	LDR
IV-ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ	WPR	SPR
IV-6 ผลด้านการเงิน	FNR	FNR

ภาคผนวก 4: ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
<p>I-1 การนำองค์กร (LED)</p>	<p>I-1.2 ก.(1) ระบบกำกับดูแลองค์กร ทบทวนและประสบความสำเร็จในประเด็นต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรับผิดชอบในการกระทำของผู้บริหารระดับสูง; - ความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์; - ความรับผิดชอบด้านการเงิน; - ความโปร่งใสในการดำเนินการ; - การตรวจสอบภายในและภายนอกที่เป็นอิสระและมีประสิทธิภาพ ; - การพิทักษ์ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. <p>I-1.2 ก.(3) องค์กรวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก เพื่อกำกับดูแลองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การศึกษาและฝึกอบรมต่อเนืองของผู้ ประกอบวิชาชีพ การผลิต/ร่วมผลิตบุคลากร การทบทวนการดูแลผู้ป่วยหรือการตรวจสอบทางคลินิก ผลสัมฤทธิ์ของการดูแลผู้ป่วย การวิจัยและพัฒนา การเปิดเผยข้อมูล การบริหารความเสี่ยง การจัดการสารสนเทศ และ ประสิทธิภาพของผู้ป่วย. คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิกได้รับรายงานอย่างสม่ำเสมอและ แสดงความรับผิดชอบในการสร้างหลักประกันผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง.</p> <p>I-1.2 ข.(3) องค์กรจัดให้มีกลไกเพื่อการรับรู้และจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ ยากลำบากในการตัดสินใจ ด้วยวิธีการและระยะเวลาที่เหมาะสม.</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>I-1.2 ค.(1) องค์กรมีส่วนรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ.</p>
I-2 กลยุทธ์ (STG)	<p>I-2.1 ก.(1) องค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์ที่เหมาะสมในด้านกรอบเวลา ขั้นตอน ผู้มีส่วนร่วม มีการพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กร.</p> <p>I-2.1 ก.(2) องค์กรกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์ ตัดสินใจเลือกโอกาสพัฒนาและความเสี่ยงสำคัญที่จะดำเนินการให้สำเร็จ และส่งเสริมนวัตกรรมในเรื่องดังกล่าว.</p> <p>I-2.1 ก.(4) องค์กรกำหนดสมรรถนะหลักขององค์กรที่จะทำให้บรรลุพันธกิจขององค์กร.</p> <p>I-2.1 ก.(5) องค์กรตัดสินใจเรื่องกระบวนการทำงานขององค์กรว่ากระบวนการทำงานใดที่จะดำเนินการเอง และกระบวนการทำงานใดที่จะให้ผู้ส่งมอบหรือพันธมิตรทำ โดยพิจารณาสมรรถนะหลักขององค์กรเองและองค์กรภายนอก การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และความร่วมมือกับภายนอกเพื่อความยั่งยืนและประสิทธิภาพ.</p> <p>I-2.1 ข.(2) วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ตอบสนองความท้าทายเชิงกลยุทธ์ ใช้ประโยชน์จากสมรรถนะหลักขององค์กร ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ และโอกาสเชิงกลยุทธ์. วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์สะท้อนสมดุลระหว่างความต้องการด้านต่างๆ ขององค์กร.</p>
I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM)	<p>I-3.3 ข.(4) มีการจัดการเพื่อให้เกิดสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ. ผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้รับการปกป้องจากการถูกทำร้ายด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม.</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	I-3.3 ข.(7) ผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิกได้รับการคุ้มครองสิทธิ.
I-4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (MAK)	<p>I-4.2 ข.(2) องค์กรทำให้มั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก มีการรักษาความลับและการเข้าถึงตามสิทธิที่เหมาะสม มีการป้องกัน ตรวจสอบ และฟื้นฟูระบบสารสนเทศจากการถูกโจมตีจากภายนอก.</p> <p>I-4.2 ข.(3) ในกรณีที่มีการส่งข้อมูลของผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย องค์กรพึงกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นนรรักษาความลับของผู้ป่วย โดยยังคงการระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องไว้.</p> <p>I-4.2 ค.(2) องค์กรระบุหน่วยงานหรือปฏิบัติการที่มีผลงานดี ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยนและนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร.</p> <p>I-4.2 ค.(3) องค์กรใช้ความรู้และทรัพยากรขององค์กร ทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงานขององค์กร.</p>
I-5 กำลังคน (WKF)	I-5.1 ก.(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารทรัพยากรบุคคลที่คำนึงถึงข้อกำหนดของสภาวิชาชีพร่วมกับบริบทขององค์กร. แผนระบุขีดความสามารถและกำลังคนที่ต้องการในแต่ละส่วนงานเพื่อให้สามารถจัดบริการที่ต้องการได้. มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่ง และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบตามความรู้ความสามารถและข้อกำหนดในกฎหมาย. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และสมรรถนะ ของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และรวมถึงอาสาสมัคร (ถ้ามีข้อบ่งชี้กรณีอาสาสมัคร) เป็นไปตามตำแหน่งงานของบุคคลเหล่านั้น.

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>I-5.1 ก.(2) องค์กรมีวิธีการที่มีประสิทธิผลในการสรรหา ว่าจ้าง บรรจุ และรักษากำลังคน. มีการรวบรวม ตรวจสอบ และประเมินคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพในด้านใบประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์. บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ และอาสาสมัครที่มาปฏิบัติงานใหม่ได้รับการปฐมนิเทศอย่างเป็นทางการ ได้รับการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน. มีการทบทวนใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพ คุณสมบัติ และขอบเขตการปฏิบัติงานที่ได้รับอนุญาตให้ทำ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยทุก 3 ปี.</p> <p>I-5.1 ค.(1) องค์กรจัดให้มีโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน ประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดให้มีเสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันตัวสำหรับกำลังคน; - การประเมินสถานที่ทำงาน ในประเด็นความเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน; - การติดตามวัดระดับภาระงานและการจัดการความเครียด; - การให้ภูมิคุ้มกันแก่กำลังคน; - การป้องกันอันตรายจากการหยิบ จับ ยก ด้วยมือ; - การป้องกันอันตรายจากการถูกเข็มที่มุด; - การป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงาน เช่น รังสี แก๊ส สารเคมี สารอื่นๆ และการติดเชื้อ; - การจัดการกับความรุนแรง ความก้าวร้าว และการคุกคาม;

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	- การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง.
I-6 การปฏิบัติการ (OPT)	<p>I-6.1 ข.(2) องค์กรระบุกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ. การปฏิบัติงานประจำวันของกระบวนการสนับสนุนเหล่านี้ตอบสนองต่อความต้องการสำคัญขององค์กร.</p> <p>I-6.1 ข. (3) องค์กรปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อยกระดับการจัดการบริการสุขภาพและผลการดำเนินการขององค์กร เสริมสร้างความแข็งแกร่งของสมรรถนะหลักขององค์กร และลดความแปรปรวนของกระบวนการ.</p> <p>I-6.1 ค.(1) องค์กรจัดการห่วงโซ่อุปทานเพื่อให้มั่นใจว่าองค์กรจะได้รับผลิตภัณฑ์และบริการ ที่มีคุณภาพสูง โดย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเลือกผู้ส่งมอบ (ทั้งผลิตภัณฑ์และบริการ) ที่ตรงกับความต้องการขององค์กร ; - มีการจัดทำข้อกำหนดที่ชัดเจนและรัดกุม; - มีการวัดและประเมินผลการดำเนินการของผู้ส่งมอบ ; - ให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ส่งมอบเพื่อให้เกิดการปรับปรุง; - จัดการกับผู้ส่งมอบที่มีผลการดำเนินการไม่ตรงตามข้อกำหนดที่ตกลงกันไว้. <p>I-6.1 ง.(1) องค์กรส่งเสริมให้นำโอกาสเชิงกลยุทธ์มาพัฒนานวัตกรรม มีการสนับสนุนการเงินและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น.</p> <p>I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก (ข้อกำหนดทั้ง 8 ข้อ ภายใต้อำนาจนี้)</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>I-6.2 ข.(1) องค์กรทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย โดยคำนึงถึงการป้องกันอุบัติเหตุ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ต้นเหตุของความล้มเหลว และการทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม.</p> <p>I-6.2 ข.(2) องค์กรทำให้มั่นใจว่ามีการเตรียมพร้อมของระบบงานและสถานที่ทำงาน ต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการป้องกัน การบริหารจัดการ ความต่อเนื่อง ของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย การทำให้ฟื้นคืนสู่สภาพเดิม การพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร. องค์กรทำให้มั่นใจว่าระบบสารสนเทศมีความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้อย่างต่อเนื่อง.</p>
<p>II-1 การจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ)</p>	<p>II-1.1 ก. ระบบบริหารคุณภาพ ข้อกำหนดข้อ (1), (6), (7), (8), (9) และ (10)</p> <p>II-1.2 ระบบบริการความเสี่ยง ข้อกำหนดข้อ ก. (1), (2), (3) และ (5) ข้อกำหนดข้อ ข. ทั้งหมด เป็นการเชื่อมโยงกับมาตรฐานที่มีอยู่แล้วในส่วนอื่นๆ</p>
<p>II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (ENV)</p>	<p>II-3.2 ข.(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ในทาง การแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบ ที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ</p>
<p>II-4 การป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ (IC)</p>	<p>II-4.1 ก.(4) องค์กรมีการกำหนดและจัดทำเอกสารที่แสดงนโยบายและแนวทางใน การป้องกันการติดเชื้อ ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้:</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>- การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อ ออกจากการให้ สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;</p> <p>- มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา;</p> <p>- มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ;</p> <p>- การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ;</p> <p>- การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);</p> <p>- การดำเนินการให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์การวิชาชีพ.</p> <p>II-4.2 ก.(1) มีการจัดทำระเบียบปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:</p> <p>- การใช้ standard precautions และ isolation precautions;</p> <p>- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ;</p> <p>- การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่างๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่;</p> <p>- การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้)</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>II-4.2 ก.(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลด ความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค; - ประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ; - แยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน. <p>II-4.2 ก.(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้องผ่าตัด; - ห้องคลอด; - หอผู้ป่วยวิกฤติ; - หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด - หน่วยบริการฉุกเฉิน - หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก; - หน่วยซักฟอก;

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยจ่ายกลาง; - โรงครัว; - หน่วยกายภาพบำบัด; - ห้องเก็บศพ.
II-5 ระบบเวชระเบียน (MRS)	<p>II-5.1 ก.(3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย การดำเนินการด้านเวชระเบียนควรมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน; - การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน; - การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา; - การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน ; - การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนาม; - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ; - บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่เกิดขึ้น รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย ; - เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา; - เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น. <p>II-5.1 ข.(1) การจัดเก็บเวชระเบียน:</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม; - มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้; - มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่; - ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ.
II-6 ระบบการจัดการด้านยา (MMS)	<p>II-6.1 ก.(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ.</p> <p>II-6.1 ก.(5) องค์กร (โดย PTC) ดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use Program) และ แผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Stewardship Program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพและยาอื่นๆ อย่างเหมาะสม.</p> <p>II-6.1 ข.(4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการจัดการระบบยา โดยมีการส่งสัญญาณเตือนในระดับที่เหมาะสมสำหรับอันตรกิริยาระหว่างยา การแพ้ยา ข ขนาดต่ำสุด และสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวปฏิบัติสำหรับ การไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.</p> <p>II-6.2 ก.(2)) มีการจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการจับเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร; - ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ; - ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในชั้นตอนถัดไป (เช่น รับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น จำหน่ายผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก); - เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยทานอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด; - มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย. <p>II-6.2 ก.(3) ในกรณีที่มีการส่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (CPOE) ระบบดังกล่าวมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการส่งจ่ายยา.</p> <p>II-6.2 ข.(1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยา dose แรก (หรือทบทวนเร็วที่สุดหลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน). มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก และยาเคมีบำบัด และเภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>II-6.2 ข.(2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม และเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน laminar air flow hood.</p> <p>II-6.2 ข.(4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รััดกุม และพร้อมใช้ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และมีการจัดเตรียม hazardous spill kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.</p> <p>II-6.2 ค.(1) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมนำให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.</p> <p>II-6.2 ค.(4) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	กระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษายาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.
II-7 การตรวจทดสอบ ประกอบการวินิจฉัยโรค และบริการที่เกี่ยวข้อง (DIN)	<p>II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (DIN.1) ข้อกำหนดทั้ง 9 ข้อ</p> <p>II-7.3 (1) องค์กรนำมามาตรฐานพยาธิกายวิภาคศาสตร์ที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน.</p>
III-1 การเข้าถึงและเข้ารับ บริการ (ACN)	<p>III-1 (2) มีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย.</p> <p>III-1 (3) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรกโดยเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม.</p> <p>III-1 (7) มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่จะจัดให้บริการหรือให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม. บริการหรือกิจกรรมที่ควรจะมีมีการให้ความยินยอม ได้แก่:</p> <ul style="list-style-type: none"> - การผ่าตัดและหัตถการลุกล้ำ (invasive procedure) การระงับความรู้สึก และการทำให้สงบในระดับปานกลาง/ระดับลึก; - บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์; - การเข้าร่วมในการวิจัยหรือการทดลอง;

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>- รุปลถ่ายหรือกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ซึ่งในกรณีนี้ การยินยอมควรมีการระบุระยะเวลาหรือขอบเขตที่ให้ความยินยอมไว้.</p> <p>III-1 (8) องค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง.</p>
III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)	<p>III-2 ก.(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประวัติสุขภาพ; - การตรวจร่างกาย; - การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง; - ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย; - การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ. <p>III-2 ค.(4) มีการกำหนดการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย โดยมีภาวะวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเข้ม มีการปรับปรุงและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง.</p>
III-4 การดูแลผู้ป่วย (PCD)	<p>III-4.3 ข.(4) มีกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ.</p> <p>III-4.3 ค.(1) ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอกับความ ต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยมีระบบบริการอาหารที่ดี. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการด้านอาหารและโภชนาการ ตลอดจนมีการดำเนินมาตรการป้องกันที่เหมาะสม.</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>III-4.3 จ.(1) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเรื่องความปวด (โดยครอบคลุมทั้งความปวดเฉียบพลันและความปวดเรื้อรัง). เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความปวด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความปวดอย่างครอบคลุม ทั้งความรุนแรงของความปวด และลักษณะของความปวด.</p> <p>III-4.3 จ.(2) ในกรณีที่คาดว่าจะการรักษา การทำหัตถการ หรือการตรวจพิเศษ มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความปวดขึ้น ผู้ป่วยได้รับการแจ้งเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความปวดนั้นล่วงหน้า. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวดดังกล่าวอย่างเหมาะสม.</p> <p>III-4.3 จ.(3) ผู้ป่วยที่มีความปวดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและเป็นไปตามแนวทางการจัดการความปวด. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด.</p> <p>III-4.3 จ.(3) บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.</p> <p>III-4.3 ข.(1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย. ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลต้องผ่านการตรวจรับรองจากคณะกรรมการการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ตรต.).</p>
III-6 การดูแลต่อเนื่อง (COC)	<p>III-6 (1) องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย.</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>III-6 (2) การดูแลขณะส่งต่อ ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีศักยภาพ และมีการสื่อสารข้อมูลระหว่างการส่งต่อที่เหมาะสม.</p> <p>III-6 (3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยได้มาตรฐานความปลอดภัย มีอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์ที่พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.</p>
IV-1 ผลด้านการดูแลสุขภาพ (HCR)	<p>IV-1 (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ ประชากรในชุมชนและบุคลากรขององค์กร.</p>
IV-4 ผลด้านการนำ (LDR)	<p>IV-4 (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัดสำคัญของการดำเนินการของผู้นำระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและลูกค้า.</p> <p>IV-4 (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลลัพธ์ปัจจุบันและแนวโน้มสำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ และความรับผิดชอบต่อด้านการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร.</p> <p>IV-4 (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลลัพธ์สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.</p> <p>IV-4 (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลลัพธ์สำคัญด้านการประพฤติดีปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมและความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้นำระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.</p> <p>IV-4 (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลลัพธ์สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

มาตรฐาน	ข้อกำหนดที่มีการจัดทำขึ้นมาใหม่หรือมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ
	<p>IV-4 (2) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญของการดำเนินการของผู้บริหารระดับสูงในเรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและผู้รับผลงาน.</p> <p>IV-4 (3) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการกำกับดูแลกิจการ และความรับผิดชอบต่อการเงินทั้งภายในและภายนอกองค์กร .</p> <p>IV-4 (4) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการปฏิบัติตามหรือปฏิบัติได้เหนือกว่าข้อกำหนดด้านกฎหมายและกฎระเบียบ.</p> <p>IV-4 (5) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านการประพฤติปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม และความเชื่อมั่นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผู้บริหารระดับสูง และการกำกับดูแลกิจการ.</p> <p>IV-4 (6) องค์กรแสดงให้เห็นผลหรือตัวบ่งชี้สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ.</p>
IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงานสำคัญ (WPR)	<p>IV-5 (1) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินการของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัววัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมีทัศนภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ.</p> <p>IV-5 (2) องค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญของประสิทธิผลระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน.</p>

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4