
มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
2543

มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา:
บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล

จัดพิมพ์โดย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทรศัพท์ 589-0023-4 โทรสาร 951-0238

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งแรก: ในการประชุม National Forum on Hospital Accreditation
ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2543

พิมพ์ครั้งที่ 2: พฤษภาคม 2543

พิมพ์ครั้งที่ 3: สิงหาคม 2543

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับ

โรงพยาบาล.-กรุงเทพฯ: สถาบัน, 2543.

109 หน้า.

1. โรงพยาบาล-การบริหาร. I. ชื่อเรื่อง.

362.11068

ISBN 974-293-322-7

ออกแบบ: Desire CRM

พิมพ์ที่: บริษัท ดีไซร์ จำกัด, กรุงเทพมหานคร

ระบบบริการสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพซึ่งมีหน้าที่ให้หลักประกันแก่สังคมว่าจะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีความเท่าเทียมกัน บทบาทหน้าที่ดังกล่าวเป็นความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นสิ่งที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นสิ่งที่ทั่วโลกยอมรับ และพยายามขับเคลื่อนการปฏิรูปไปสู่การทำหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างสมบูรณ์

โรงพยาบาลก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพซึ่งมีความพร้อมในด้านกำลังคน เครื่องมือ เทคโนโลยี ขณะเดียวกันความซับซ้อนและวัฒนธรรมขององค์กรก็ก่อให้เกิดปัญหาไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมได้ การปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบและมีทิศทางที่ชัดเจนจึงมีความสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเกิดจากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นการขี้อยอดคลื่อนำองค์ความรู้ที่เกิดจากความล้มเหลวและความล้มเหลวของหลายๆ ประเทศ มากำหนดแนวทางดำเนินงานสำหรับประเทศไทย โดยใช้เวลา 2 ปีในการศึกษารวบรวม

ข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลของประเทศต่างๆ และของประเทศไทยมากำหนดเป็นมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกะ และใช้เวลาอีก 3 ปี เรียนรู้ด้วยการนำมาตรฐานนี้ไปสู่การปฏิบัติทำให้เกิดความเชื่อมั่นเป็นอย่างสูงว่ามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกะนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการชี้้นำการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานที่มีความเป็นสากลและก้าวหน้าทันกับยุคสมัย

คุณค่าของมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกะอยู่ที่การนำไปปฏิบัติด้วยความเข้าใจ มีการบูรณาการครบถ้วนทุกองค์ประกอบ มิใช่การนำไปใช้อย่างผิวเผิน มิใช่อยู่ที่การประเมินจากองค์กรภายนอก เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสามารถนำข้อกำหนดต่างๆ ไปใช้ได้สะดวกยิ่งขึ้น ทางสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้นำมาตรฐานดังกล่าวมาเรียบเรียงใหม่ โดยยึดหลักการเชื่อมโยงข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกันไว้ด้วยกัน ลดความซ้ำซ้อนของข้อกำหนดที่ใกล้เคียงกัน และเพิ่มเติมรายละเอียดที่เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ เช่น นำมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลที่กองการพยาบาลจัดทำขึ้น เข้ามาเป็นส่วนขยายความ

มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาลฉบับนี้ควรใช้ควบคู่ไปกับ แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ซึ่งจะมีทั้งแบบการประเมินตนเองในภาพรวมระดับโรงพยาบาล และแบบการประเมินตนเองในระดับหน่วยงาน สำหรับการประเมินตนเองในระดับหน่วยงานนั้น จำเป็นต้องดูข้อกำหนดเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยงานในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกะร่วมด้วย

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลหวังว่า
เอกสารชุดนี้จะช่วยให้โรงพยาบาลที่มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพ
บรรลุเป้าหมายการให้บริการที่มีคุณภาพตามหน้าที่ของตนและ
มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

23 กุมภาพันธ์ 2543

การประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 2
“เส้นทางสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ในกระแสปฏิบัติบริการสุขภาพ”

| | |
|---|-----|
| หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ | 69 |
| บทที่ 11 องค์การแพทย์ | 70 |
| บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล | 77 |
| หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร | 85 |
| บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย | 86 |
| บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร | 90 |
| หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย | 93 |
| บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย | 94 |
| บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับ ผู้ป่วยและครอบครัว | 96 |
| บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา | 98 |
| บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย | 101 |
| บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย | 104 |
| บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง | 107 |
| บรรณานุกรม | 109 |

ปรับปรุงให้ดีขึ้น แยกแยะออกเป็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งสามารถทำได้ง่าย และประเด็นที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีความซับซ้อนหรือยากลำบาก กำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อปรับปรุงและทีมงานหรือบุคคลผู้รับผิดชอบ ในช่วงนี้เป็นช่วงเวลาของการทำความเข้าใจกับความมุ่งหมายหรือประโยชน์ของข้อกำหนดในมาตรฐานด้วย มีข้อเตือนใจว่าไม่ควรจะทำไปโดยปราศจากความเข้าใจในความมุ่งหมายหรือประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

2. ดำเนินการปรับปรุงหรือจัดวางระบบใหม่โดยเลือกจากประเด็นที่สามารถทำได้ง่ายมาดำเนินการก่อน

3. ทบทวนมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาเป็นระยะเพื่อดูความก้าวหน้าในการปรับปรุงและหาโอกาสที่จะทำให้ดีขึ้นเป็นระบบมากขึ้น¹ เชื่อมโยงประสานกันได้ดีขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น ใช้นวัตกรรมหรือความคิดสร้างสรรค์ให้มากขึ้น มีตัวชี้วัดที่ชัดเจนขึ้น การทบทวนในช่วงแรกอาจจะถี่ทุก 2-3 เดือน เมื่อเกิดความเข้าใจและมีแผนการปรับปรุงที่ชัดเจนแล้วก็จะเป็นการทบทวนตามแผนต่อไป

4. จัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างสั้นๆ และง่ายต่อการนำไปใช้เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะดำรงระบบงานที่ปรับปรุงหรือจัดวางขึ้นใหม่นั้นได้ตลอดไป

การใช้ถ้อยคำบางคำในเอกสารนี้อาจจะแตกต่างไปจาก

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

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานแต่ละบทกับทีมต่างๆ และเนื้อหาหลักที่เกี่ยวข้อง

| | ทีมนำ ระดับ รพ. ² | ทีมนำ เฉพาะ ด้าน ³ | ทีมนำ คลินิก ⁴ | ทีมสนับสนุน การพัฒนา คุณภาพ | หน่วย งาน ต่างๆ |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 1. การนำองค์กร | GOV.1 LED.1 LED.4 | | | LED.1 LED.4 | GEN.2 |
| 2. ทิศทางนโยบาย | GOV.2 GOV.3 | GOV.2 GOV.3 | GOV.2 GOV.3 | GOV.2 GOV.3 | GEN.1 |
| 3. การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ | LED.3 LED.5 | LED.3 | LED.3 | LED.3 | LED.3 |
| 4. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล | | HUM | | | HUM GEN.3 GEN.4 |
| 5. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย | | ENV | | | ENV GEN.6 |
| 6. เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ | | GEN.7 | | | GEN.7 |
| 7. ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล | | IM.1 IM.2 | IM.2 | | IM.2 IM.3 |
| 8. กระบวนการคุณภาพทั่วไป | GEN.9 | GEN.9 | GEN.9 | GEN.9 | GEN.9 |
| 9. กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ | | | GEN.9.3 | | GEN.9.3 |
| 10. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล | | IC | IC | | IC |
| 11. องค์กรแพทย์ | | MED | | | |
| 12. การบริหารการพยาบาล | | NUR | | | |
| 13. สิทธิผู้ป่วย | | | ETH.1 ETH.2 | | ETH.1 ETH.2 |
| 14. จริยธรรมองค์กร | ETH.3 | | | | ETH.3 |
| 15. การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย | | | GEN.8.1 | | GEN.8.1 |

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของมาตรฐานแต่ละบทกับทีมต่าง ๆ และเนื้อหาหลักที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

| | ทีมนำ ระดับ รพ. ² | ทีมนำ เฉพาะ ด้าน ³ | ทีมนำ คลินิก ⁴ | ทีมสนับสนุน การพัฒนา คุณภาพ | หน่วย งาน ต่างๆ |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 16. การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว | | | GEN 8.2 GEN 8.3 | | GEN 8.2 GEN 8.3 |
| 17. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา | | | GEN 8.4 | | GEN 8.4 |
| 18. กระบวนการให้บริการดูแลผู้ป่วย | | | GEN 8.5 | | GEN 8.5 |
| 19. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย | | | GEN 8.6 IM.4 | | GEN 8.6 IM.4 |
| 20. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง | | | GEN 8.7 | | GEN 8.7 |

² ทีมนำระดับโรงพยาบาลคือทีมผู้บริหารระดับสูงซึ่งมีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ เช่น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล, คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาคุณภาพ, สภาพัฒนาการพยาบาล, Hospital Lead Team, Top Team

³ ทีมนำเฉพาะด้าน คือทีมที่ประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ดูแลทิศทางการพัฒนาในเรื่องต่างๆ เช่น การพัฒนาทรัพยากรบุคคล, โครงสร้างกายภาพและความปลอดภัย, ระบบสารสนเทศ, การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบบริการผู้ป่วยนอก, ระบบบริการผู้ป่วยใน, รวมทั้งองค์กรแพทย์และการบริหารการพยาบาล

⁴ ทีมนำทางคลินิกคือทีมที่ประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานและวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งร่วมกัน เช่น ทีมอายุรกรรม, ทีมศัลยกรรม, ทีมจักษุวิทยา มีหน้าที่หลักคือ หาโอกาสพัฒนา, กำหนดทีมผู้รับผิดชอบ, ติดตามผล

บทที่ 1 การนำองค์กร

GOV.1 องค์กรบริหารสูงสุด

โรงพยาบาลมีองค์กรบริหารสูงสุดทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลการบริหารจัดการ การวางแผน และการติดตามผลการปฏิบัติงาน

(1) มีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ดูแลการบริหาร วางแผน ติดตามผล (GOV.1.1)

- มีความชัดเจนว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลใดทำหน้าที่ดังกล่าว⁵
- ผู้ทำหน้าที่ดังกล่าวได้มาจากการพิจารณาคุณสมบัติที่เหมาะสม

(2) องค์กรบริหารสูงสุดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

- มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (GOV.1.2)
- มีบันทึกรายงานการประชุม (GOV.1.2)
- มีกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่สมาชิกขององค์กรบริหารสูงสุด⁶ (GOV.1.9)
- แต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมเป็นคณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ต่างๆ ตามความจำเป็น (GOV.1.10)

⁵ เช่น มี คณะกรรมการโรงพยาบาลหรือ Board of Trustee, มีต้นสังกัดซึ่งกำหนดแนวทางการดูแลนโยบายและการบริหารที่ชัดเจนและมอบอำนาจหน้าที่บางส่วนมาให้ผู้บริหารหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

⁶ ทำความเข้าใจในด้านลักษณะขององค์กร และบทบาทของสมาชิก

(3) มีกลไกเพื่อให้มีการดูแลด้านนโยบายและการ
อำนวยการอย่างต่อเนื่อง

- การมอบหน้าที่ให้ผู้อำนวยการหรือบุคคลอื่นปฏิบัติหน้าที่ซึ่งกำหนดขอบเขตไว้ชัดเจน และจะต้องมีการนำเสนอในการประชุมองค์การบริหารสูงสุดครั้งต่อไป (GOV.1.3)
- องค์การบริหารสูงสุดเป็นผู้คัดเลือก แต่งตั้ง และประเมินผลการทำงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (GOV.1.5)

(4) มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดทิศทางของโรงพยาบาล
(GOV.1.4)

- การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา ของโรงพยาบาล
- การรับรองธรรมนูญ กฎระเบียบ และข้อบังคับของโรงพยาบาล
- การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล
- การจัดทำแผนยุทธศาสตร์หรือแผนพัฒนาโรงพยาบาล
- การรับรองแผนปฏิบัติการบนพื้นฐานความเป็นไปได้ทางการเงินของโรงพยาบาล
- การสื่อสารอย่างเป็นทางการระหว่างองค์การบริหารสูงสุด ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง
- การสร้างความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และทำความเข้าใจกับนโยบายสำคัญของรัฐบาล
- การรับฟังข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

(5) รับผิดชอบต่อการจัดบริการที่มีคุณภาพ

- สร้างหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะให้บริการที่มีคุณภาพ (GOV.1.6)

- สนับสนุนให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย (GOV.1.8)
 - กำหนดกลไกเพื่อสร้างหลักประกันว่าจะให้บริการผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน (GOV.1.11)
 - ติดตามระดับคุณภาพและความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ
- (6) รับผิดชอบด้านการจัดการทรัพยากร
- รับผิดชอบต่อการจัดการทรัพยากรในภาพรวมของโรงพยาบาล (GOV.1.7)
 - ติดตามความเพียงพอของทรัพยากรด้านต่างๆ และตอบสนองอย่างเหมาะสม
 - มีการตรวจสอบทางการเงินโดยบุคคลหรือหน่วยงานอิสระภายนอกทุกปี (GOV.1.12)

LED.1 วัฒนธรรมองค์กร

โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

- (1) การศึกษาความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานทั้งภายนอกและภายใน (LED.1.1)⁷
- (2) แต่ละหน่วยงานมีการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอย่างเหมาะสม (LED.1.2)

⁷ การใช้แบบสอบถามซึ่งมีคำถามปลายเปิด และวิเคราะห์แนวโน้ม, การสัมภาษณ์, การสนทนากลุ่ม

- (3) ทีมผู้บริหารทุกระดับใช้ภาวะผู้นำในการสนับสนุน/ติดตาม/ให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับปรุงระบบงานและพัฒนาสมรรถนะในการทำงานอย่างต่อเนื่อง⁸ (LED.1.3)
- (4) มีความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร (LED.1.4)

LED.4 บทบาทของผู้นำ⁹ในการพัฒนาคุณภาพ

ผู้นำของโรงพยาบาลให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- (1) ผู้นำผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - กำหนดความคาดหวัง จัดทำแผน และอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานทุกระดับ (LED.4.1)
 - สร้างแรงจูงใจและปรับระบบบริหารเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
 - กำหนดประเด็นที่สำคัญเพื่อควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพอย่างเป็นระบบ (LED.4.5)
 - สนับสนุนให้จัดทำแผนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน¹⁰ (LED.4.6)

⁸ continuous process & performance improvement

⁹ หมายถึงผู้บริหารทุกระดับตั้งแต่ระดับสูงสุดถึงระดับหัวหน้าหน่วยงาน

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

- ประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนาคุณภาพที่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากร (LED.4.8)
- ทบทวนความก้าวหน้าและผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแผนอย่างสม่ำเสมอ

(2) มีกระบวนการในการประสานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล (LED.4.2)

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

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

(3) ผู้นำของโรงพยาบาลร่วมกิจกรรมเรียนรู้เพื่อให้เกิดความเข้าใจแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพ (LED.4.3)

(4) ผู้นำของโรงพยาบาลสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (LED.4.4)

- สนับสนุนการอบรมแนวคิดและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ
- ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาระบบงานโดยใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- เป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา
- ช่วยจัดอุปสรรคในการพัฒนาระบบงาน
- ยอมรับความสำคัญของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และให้ผลตอบแทนความมานะพยายาม
- กระตุ้นให้ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อคุณภาพของงานที่ตนเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง
- จัดสรรทรัพยากรสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเพียงพอ (LED.4.7)

GEN.2 การจัดการองค์กรและการบริหาร

แต่ละหน่วยงานมีการจัดการองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วยตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) โครงสร้างองค์กรชัดเจนและเหมาะสม (GEN.2.1)

- โครงสร้างระดับบนของโรงพยาบาลชัดเจน การแบ่งสายงานและลำดับชั้นเหมาะสม สามารถสื่อสารกับฝ่ายบริหารได้ดี

- หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบความรับผิดชอบของตนอย่างชัดเจน
- มีแนวทางการประสานงานและแก้ปัญหาที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประสานในแนวราบ
- เจ้าหน้าที่ทราบวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อติดขัดในการทำงาน
- มีระบบการรายงานที่ชัดเจน ทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดปัญหา

(2) หัวหน้าหน่วยงานมีคุณสมบัติเหมาะสม (GEN.2.2)

- ใช้เกณฑ์ความรู้, ประสบการณ์, ความสามารถ¹² และการสร้างผลงานเป็นหลักในการคัดเลือกและแต่งตั้ง
- ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม
- มีความสามารถในการบริหารงานให้บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้

(3) กำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งชัดเจน (GEN.2.3)

- มีการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร
- คุณลักษณะเฉพาะตำแหน่งทำให้เจ้าหน้าที่รับทราบบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร

(4) กลไกการสื่อสาร/ประสานงานแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ (GEN.2.4)

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

- มีกลไกที่หลากหลาย¹³
- กลไกครอบคลุมทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ
- มีการพบปะระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ
- มีการประเมินว่าเจ้าหน้าที่ได้รับและเข้าใจข่าวสารที่ควรทราบ
- ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ได้รับการส่งต่อไปยังผู้บริหารระดับสูงและผู้เกี่ยวข้อง
- มีกลไกตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างสม่ำเสมอ
- มีระบบที่จะส่งต่อปัญหาให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
- เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น แก้ปัญหา และกำหนดแนวทางปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม
- มีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ¹⁴

(5) มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายของโรงพยาบาลในภาพรวม (GEN.2.5)

- การกำหนดพันธกิจของโรงพยาบาล
- การกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในควมรับผิดชอบ
- การจัดทำแผนของโรงพยาบาล
- การจัดเลือกสรรเทคโนโลยี/พัฒนาบริการ

¹³ เช่น การประชุมภายในหน่วยงาน การประชุมระหว่างหน่วยงาน การตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจ การจัดทำจดหมายข่าว

¹⁴ มีการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ มีการสื่อสารผลการแก้ปัญหาไปยังผู้เกี่ยวข้อง การแก้ไขมุ่งไปที่สาเหตุที่แท้จริงและไม่เกิดปัญหาซ้ำขึ้นอีก การแก้ปัญหาเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2 กิจทางนโยบาย

GOV.2 กรอบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีพันธกิจ¹⁵ วิสัยทัศน์¹⁶ และปรัชญา¹⁷ ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

LED.2 การวางแผนของโรงพยาบาล

มีการนำพันธกิจและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มา กำหนดแผนงานและนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วย

GEN.1 ความมุ่งหมาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของหน่วยงาน

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง¹⁸ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือ ของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

¹⁵ ข้อความที่ระบุกว้างๆ ถึงความมุ่งหมาย (purpose), หน้าที่รับผิดชอบซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำ, เหตุผลของการมีอยู่ขององค์กร รวมทั้งคุณค่าที่องค์กรจะให้แก่อุปถัมภ์และผู้เกี่ยวข้อง

¹⁶ ภาพอนาคตของโรงพยาบาลซึ่งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต้องการจะเกิดขึ้น

¹⁷ หลักการและความเชื่อที่ทุกคนในองค์กรยอมรับว่าจะใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงานและการตัดสินใจเพื่อให้เกิดความราบรื่นในการทำงานร่วมกันและบรรลุพันธกิจ วิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้

¹⁸ ความมุ่งหมายหรือเจตจำนง (purpose statement) ของหน่วยงานคือข้อความในลักษณะเดียวกับพันธกิจของโรงพยาบาล ควรเป็นสิ่งเดียวกันกับพันธกิจของโรงพยาบาล หรือใช้พันธกิจของโรงพยาบาล หากหน่วยงานนั้นมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย

(1) มีเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล (GOV.2.1)

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

(2) วิธีการกำหนดเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล (GOV.2.1)

- เป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ทีมผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน
- นำความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน, ความต้องการของผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา

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

- ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการจัดทำ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความมุ่งมั่นที่จะบรรลุเป้าหมาย
- นำความต้องการของผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาพิจารณา

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

- มีการวิเคราะห์/ระบุประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาชัดเจน และครบถ้วน
- มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมและครอบคลุมประเด็นสำคัญครบถ้วน
- มีการประสานยุทธศาสตร์ระหว่างแผนงานต่าง ๆ¹⁹
- มีการกำหนดระดับความสำคัญหรือประเด็นหลัก²⁰

¹⁹ เช่น การประสานแผนการลงทุน แผนพัฒนากำลังคน กับแผนการขยายบริการ

²⁰ ประเด็นหลักหรือประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นอาจเรียกว่า “เข็มมุ่ง” หรือ Hoshin

ในการพัฒนาคุณภาพ (LED.2.4)

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

- หน่วยงานต่างๆ มีเป้าหมายที่ชัดเจน
- หน่วยงานต่างๆ รับประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นมาแปรเป็นแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน
- แผนปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้
- แผนปฏิบัติการมีการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบและเงื่อนไขที่ชัดเจน

(6) การถ่ายทอด สื่อความหมาย สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมาย/แผน (GOV.2.2)

- สร้างความเข้าใจเรื่องเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล (GOV.2.2)
- สร้างความเข้าใจเรื่องความมุ่งหมาย/เจตจำนงเป้าหมายของหน่วยงาน (GEN.1.3)
- สร้างความเข้าใจเรื่องแผนงานของโรงพยาบาลและหน่วยงาน (LED.2.2)
- เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจเป้าหมาย/แผน
- เจ้าหน้าที่รับทราบและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อการบรรลุเป้าหมาย (GOV.2.2, GEN.1.4)
- เจ้าหน้าที่นำแผนไปปฏิบัติ (LED.2.2)

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

²² ครอบคลุม แผนระยะยาว แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ แผนงบประมาณ

GOV.3 ธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย

โรงพยาบาลมีธรรมนูญ กฎระเบียบ ข้อตกลง และนโยบาย เป็นเครื่องกำหนดทิศทางและวิธีการทำงาน

(1) มีธรรมนูญโรงพยาบาล (GOV.3.1)

- ระบุพันธกิจ วิสัยทัศน์ ปรัชญา และเป้าหมายของโรงพยาบาล
- กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล²³
- ไม่ขัดกับกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

(2) มีกฎระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบาย เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของตนและปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน (GOV.3.2)

- ด้านสิทธิผู้ป่วย
- ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
- ด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- ด้านเอกสาร การบันทึก และการรักษาความลับของข้อมูล
- ด้านสุขภาพและความปลอดภัย

²³ ได้แก่ อำนาจหน้าที่ โครงสร้าง สมาชิกขององค์กรบริหารสูงสุด, การคัดเลือกผู้อำนวยการและผู้บริหารในตำแหน่งสำคัญ, อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้บริหารและทีมผู้บริหาร, อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพและการดูแลการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพ, ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรบริหารสูงสุด ผู้อำนวยการ ทีมผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ, ความรับผิดชอบในเรื่องคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วย, การติดตามประเมินผลและปรับปรุงคุณภาพ, ข้อกำหนดเกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูล

- ด้านประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร
- ด้านการป้องกันและการจัดการกับความเสี่ยง
- ด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

(3) มีกลไกเพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตาม
 ธรรมเนียม กฏระเบียบ ข้อตกลง หรือนโยบายที่กำหนดไว้
 (GOV.3.3)

- การสื่อสารสร้างความตระหนัก อธิบายรายละเอียด
 ของการปฏิบัติ ยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม
- การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก
- การรับทราบปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติ
- การทบทวน

หมวดที่ 2

ทรัพยากรและการจัดการ

- บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ
- บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาศูนย์บริการบุคคล
- บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ
- บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ

LED.5 การบริหารทรัพยากร

มีกระบวนการในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) การวางแผน (LED.2.5)

- การจัดทำแผนงบประมาณประจำปี
- การจัดทำแผนการลงทุนระยะยาว
- การนำข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาใช้วางแผน²⁴ และพิจารณาลำดับความสำคัญอย่างเหมาะสม

(2) การจัดสรรทรัพยากร (LED.5.1)

- มีการสำรวจความต้องการทรัพยากรของทุกหน่วยงาน และจัดลำดับความสำคัญเปรียบเทียบ
- มีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อจัดบริการโดยคำนึงถึงสถานะทางการเงิน ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

(3) มีกระบวนการในการพิทักษ์คุ้มครองทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการ (LED.5.2)

- คุ้มครองทรัพยากรทางด้านกายภาพ²⁵

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

²⁵ การรักษาความปลอดภัยและบำรุงรักษา อาคารสถานที่ เครื่องมือ

- คุ่มครองทรัพย์สินบุคคล²⁶

(4) ระบบบริหารการเงินที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

(LED.5.3)

- มีระบบตรวจสอบภายในอย่างเหมาะสม
- มีระบบบัญชีที่จะแสดงสถานะการเงินของโรงพยาบาล ทั้งในอดีตและปัจจุบัน
- มีระบบการควบคุมทรัพย์สินรวมทั้งดูหนี้วัสดุคงคลัง และเครื่องมือ
- มีการจัดทำแผนงบประมาณโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกำหนดเครื่องชี้วัดด้านการเงิน
- มีการรายงานการใช้จ่ายเปรียบเทียบกับแผนงบประมาณที่กำหนดไว้เป็นระยะ
- มีการนำเสนอรายงานทางการเงินในองค์กรบริหาร สูงสุดทราบเป็นระยะ

LED.3 การประสานบริการ

มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดีในการให้บริการผู้ป่วย

(1) มีการกำหนดบทบาท เป้าหมาย และความสัมพันธ์ของหน่วยงานต่าง ๆ ไว้ในแผนของโรงพยาบาล (LED.3.1)

²⁶ การมีมาตรการคุ้มครองความปลอดภัยให้แก่เจ้าหน้าที่ และการมอบหมายภาระงานให้เหมาะสม

(2) มีการวางแผนเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมกับปัญหาและความจำเป็นของผู้ป่วยในพื้นที่ (LED.2.3)

- นำข้อมูลการรับบริการและการส่งต่อผู้ป่วยมาใช้ในการวางแผน
- มีการศึกษาปัญหา/บริการที่จำเป็นสำหรับประชาชนในพื้นที่หรือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย
- มีการนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนปรับปรุง/ขยาย/ลด การจัดบริการ

(3) มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน (LED.3.2)

- มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ชัดเจน²⁷
- กิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจและความสัมพันธ์อันดีระหว่างหน่วยงาน²⁸
- มีกลไกส่งเสริมการรับฟังข้อเสนอแนะและการนำไปปฏิบัติ
- มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อมีปัญหา
- มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา
- ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

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

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

(4) มีกลไกการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

(GEN.2.4)

- มีกลไกการสื่อสารที่หลากหลาย
- มีกลไกตรวจสอบหรือค้นหาปัญหาอย่างสม่ำเสมอ
- มีระบบที่จะส่งปัญหาที่ค้นพบไปให้ผู้เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ
- เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นและแนวทางแก้ปัญหา
- มีกลไกที่จะติดตามผลการแก้ปัญหาของหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

(5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกัน (LED.3.3)

- มีการประสานงานเมื่อเห็นว่านโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำลังจัดทำนั้นมีความเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น
- มีการวางแผนประสานงาน/ลดความซ้ำซ้อน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติ
- มีการศึกษาแนวทางปฏิบัติที่หน่วยงานต่างๆ ใช้ และคัดเลือกแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดมาใช้
- มีการวิเคราะห์และจัดทำนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกระบวนการที่ต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานอย่างครบถ้วน

(6) หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเข้าใจและร่วมพัฒนาคุณภาพงานบริการระหว่างหน่วยงาน (LED.3.4)

- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบงานเดียวกันหรือดูแลผู้ปวยกลุ่มเดียวกัน ร่วมกันค้นหาปัญหาหรือ

โอกาสพัฒนา และติดตามผลการพัฒนาคุณภาพ

- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเข้าร่วมเป็นสมาชิกของทีมพัฒนาคุณภาพในเรื่องนั้นๆ หรือคัดเลือกตัวแทนของหน่วยงานเข้าร่วม
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนระบบงานของตนตามความเหมาะสม

- การปรับระบบงานเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ประสิทธิภาพ การประสานงาน

(4) มีการกำหนดคุณสมบัติ และความรู้ความสามารถ เฉพาะตำแหน่ง (HUM.1.4)

HUM.2 การสรรหา คัดเลือก บรรจุ

มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

(1) มีวิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือกเจ้าหน้าที่ (HUM.2.1)

- กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก
- การตรวจสอบประวัติและคุณสมบัติ
- การตรวจสอบสุขภาพ
- การทดลองปฏิบัติงานและการประเมินผล

(2) มีการจัดทำหนังสือสัญญาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร (HUM.2.2)

- สัญญาจ้างกำหนดเงื่อนไขและระยะเวลาจ้าง
- สัญญาจ้างสื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบบทบาทหน้าที่ รับผิดชอบของตนที่สัมพันธ์กับเป้าหมายขององค์กร

(3) มีการจัดทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ (HUM.2.3)

- มีข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วน²⁹

²⁹ ข้อมูลที่ควรมีในแฟ้มประวัติเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ใบสมัคร ประวัติการศึกษา และการทำงาน หนังสือรับรองประวัติการทำงาน สัญญาจ้าง หน้าที่รับผิดชอบ บันทึกการลาและป่วย บันทึกประเมินผลการปฏิบัติงาน

- มีระบบรักษาความลับข้อมูลเจ้าหน้าที่³⁰

GEN.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) การจัดการกำลังคน (GEN.3.1)

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

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

- การประเมินมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการประเมินมีการพัฒนาตนเอง, ร่วมมือในการพัฒนาหน่วยงาน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยดีขึ้น

³⁰ จะต้องกำหนดผู้มีสิทธิดูข้อมูล ในกรณีบุคคลอื่นต้องการใช้ข้อมูลจะต้องขออนุญาตเจ้าของข้อมูลก่อน

³¹ เกณฑ์ที่ใช้วิเคราะห์ควรพิจารณาข้อมูล ความรุนแรง/ความต้องการของผู้ป่วย และศักยภาพของเจ้าหน้าที่แต่ละระดับในการตอบสนองความต้องการนั้น

- เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินเหมาะสมและครอบคลุม³²
- ผู้ปฏิบัติงานภูมิใจในผลงานของตน และทราบจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง
- ผู้บริหารสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสพัฒนาตนเอง

(3) เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล (GEN.3.3)

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

HUM.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

(1) มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.3.1)

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

- ใช้ข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- ใช้ข้อมูลจากกิจกรรมคุณภาพ
- ใช้ข้อมูลความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี
- มีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

(2) มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระดับ
โรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน (HUM.3.2)

- แผนการปฐมนิเทศ
- แผนการส่งเจ้าหน้าที่ไปรับการศึกษาคู่ต่อเนื่องใน
หลักสูตรต่างๆ ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตร
ระยะยาว
- แผนการฝึกอบรมภายในโรงพยาบาล

(3) เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อม
ก่อนเข้าประจำการ (HUM.3.3)

- เจ้าหน้าที่ใหม่ได้รับทราบบทบาทหน้าที่ และความ
คาดหวังของโรงพยาบาล/หน่วยงาน
- เจ้าหน้าที่ใหม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ทั้ง
ด้านสถานที่ บุคคล และวิธีทำงาน³³
- มีระบบพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่

(4) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับ
เจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ (HUM.3.4)

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

- ครอบคลุมความรู้ทั้งด้านเทคนิคบริการและด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
- วิทยากรและกิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- มีการนำศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่
- กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการฝึกอบรมเป็นส่วนใหญ่

(5) มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HUM.

3.5, GEN.4.5)

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

HUM.5 การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล

(1) การศึกษาความต้องการและประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่

- คุณภาพชีวิตการทำงาน
- การวิเคราะห์งานและออกแบบระบบงาน
- กระบวนการบริหารงานบุคคล
- การประเมินผลการปฏิบัติงาน

- การพัฒนาความรู้และทักษะ
- การบริหารค่าจ้างและเงินเดือน
- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผูปฏิบัติงาน
- สวัสดิการเจ้าหน้าที่

(2) การตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่อย่างเหมาะสม

บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ

(1) โครงสร้างกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสม ปลอดภัย

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

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

(2) มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ENV.1.6)

- มีการจัดเตรียมโครงสร้างกายภาพเป็นพิเศษสำหรับเด็ก และผู้พิการ
- มีการติดอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย³⁵
- มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อความสบายของผู้ใช้บริการ³⁶
- มีระบบการระบายอากาศที่ดี สามารถควบคุมการติดต่อของเชื้อโรคที่ใช้อากาศเป็นสื่อ และสามารถขจัดอากาศเสียหรือก๊าซที่เป็นอันตรายได้
- มีการจัดสถานที่จอดรถให้เพียงพอ
- มีการจัดสถานที่จอดรถเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

(3) มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น (ENV.1.7)

- เครื่องกำเนิดไฟฟ้า
- ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน
- ก๊าซทางการแพทย์
- ตู้เย็นเก็บโลหิต
- ถังเก็บน้ำ

(4) มีระบบการสื่อสารและขนส่งที่สามารถใช้งานได้ตลอดเวลา (ENV.1.8)

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

³⁶ ได้แก่ อุณหภูมิที่พอเหมาะ, แสงสว่างเพียงพอ, อุปกรณ์เพื่อความบันเทิง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ

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

(5) มีระบบการจัดการเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพ และสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ

- มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน³⁷ (ENV.1.2)
- มีระบบบริหารทรัพย์สินที่มีประสิทธิภาพ³⁸ (ENV.1.3)
- มีแผนผังของโรงพยาบาลในสภาพปัจจุบันเพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ทั้งในเวลาปกติ และยามฉุกเฉิน (ENV.1.4)

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

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

- มีระบบบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ³⁹ (ENV.1.5)
- มีระบบบริหารจัดการเพื่อดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า ถังแก๊ส ใอน้ำ สารเคมี วัตถุไวไฟ (ENV.1.9)
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ENV.1.10)
- มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการจัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม (ENV.1.11)

ENV.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบการกำจัดของเสียที่มีประสิทธิภาพ

- การกำจัดของเสียสอดคล้องกับระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (ENV.2.1)

³⁹ มีผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้รับผิดชอบดูแลการบำรุงรักษาโครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาล, มีแผนการบำรุงรักษาและจัดหาทดแทนเพื่อลดโอกาสเกิดความขัดข้องและความเสี่ยงเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพของอาคาร รวมทั้งทางเท้า ถนน ไฟส่องสว่างภายนอกอาคาร

- มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดของเสีย⁴⁰ (ENV.2.2)
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี (ENV.2.3)
- มีการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้ (ENV.2.5)
- มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการกำจัดของเสีย (ENV.2.6)

(2) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ (ENV.2.3)

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

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

⁴¹ เช่น การลดทั้งน้ำยาฆ่าเชื้อลงในระบบบำบัดน้ำเสีย, การตรวจสอบเครื่องดักไขมันของโรงครัว

- น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่ราชการกำหนด⁴²

(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกต้องลักษณะ

(ENV.2.3)

- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม⁴³ และเพียงพอ
- มีระบบ/อุปกรณ์ในการแยกขยะ⁴⁴/ขนย้าย/จัดที่พัก⁴⁵ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย⁴⁶ ที่รัดกุม
- มีระบบในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม
- มีมาตรการในการลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม, การนำขยะที่ใช้งานได้กลับมาใช้ใหม่
- มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

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

⁴³ ภาชนะมีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึม ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย วางอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

⁴⁴ การแยกขยะได้แก่ การจัดภาชนะแยก, การใช้ถุง, การติดป้าย

⁴⁵ ที่พักขยะควรป้องกันแมลง หรือการค้ำยเชื้อของสัตว์ได้

⁴⁶ ขยะอันตรายได้แก่ ขยะที่มีผลต่อการทำลายเนื้อเยื่อ, หรือสารเคมีบำบัด, หรือมีสารกัมมันตภาพรังสี, ของมีคม

(1) โรงพยาบาลมีโครงสร้างที่เอื้อต่อการป้องกันอันตราย
และความเสียหายจากอัคคีภัย

- การก่อสร้างและต่อเติมอาคารเป็นไปตามข้อกำหนดของ พ.ร.บ.ควบคุมอาคารด้านการป้องกันอัคคีภัย (ENV.3.3)
- มีทางหนีไฟจากส่วนต่างๆ ของอาคารซึ่งสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย⁴⁷ (ENV.3.6)
- มีการแสดงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยและวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนทั่วทั้งโรงพยาบาล (ENV.3.7)

(2) มีนโยบายและผู้รับผิดชอบในการป้องกันอันตราย
และความเสียหายจากอัคคีภัย

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

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

⁴⁸ ผู้บริหารสูงสุดรับผิดชอบในการปฏิบัติตาม พ.ร.บ.ควบคุมอาคารเพื่อป้องกันอัคคีภัยในทุกๆ จุดของโรงพยาบาล, มีการแต่งตั้งผู้มีความรู้และประสบการณ์เป็นผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันอัคคีภัย, มีระบบให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัยจากอัคคีภัยตามระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

(3) มีการตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัย
อย่างสม่ำเสมอ (ENV.3.4)

- มีการตรวจสอบความปลอดภัยด้านอัคคีภัยโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ตามกำหนดเวลา และเมื่อมีการปรับปรุงดัดแปลงอาคาร
- มีการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านอัคคีภัย และบันทึกหรือรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการประเมินภาวะเสี่ยงจากอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาล
- มีการลดปริมาณการเก็บวัสดุไวไฟให้เหลือน้อยที่สุด และเก็บในบริเวณที่กำหนด
- มีการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิดที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล

(4) มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม
(ENV.3.5)

- มีการจัดหาเครื่องมือดับเพลิงที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น เครื่องดับเพลิง ขูดผจญเพลิง ท่อน้ำต่อหัวสูบลมวนปากกระบอกฉีด ซึ่งมีแรงดันในท่อส่งน้ำไม่ต่ำกว่า 250 ปอนด์
- มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยให้อย่างเหมาะสมตามประเภทของอัคคีภัยอันอาจเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ โดยให้ความสนใจต่อบริเวณที่มีอันตราย
- มีหลักฐานการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือ และระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอโดยผู้มีความรู้ความสามารถ

- ไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการนำเครื่องมือดับเพลิงไปใช้
- มีป้ายแสดงตำแหน่งของเครื่องดับเพลิงชัดเจน

(5) มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ (ENV.3.8)

- มีการซ้อมดับเพลิงอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้สภาวะการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งกลางวันและกลางคืน
- มีการฝึกซ้อมติดต่อ/ประสานงาน กับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านอัคคีภัยในพื้นที่ กรณีเกิดอัคคีภัย
- มีการประเมินผลการจัดซ้อม จัดทำรายงาน บันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วมฝึกซ้อมดับเพลิง
- เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติด้านอัคคีภัยทุกปี รวมทั้งการแจ้งสัญญาณอัคคีภัย การใช้เครื่องมือดับเพลิง วิธีการ/เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และทราบว่าควรทำการเคลื่อนย้ายเมื่อใด อย่างไร

ENV.4 การจัดการต้นความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ และเจ้าหน้าที่

(1) การจัดการทั่วไปด้านความปลอดภัย

- มีเอกสารนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล (ENV.4.1)
- มีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลรับผิดชอบดำเนินการตามนโยบายด้านความปลอดภัย (ENV.4.2)

- มีการให้ความรู้ ฝึกอบรม แจ้งข่าวและคำเตือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านความปลอดภัย (ENV.4.5)
- มีการจัดทำรายงานประจำปีด้านความปลอดภัยเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง (ENV.4.6)

(2) มีการวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเหมาะสม (ENV.4.3)

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

(3) มีบริการอาสาสมัครให้เจ้าหน้าที่ (ENV.4.4)

- มีนโยบายในการตรวจสุขภาพก่อนบรรจุทำงาน การคัดกรองสุขภาพและเฝ้าระวังโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่น หัดเยอรมัน, วัณโรค, ไวรัสตับอักเสบนชนิด บี
- มีหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันหรือไม่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบนชนิด บี และโรคติดต่ออื่นๆ

- มีนโยบายและมาตรการในการป้องกันอันตรายจากสารเคมี, จุลชีพ, กลไก และ ท่าทางในการทำงาน
- มีระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัญหาและกำหนดแนวทางป้องกัน

บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ

GEN.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

(1) มีหลักเกณฑ์⁴⁹ และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ (GEN.7.1)

(2) มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน (GEN.7.2)

- มีการกำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่จะต้องมีอยู่ในหน่วยงาน
- มีการเก็บรักษาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นระเบียบและปลอดภัย
- มีการตรวจสอบระดับความเพียงพอของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ

(3) ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี (GEN.7.3)

(4) มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นพร้อมที่จะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา (GEN.7.4)

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

(5) มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
(GEN.7.5)

- มีคู่มือปฏิบัติในการดูแลรักษาเครื่องมือเพื่อป้องกันการเสื่อมชำรุดและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในหน่วยงานมีความเข้าใจวิธีการดังกล่าวเป็นอย่างดี
- มีระบบในการดูแลเครื่องมือที่มีความละเอียดอ่อนหรือซับซ้อนเป็นการเฉพาะ เช่น มีช่างผู้บริการซึ่งได้รับการฝึกอบรมเป็นการเฉพาะ หรือมีระบบที่จะติดต่อหน่วยบริการนอกโรงพยาบาลได้ทันที
- มีบันทึกประวัติของเครื่องมือ ผู้ขาย และการบำรุงรักษาเครื่องมือแต่ละชิ้น
- มีบันทึกปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องมือแต่ละชิ้นประกอบด้วยลักษณะปัญหาสาเหตุ การแก้ไข ค่าใช้จ่าย และระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้งานได้
- มีระบบการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพ⁵⁰

(6) มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้ในงานได้ตลอดเวลา (GEN.7.6)

- มีการกำหนดประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ต้องตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำ
- มีการกำหนดลักษณะความพร้อมที่ต้องการ และวิธีการตรวจสอบ
- มีการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration) สำหรับเครื่องมือที่จำเป็น

⁵⁰ ช่างมีความรู้และประสบการณ์เพียงพอ มีการจัดลำดับความสำคัญและขจัดความค้างค้ำในการซ่อม มีการประเมินระยะเวลาที่ใช้

บทที่ 7 ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบ

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

(1) มีการวางแผนการใช้สารสนเทศ (IM.1.1)

- สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สำหรับการพัฒนาคุณภาพ
- สำหรับการบริหาร
- สำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัย

(2) มีการออกแบบระบบสารสนเทศ⁵¹ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนในข้อ IM.1.1 (IM.1.2)

- สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สำหรับการพัฒนาคุณภาพ
- สำหรับการบริหาร
- สำหรับการศึกษาค้นคว้าวิจัย

(3) มีการออกแบบระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (IM.1.3)

(4) บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ (IM.1.4)

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

- คณะทำงานเฉพาะกิจ⁵²
- คณะกรรมการเวชระเบียน⁵³

(5) มีการจัดทำและทบทวนแผนบริหารระบบสารสนเทศ
(IM.1.5)

- มาตรฐานข้อมูล⁵⁴
- มาตรฐานเทคโนโลยี
- ขั้นตอนดำเนินงานตามลำดับ

⁵² สำหรับงานที่เสร็จสิ้นในระยะเวลาสั้น เช่น การประเมิน/คัดเลือกเทคโนโลยีสารสนเทศ

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

⁵⁴ มาตรฐานข้อมูล ได้แก่ ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ (minimal data set), ค่าจำกัดความข้อมูล, การใช้รหัส, การจัดกลุ่ม, คำศัพท์, รูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล โดยอิงกับมาตรฐานภายนอกที่มีอยู่แล้วให้มากที่สุด

ชุดข้อมูลขั้นต่ำสำหรับการดูแลผู้ป่วยใน ควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย: ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย ได้แก่ เลขประจำตัว, เพศ, วันเกิด, วันที่รับไว้ในโรงพยาบาลและวันจำหน่าย, การวินิจฉัยโรค ซึ่งควรแยกออกเป็น การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล, ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (complication), เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ, สถานภาพจำหน่าย (กลับบ้าน, ส่งต่อ, เสียชีวิต)

- เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล ระยะเวลา⁵⁵ และวิธีการในการคงเก็บข้อมูล⁵⁶
- มีเกณฑ์ในการปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริงอยู่เสมอ
- การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล⁵⁷
- การรักษาความลับของข้อมูล⁵⁸

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

⁵⁵ ระยะเวลาในการคงเก็บข้อมูล ควรพิจารณาจาก กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง, การใช้ข้อมูลเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย, การใช้เป็นหลักฐานพยานทางศาล, การวิจัย, และการศึกษา

⁵⁶ วิธีการคงเก็บข้อมูล อาจอยู่ในรูปของเอกสารต้นฉบับ, การถ่ายลงไมโครฟิล์ม หรือการแปลงไปอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์

⁵⁷ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ได้แก่ การป้องกันการสูญหายของข้อมูล, การป้องกันความเสียหายทางกายภาพ (สถานที่เก็บเวชระเบียนควรปลอดภัยจากความร้อน, ความชื้น, สัตว์กัดแทะ, และอัคคีภัย), การแก้ไขตัดแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่

⁵⁸ การรักษาความลับของข้อมูล ได้แก่ การกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องต่อไปนี้: ระดับในการรักษาความลับและสิทธิการใช้ข้อมูลสำหรับผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ, มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์, การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย, การอนุญาตให้ผู้ป่วยดูและใช้เวชระเบียนของตนเอง

(1) มีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อประสิทธิภาพของการ กระจายข้อมูล/สารสนเทศ หรือ เพื่อลดความขัดแย้งกันของข้อมูลอันเกิดขึ้นจากความหลากหลายของฐานข้อมูล (IM.2.1)

(2) มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ และการรายงานต่อส่วนราชการ (IM.2.2)

- ลักษณะการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และ อัตราการเสียชีวิตรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาที่มาคลอดบุตร และผู้ป่วยผ่าตัด
- ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ
- การกลับมารับบริการซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ การเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 2 วัน
- ต้นทุนรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มผู้ป่วย ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้
- วันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้

(3) มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้ (IM.2.3)

(4) มีการสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษา และ /หรือให้ความรู้/ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ตามความเหมาะสม (IM.2.4)

IM.3 บริการเวชระเบียน

(1) มีระบบดัชนีและระบบการจัดเก็บซึ่งเอื้อต่อการ ค้นหาเวชระเบียนได้อย่างรวดเร็วทันความต้องการของผู้ใช้ (IM.3.1)

(2) มีบริการค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง (IM.3.2)

(3) เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับได้รับการบันทึก รหัสและทำดัชนีภายในเวลาที่กำหนดไว้ (IM.3.3)

(4) มีระบบบันทึกเพื่อให้สามารถสืบหาเวชระเบียน ที่ถูกขโมยออกไปจากหน่วยงานได้ (IM.3.4)

หมวดที่

3

กระบวนการคุณภาพ

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป

GEN.9

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานหรือบริการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การวางระบบงาน

(1) มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับภายในหน่วยงาน (GEN.9.1)

- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างสาขาวิชาชีพ
- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน

(2) การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (GEN.9.2.1)

(3) มีกฎระเบียบ และนโยบายที่จำเป็นสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพ⁵⁹ (GOV.3.2)

⁵⁹ โรงพยาบาลควรมีนโยบายชัดเจนในเรื่องสิทธิผู้ป่วย, จริยธรรม, ความปลอดภัย, การป้องกันและการจัดการกับความเสียหาย, การพัฒนาคุณภาพและการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพ, การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล, การบันทึกและจัดทำเอกสาร

(4) มีคู่มือ/แนวทางการปฏิบัติงาน⁶⁰ เพียงพอสำหรับการจัดบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล⁶¹ (GEN.5.2)

- ด้านการบริหารจัดการ
- ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
- ด้านจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
- ด้านการบันทึก เอกสาร ระบบสารสนเทศ
- ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
- ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(5) มีกระบวนการจัดทำคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่ดี⁶² โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบงานที่ต้องมีการประสานระหว่างหน่วยงาน (GEN.5.1)

⁶⁰ คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเป็นคำกลางๆ โรงพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้วเรียกว่านโยบายและวิธีปฏิบัติ (policy & procedure), นโยบายคือจุดยืนขององค์กรหรือหน่วยงานว่าจะปฏิบัติอะไรในเรื่องนั้นๆ, วิธีปฏิบัติคือขั้นตอนของการปฏิบัติว่าจะทำอย่างไรในเรื่องนั้นๆ ทั้งในภาพกว้างของการบริหารจัดการเชิงระบบ และในรายละเอียดวิธีการทำงานของผู้รับผิดชอบแต่ละคน; ISO 9000 จำแนกคู่มือเป็น 3 ระดับได้แก่ quality manual, system procedure, work instruction

⁶¹ คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานที่จำเป็นต้องมี ควรครอบคลุมการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย/ความผิดพลาด/ความเสียหายสูง, การปฏิบัติงานที่มีโอกาสเกิดความแตกต่างของการปฏิบัติมาก

⁶² ควรจัดทำโดยผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ, มีการวิเคราะห์ภารกิจ ความต้องการของผู้รับผลงาน และกระบวนการหลักของระบบหรือหน่วยงาน

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

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

- มีกลไกที่จะทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ
- มีการประเมินว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน⁶⁴

(7) มีการประเมินคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและสอดคล้องกับสถานะการทำงาน (GEN.5.4)

การวัดผลและการวิเคราะห์

(1) มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (GEN.5.4)

⁶³ ผู้รับรองขึ้นกับขอบเขตของการใช้คู่มือ ซึ่งอาจจะเป็นหัวหน้าหน่วยงาน หรือผู้บริหารระดับสูงขึ้นไปหนึ่งชั้น หรือคณะกรรมการ

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

- มีการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดสำคัญของโรงพยาบาล
- มีการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพที่ครอบคลุมทุกด้าน⁶⁵
- มีระบบอำนวยความสะดวกในการสร้างเครื่องชี้วัดการสังเคราะห์/วิเคราะห์ข้อมูล
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบแนวโน้มของปัญหา, ระดับคุณภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
- มีการเผยแพร่และกระจายข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบ
- มีการใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด⁶⁶

การแก้ไข ป้องกัน ปรับปรุง

(1) มีการเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง (GEN.9.2.3)

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

⁶⁶ การใช้ประโยชน์จากเครื่องชี้วัด ได้แก่: ค้นหาโอกาสพัฒนา ทราบผลของการพัฒนาเผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดำเนินการต่อปัญหาอย่างเหมาะสม

(2) มีการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ (GEN.9.2.4)

- มีการค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง
- ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง
- ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

(3) การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และมีการเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ (GEN.9.2.5)

(4) มีการติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (GEN.9.2.6)

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

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

⁶⁸ การป้องกันจะใช้ทั้งในกรณีที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหา, หรือเกิดปัญหาและแก้ไขไปแล้ว แต่ยังมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาซ้ำอีก

- มีการติดตามผลการแก้ไข/ป้องกันปัญหา⁶⁹
- มีแนวทางปฏิบัติในการบันทึกการแก้ไข/ป้องกันปัญหา

การบริหารความเสี่ยง

(1) มีการประสานงานระหว่างโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง⁷⁰

(2) มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยง (Risk MIS)⁷¹

(3) มีการจัดการกับความสูญเสีย/ความเสียหายที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

(4) ทุกหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยงของตน

- วิเคราะห์ความเสี่ยงจากบทเรียนของผู้อื่น⁷²
- วิเคราะห์ความเสี่ยงจากสถิติข้อมูลของ รพ.⁷³

⁶⁹ ควรมีการติดตามปัญหาทุกปัญหาที่ได้รับการบ่งชี้ว่ามีการดำเนินการแก้ไขหรือไม่ ได้ผลอย่างไร

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

⁷¹ Risk MIS ได้แก่การเชื่อมโยงรายงานอุบัติการณ์ทั้งหมด, การวิเคราะห์แนวโน้มในมิติต่างๆ, ค่าใช้จ่ายหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้น

⁷² การทบทวนวารสาร, การติดตามข่าวจากสื่อมวลชน, การประชุมขององค์กรวิชาชีพ

⁷³ รายงานอุบัติการณ์, สถิติอุบัติเหตุ/ภาวะแทรกซ้อน/ข้อขัดข้อง

- สํารวจความเสี่ยง⁷⁴

(5) มีการกำหนดมาตรการป้องกันที่รัดกุม

(6) มีการเฝ้าระวัง/ระบบรายงานอุบัติการณ์⁷⁵

⁷⁴ สํารวจสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ, สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย, วิธีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

⁷⁵ รายงานอุบัติการณ์ควรครอบคลุม: ความปลอดภัย/ตก/ล้ม, การติดต่อสื่อสาร, การใช้ยา/สารน้ำ/เลือด, เครื่องมือ, การวินิจฉัย/รักษา, การคลอด, การผ่าตัด/วิสัญญี, การเจ็บป่วยจากการทำงาน

บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ

GEN.9.3

มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพและความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ (GEN.9.3)

(1) มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล (GEN.9.3.1)

- การเขียนสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วเป็นนโยบายทางคลินิก (clinical policy)
- การพิจารณาปรับปรุงนโยบายทางคลินิกตามความรู้หรือหลักฐานใหม่ๆ
- การจัดทำ algorithm หรือ flow chart เพื่อช่วยในการตัดสินใจ
- การนำแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยที่องค์วิชาชีพหรือสถาบันการศึกษาจัดทำไว้มาปรับใช้
- การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์คลินิกเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
- การทบทวนสังเคราะห์หลักฐานอย่างเป็นระบบ (systematic review)

(2) มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง (GEN.9.3.2)

- การทบทวนเพื่อติดตามผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline)
- การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก
- การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การทบทวนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ
- การทบทวนการใช้เลือด
- การทบทวนการใช้ยา
- การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานภายใน
- การทบทวนการนอน รพ.โดยไม่จำเป็น
- การทบทวนความสมบูรณ์ของบันทึกเวชระเบียน
- การทบทวนการดูแลรักษาโดยสู่มเวชระเบียน
- การทบทวนแนวโน้มของปัญหาเฉพาะเรื่อง

บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล

IC.1 นโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์

มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

(1) นโยบาย กลวิธี มาตรการ (IC.1.1)

- มีนโยบายป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน
- มีกลวิธี/มาตรการ⁷⁰ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจน ในระดับโรงพยาบาล
- มีกลวิธี/มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อชัดเจน ในระดับหน่วยงาน

(2) มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้ (IC.1.2)

(3) มีแผนแม่บทและแผนปฏิบัติงาน (IC.1.3)

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

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

⁷⁰ วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย, การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ, การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่, Universal Precautions และ Isolation Precautions ฯลฯ

IC.2 การจัดการและการบริหาร

มีการจัดการและการบริหารเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(1) มีโครงสร้างการบริหารงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน (IC.2.1)

- มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁷⁷
- มีหน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ/หรือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ⁷⁸
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ⁷⁹ รับทราบบทบาทหน้าที่ของตน

(2) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ขอบเขตความรับผิดชอบของคณะกรรมการ, บุคคล, และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร (IC.2.2)

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

⁷⁸ รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค, งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, งานสอบสวนโรค, งานวิชาการ

⁷⁹ หน่วยจ่ายกลาง ชักฟอก โภชนาการ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ชันสูตร เภสัชกรรม และหน่วยบริการผู้ป่วยทุกหน่วย

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

(3) มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (IC.2.3)

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

⁸¹ มีหน้าที่ให้คำแนะนำแก่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล, เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ดำเนินการสอบสวนเมื่อมีการระบาดของ NI ร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

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

IC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

(1) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อย 1 คน⁸³

(IC.3.1)

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

⁸³ การที่ ICN จะต้องปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล

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

IC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเกี่ยวกับการป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อ

มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(1) มีการประเมินความต้องการในการพัฒนาและฝึกอบรม (IC.4.1)

(2) มีแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน (IC.4.2)

(3) เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมพร้อมก่อนประจำการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.4.3)

(4) มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ (IC.4.4)

(5) มีการประเมินแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลกระทบต่อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.4.5)

IC.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการที่ทันสมัย ให้เจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

(1) มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติงานที่ตีรวม
ทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน (IC.5.1)

(2) มีนโยบาย/วิธีปฏิบัติงาน (IC.5.2)

- สำหรับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเฉพาะ⁸⁵
- สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางคลินิก⁸⁶

(3) เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบต่อหัวใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/
วิธีปฏิบัติ (IC.5.3)

(4) มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
เพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาพ
การทำงาน (IC.5.4)

⁸⁵ ได้แก่ คู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งนิยามมาตรฐาน, คู่มือการเฝ้าระวังและป้องกันการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์สารน้ำ สารเคมี, คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, การควบคุมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม, การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เช่น อุปกรณ์การป้องกัน ภาวะ
บรรจุนะ

⁸⁶ คู่มือการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ รวมทั้งมาตรฐานการใช้ยา
antiseptic และ disinfectant, Universal Precautions และ Isolation Precautions (เช่น
การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การเก็บและปฏิบัติต่อสิ่งส่งตรวจ การล้างมือ
การจัดการกับขยะติดเชื้อ การแต่งศพ การแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ/
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง), คู่มือการป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย (เช่น การติดเชื้อจากการ
สวนปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การติดเชื้อปอด
อักเสบในโรงพยาบาล การติดเชื้อแผลผ่าตัด), คู่มือการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและ
ญาติในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล,
มาตรฐานการทำความสะอาดสถานที่

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

(1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁸⁷ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (IC.6.1)

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

(2) มีการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (IC.6.2)

- มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนเข้าปฏิบัติงานหรือก่อนประจำการ
- มีการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ⁸⁸

⁸⁷ ขั้นตอนในการเฝ้าระวังประกอบด้วย: การเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, การแปลผล, การนำเสนอข้อมูล เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, การสอบสวนเมื่อมีการระบาด, ควรใช้ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

⁸⁸ เช่น หน่วยงานจ่ายกลาง หน่วยซักฟอก ห้องปฏิบัติการ

- มีการทำ Rectal Swab Culture เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อ/โรคติดต่อ หน่วยไตเทียม และเจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการ
- มีการให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ตามสภาพความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุการเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังเกิดอุบัติเหตุ และแนวทางแก้ไข
- มีการติดตามสภาวะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ซึ่งเจ็บป่วย

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

- ตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ
- ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้ทุก 1-3 เดือน โดยตรวจหา Coliform bacteria, colonies count และ residual Chlorine
- ตรวจสอบคุณภาพระบบท่อส่งน้ำประปาในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง
- ตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านกระบวนการบำบัดแล้วตามระยะเวลาที่กระทรวงวิทยาศาสตร์ฯ กำหนด
- วิเคราะห์ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม หาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไขเมื่อมีปัญหา
- วิธีการทำความสะอาดอาคารสถานที่ เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- มีการสุ่มตรวจคุณภาพความปราศจากเชื้อในเครื่องมือ

ปลอดเชื้อ สารน้ำ น้ำยา จากแหล่งต่างๆ เป็นระยะ

- มีกระบวนการรวบรวมและทำความสะอาดผ้าเปื้อนที่ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการนำส่งผ้าสะอาดที่มีการป้องกันการปนเปื้อน

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

- ให้ความรู้
- มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติ
- มีวัสดุและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ
- มีห้องแยกเพียงพอ

(5) การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ (IC.6.5)

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

(6) มีการสอบสวนโรค^{๘๙} เมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.6.6)

- มีผู้รับผิดชอบในการสืบสวนโรคชัดเจน
- มีขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อมีแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาดชัดเจน
- มีผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจปฏิบัติการเกี่ยวกับการส่ง การเพื่อแก้ไข ภายหลังจากสอบสวนได้ทันทั้งที่

IC.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยการทำงาน เป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(1) มีการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยหน่วยป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ/พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (IC.7.1)

(2) มีการติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่อง ชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ (IC.7.2.2)

- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ เจ้าหน้าที่ จำแนกตามหน่วยงาน
- อัตราการติดเชื้อจำแนกตามเชื้อที่เป็นสาเหตุ (pathogenic-specific)
- อัตราการปนเปื้อนเชื้อโรคในเครื่องมือ น้ำยา สารน้ำ น้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำเสีย

^{๘๙} คือการค้นหาแหล่งโรคและวิธีการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนกลุ่มประชากร ที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง เพื่อจะได้หาแนวทางในการป้องกันและควบคุมการ ระบาดให้สงบ และดำเนินการป้องกันไม่ให้มีการระบาดในอนาคต

- อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง (target surveillance) หรืออัตราความชุกของการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งในโรงพยาบาล
- แนวโน้มของการดื้อยาหรือการไวต่อยาต้านจุลชีพ
- อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพ
- ค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อัตราการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ
- ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง

(3) มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.7.3.1)



การรักษามาตรฐานและ จริยธรรมวิชาชีพ

บทที่ 11 องค์การแพทย์
บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

บทที่ 11 องค์การแพทย์

MED.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนง ขอบเขต⁹⁰ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขา เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

(ดูรายละเอียดในบทที่ 2 ทิศทางนโยบาย)

MED.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อจัดให้มีบริการทางการแพทย์ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) มีการจัดองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล⁹¹ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์ (MED.2.1)

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

⁹¹ รูปแบบขององค์กรแพทย์: มีความยืดหยุ่นขึ้นกับขนาดและประเภทของโรงพยาบาล เช่น คณะกรรมการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่ประชุมแพทย์ทุกคนสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก

- องค์กรแพทย์มีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อทำหน้าที่ตามที่ระบุไว้ในธรรมนูญ
- องค์กรแพทย์ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่ออ้างอิงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหารสูงสุดและทีมผู้บริหาร
- องค์กรแพทย์มีการประสานงานกับองค์กรในระดับกลุ่มงาน/หน่วย รวมทั้งแพทย์แต่ละคนอย่างมีประสิทธิภาพ

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

- มีแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่เป็นหัวหน้า⁹² ดูแลระบบบริหารจัดการภายใน

(3) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ (MED.2.3)

- ระบบรายงาน
- การประชุมแพทย์⁹³

⁹² มีพื้นฐานการศึกษาและประสบการณ์ในสาขานั้นๆ มีทักษะที่จำเป็นได้แก่ การบริหารจัดการ การเป็นผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ การสอน

⁹³ ควรมีการประชุมแพทย์ทุกคนอย่างน้อยปีละ4ครั้งเพื่อเป็นเวทีพิจารณาประเด็นซึ่งผู้บริหารหรือแพทย์เสนอ

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

(4) มีกลไกให้แพทย์มีส่วนร่วม⁹⁴ในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์⁹⁵ (MED.2.4)

⁹⁴ ตัวอย่างของกลไกดังกล่าวได้แก่ การร่วมเป็นกรรมการ การให้ข้อมูล รายงานการนำเสนอเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

⁹⁵ ประเด็นที่ควรให้แพทย์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ งบประมาณ บริการทางคลินิก การจัดการกับของเสีย การออกแบบสถานที่ การวางแผนอุบัติเหตุ การศึกษา จริยธรรม การวางแผนกำลังคน สุขภาพของเจ้าหน้าที่ การประกันคุณภาพ การวิจัยการบริหารความเสี่ยง การวางแผนยุทธศาสตร์การทบทวนการใช้ทรัพยากร

MED.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน

(1) มีกลไกการคัดเลือกรับแพทย์เข้าปฏิบัติงาน⁹⁶ และการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน⁹⁷ เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ (MED.3.1)

(2) มีการจัดจำนวนแพทย์ปฏิบัติงานเพียงพอตามความจำเป็นของผู้ป่วย (MED.3.2)

(3) มีกลไกควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม⁹⁸ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ⁹⁹ (MED.3.3)

⁹⁶ การพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม (credential) ในการรับแพทย์เข้าทำงานหรือต่ออายุการจ้างงานควรประกอบด้วย การทบทวนความรู้ความสามารถ, การประเมินคุณภาพของเวชปฏิบัติ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น, การปฏิบัติตามธรรมเนียม ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติ, การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ, การพัฒนาเจ้าหน้าที่ และการศึกษาต่อเนื่อง

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

⁹⁸ ประกอบด้วย ระบบให้คำปรึกษา, การกำหนดขอบเขตหน้าที่และข้อจำกัด, การประเมินความเหมาะสมของหน้าที่รับผิดชอบและภาระงาน

⁹⁹ ประกอบด้วย การตรวจสอบความเหมาะสมของคุณวุฒิและความสามารถ, การส่งมอบเวร, ระบบให้คำปรึกษา, การประเมินผลการปฏิบัติงาน

MED.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การพัฒนา และการฝึกอบรมให้กับแพทย์ เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน

(1) มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรม (MED.4.1)

(2) มีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน(MED.4.2)

(3) มีการจัดปฐมนิเทศสำหรับแพทย์ใหม่ หัวหน้าหน่วยงาน และประธานคณะกรรมการ ที่ได้รับแต่งตั้งใหม่ในเรื่องนโยบาย, วิธีการทำงาน, และความคาดหวังขององค์กร (MED.4.3)

(4) มีการพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ที่สอดคล้องกับปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วย (MED.4.4)

- แพทย์ทุกคนได้รับการส่งเสริมให้เข้าร่วมประชุมวิชาการและการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง
- มีกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน¹⁰⁰ภายในกลุ่มวิชาชีพแพทย์
- มีกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันร่วมกับวิชาชีพอื่น

¹⁰⁰ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับบริการของหน่วยงาน, การทบทวนวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง, การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน, การร่วมงานวิจัย, การศึกษาดูด้วยตนเอง, การเรียนรู้วิชาการในสาขาอื่น

(5) มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย (MED.4.5)

MED.5 ธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจของบริการทางการแพทย์/กฏระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง และทุกคนยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

(1) มีการจัดทำธรรมนูญหรือข้อบังคับขององค์กรแพทย์¹⁰¹ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมการทำงานโดยกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพด้วยตนเอง (MED.5.1)

(2) เนื้อหาของนโยบายและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม¹⁰², การบริหาร

¹⁰¹ ควรระบุสิ่งต่อไปนี้ โครงสร้างองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน, ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณวุฒิของแพทย์และกระบวนการในการรับแพทย์เข้าปฏิบัติงาน, ข้อกำหนดเกี่ยวกับวิธีการในการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับแพทย์แต่ละคน, การดำเนินการเมื่อมีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพ, การจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

¹⁰² เช่น สถานการณ์ที่จำเป็นต้องมีการปรึกษา, กลไกการมอบหมายความรับผิดชอบ, การจัดกิจกรรมประกัน/พัฒนาคุณภาพทางการแพทย์, การดำเนินการในกรณี que ที่แพทย์ยังไม่มาดูแลผู้ป่วย, กลไกการจัดทำตารางเวร

จัดการ, ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม, ความปลอดภัย, การพัฒนากำลังคน, บันทึกและการจัดทำเอกสาร¹⁰³ (MED. 5.3)

MED.6 การดูแลผู้ป่วย

แพทย์ทุกคนให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบ
แห่งวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย
(ดูรายละเอียดในบทที่ 15-20 การดูแลรักษาผู้ป่วย)

MED.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของ
การให้บริการทางการแพทย์ โดยการทำงานเป็นทีม สอด
คล้องกับทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล และมีการ
พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป และ
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ)

¹⁰³ ข้อกำหนดในเรื่องความสมบูรณ์และระยะเวลาในการบันทึกเวชระเบียน, ข้อกำหนดในการสรุปเวชระเบียนและบทลงโทษ, หลักการและเอกสารที่ใช้ในกรณีต่างๆ เช่น ใบยินยอมรับการรักษา ทางเลือกในการรักษาและการปฏิเสธการรักษา การบริจาคอวัยวะ การทำแท้ง การทดลองในคน การช่วยยให้ฟื้นคืนชีพ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

บทที่ 12 การบริหารการพยาบาล

NUR.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดความมุ่งหมาย/เจตจำนงปรัชญาขอบเขตเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

(ดูรายละเอียดในบทที่ 2 ทิศทางนโยบาย)

NUR.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการพยาบาลซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(1) โครงสร้างการบริหารการพยาบาลชัดเจนและเหมาะสม (NUR.2.1)

- มีกลุ่มงานการพยาบาลหรือฝ่ายการพยาบาลอย่างเป็นทางการ
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการซึ่งมีผู้แทนจากแผนก/สาขา/หน่วยงานย่อย เพื่อให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

(2) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของ
กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลชัดเจน¹⁰⁴ (NUR.2.2)

- กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลมีบทบาทในการดูแล เสริมสร้าง อำนาจความสะอาด ควบคุมการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้อยู่บนพื้นฐานของ จริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย ความรู้

(3) มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นำทีม
การพยาบาลทุกระดับ (NUR.2.3)

(4) ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีความรู้ ความ
สามารถ ประสบการณ์ เพียงพอ (NUR.2.4)

- ด้านการบริหาร¹⁰⁵
- ด้านการปฏิบัติการพยาบาล¹⁰⁶

¹⁰⁴ ได้แก่หน้าที่ในการให้คำปรึกษา/ข้อเสนอแนะแก่ทีมผู้บริหาร, ประสานกิจกรรม/นโยบายของงานบริการพยาบาล, ดูแล เสริมสร้าง อำนาจความสะอาด ควบคุมการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้อยู่บนพื้นฐานของจริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย ความรู้, คัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน, กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ, จัดระบบติดตามและประเมินคุณภาพ, กำหนดแนวทางส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

¹⁰⁵ ความเป็นผู้นำ การจัดการกับความขัดแย้ง การตัดสินใจแก้ไขปัญหา การสร้างแรงจูงใจ การให้ข้อชี้แนะเพื่อการพัฒนาตัวเจ้าหน้าที่ การตรวจสอบวิเคราะห์งาน การนำเสนอรายงานและขอการสนับสนุน การจัดหาและควบคุมการใช้ทรัพยากร การวางแผนและประเมินผล

¹⁰⁶ การสั่งการและมอบหมายงาน การช่วยเหลือทีมงานในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่ซับซ้อน การนำเทคโนโลยีและความรู้ใหม่ๆ มาใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

- ด้านวิชาการ¹⁰⁷

(5) มีกลไกกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (NUR.2.5)

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

NUR.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

¹⁰⁷ การสอนและฝึกให้ทีมงานพัฒนาทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงาน การริเริ่มโครงการหรืองานวิจัย การศึกษาเรียนรู้และถ่ายทอด การสร้างบรรยากาศทางวิชาการ

(1) การจัดอัตรากำลังคนทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงานอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย ความชำนาญของกำลังคน ที่ตั้งของหน่วยงาน และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (NUR.3.1.2)

- กำหนดเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงหรือความต้องการการพยาบาลเพื่อเป็นเกณฑ์กลางในการจำแนกผู้ป่วยของแต่ละหน่วยบริการ
- ประเมินปริมาณภาระงาน ความเพียงพอของอัตรากำลัง หรือความต้องการเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละปี
- จัดและกระจายอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้มีความเพียงพอและยุติธรรม
- จัดประเภทเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการอย่างเหมาะสม¹⁰⁸
- จัดอัตรากำลังขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละรอบเวรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ¹⁰⁹
- ทีมให้บริการพยาบาล/พยาบาลประจำการแต่ละหน่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

¹⁰⁸ โดยคำนึงถึง จำนวนผู้ป่วย ลักษณะผู้ป่วย ความรุนแรงของผู้ป่วย คุณสมบัตិเฉพาะตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ ความชำนาญของเจ้าหน้าที่ ลักษณะงาน

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

- พยาบาลแต่ละคนได้รับการมอบหมายหน้าที่ตาม
ความรู้ความสามารถเป็นลายลักษณ์อักษร

(2) พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความรู้ความสามารถใน
การปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพเป็นอย่างดี

- ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน
- ให้การพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาและความ
ต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัวแต่ละราย
- ให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมงานในการวางแผนการพยาบาล
และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย
- ปรับปรุงวิธีการหรือการบำบัดทางการพยาบาลให้
เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- คาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาฉุกเฉินที่อาจจะเกิด
ขึ้นกับผู้ใช้บริการ และรายงานอาการได้ทันเวลา
- แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และแก้ไขปัญหาได้อย่างถูก
ต้องเหมาะสมกับเหตุการณ์
- ตัดสินใจวินิจฉัยสั่งการได้เป็นอย่างดี มีเหตุมีผล
- มีทักษะในการให้ความรู้และให้การปรึกษาเพื่อ
สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการและ
ครอบครัว
- มีทักษะในการให้การพยาบาล สามารถช่วยเหลือ
เจ้าหน้าที่ระดับต่ำกว่าในกรณีที่ต้องการให้การ
พยาบาลที่ซับซ้อน
- ประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติ
งานได้อย่างมีเหตุผล

(3) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอโดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (NUR.3.2)

(4) เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ (NUR.3.3)

NUR.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อมการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(ดูรายละเอียดในบทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล)

NUR.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ (คู่มือ/แนวทางปฏิบัติงาน)

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบริการพยาบาลรวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป)

NUR.6 ระบบงาน/การบริหารการพยาบาล

มีการบริหารการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

(1) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติ

(2) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล สนับสนุนและประสานงานให้แต่ละหน่วยบริการในความรับผิดชอบกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ

(3) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนางานให้บรรลุเกณฑ์ชี้วัดในแต่ละปี

(4) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาลสนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละหน่วยบริการมีความรู้ความสามารถ และให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ

- การใช้มาตรฐานการพยาบาล
- การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล
- การทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งในวิชาชีพและระหว่างสาขาวิชาชีพ
- การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามข้อกำหนดด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ
- การพัฒนาทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง

(5) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล กำหนดระบบการ
นิเทศ สอนงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน¹¹⁰

(6) กลุ่มงาน/ฝ่ายการพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพ
และเฝ้าระวังการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการ
พยาบาล

- การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูล และการพิทักษ์
สิทธิของผู้ใช้บริการ
- การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ
- การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
- การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ถูกต้องตามหลักการการ
ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และ
ครอบครัว

NUR.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของ
บริการพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนา
อย่างต่อเนื่อง

(ดูรายละเอียดในบทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป และ
บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ)

¹¹⁰ ระบบการนิเทศ ควรประกอบด้วย วัตถุประสงค์, แนวทางการนิเทศ, เครื่องมือ
นิเทศ, บทบาทและความรู้ของพยาบาลผู้นิเทศ

หมวดที่

5

สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย
บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

บทที่ 13 สิทธิผู้ป่วย

ETH.1 ความตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา

(1) มีหลักฐานว่าโรงพยาบาลตระหนักและตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วย¹¹¹ (ETH.1.1)

- มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย
- มีการสร้างความตระหนักถึงหน้าที่ในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ
- มีการเตรียมพร้อมที่จะตอบสนองเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิของตนอย่างเหมาะสม
- มีระบบค้นหาผู้ป่วยที่ควรได้รับการคุ้มครองสิทธิ

(2) ผู้ป่วยรับรู้สิทธิของตนเอง (ETH.1.2)

- การได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน รวมทั้งวิธีการตรวจรักษาต่างๆ
- การขอดูเวชระเบียน และการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนของตน
- การร้องเรียน

¹¹¹ โรงพยาบาลควรแสดงให้เห็นว่าตระหนักและเคารพสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้: การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยแต่ละคน, การปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย, การรักษาความลับของผู้ป่วย

- การเลือกเข้า/ไม่เข้าร่วมในการวิจัยหรือการฝึกอบรม
ของนักศึกษา
- การขอคำปรึกษา/ความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่น
(second opinion)
- การส่งต่อไปยังแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย

(3) มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย¹¹² (ETH.1.3)

(4) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการยินยอมรับ
การรักษา¹¹³ (ETH.1.4)

(5) มีกลไกที่ทำให้มั่นใจว่าผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยจิต
เวชนั้นมีอำนาจในการตัดสินใจ (ETH.1.5)

(6) มีกลไกเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีปัญหา
และความรุนแรงเหมือนกันจะได้รับการดูแลในลักษณะ
เดียวกันโดยไม่ขึ้นกับสถานที่ ผู้ให้บริการ ความสามารถ
หรือวิธีการชำระเงิน (ETH.1.6)

¹¹² ควรมีการให้ข้อมูลต่อไปแก่ผู้ป่วย: ระยะเวลารอคอย, บริการต่างๆ ของ
โรงพยาบาล, ขั้นตอนในการรับการตรวจรักษา, คู่มือหรือข้อแนะนำในการปฏิบัติ
ตัวของผู้ป่วย

¹¹³ ควรมีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการ
รักษาหลังจากที่ได้รับคำอธิบายจนเข้าใจแล้ว ก่อนที่จะให้บริการหรือมีกิจกรรม
ต่อไป: การดมยาสลบ/ให้ยาระงับความรู้สึก, การผ่าตัด, การให้ยาพิเศษซึ่งไม่
ได้ใช้ในกรณีทั่วไป, การบันทึกภาพหรือเสียง, การรักษาด้วย electro-convulsion,
การตรวจวินิจฉัยที่มีความเสี่ยงสูง, การเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือการเรียนการ
สอน, การปฏิบัติอื่นๆ ที่ต้องได้รับความยินยอมตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ETH.2 การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะ

ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม

(1) เด็กได้รับการดูแลในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษตามความจำเป็น (ETH.2.1)

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

(2) มีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัว (ETH.2.2)

- มีการประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- มีการช่วยเหลือ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาแก่ญาติ หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

(3) มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องแยกผู้กักหรือให้ยาฉุกเฉิน อย่างเหมาะสม (ETH.2.3)

- ต้องมีเหตุผลทางคลินิกที่สมควร
- ต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแล และบันทึกไว้ เป็นหลักฐานในเวชระเบียนผู้ป่วย
- ไม่ควรก่อให้เกิดความไม่สบายทางร่างกายแก่ผู้ป่วย
- ดำเนินการภายในกรอบของกฎหมายหรือบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 14 จริยธรรมองค์กร

ETH.3 จริยธรรมองค์กร

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมและประเพณีอันดีงามของสังคม

(1) มีจริยธรรมในการยุติการช่วยฟื้นคืนชีพและการยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย โดยไม่ขัดต่อกฎหมายและความเชื่อของสังคม¹¹⁴ (ETH.3.1)

- มีกลไกการตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการตัดสินใจยุติการรักษาเพื่อชะลอความตาย
- มีกลไกสำหรับแก้ปัญหาความขัดแย้งในการตัดสินใจ
- กำหนดบทบาทของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และครอบครัวผู้ป่วย ในการตัดสินใจยุติปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ/การรักษาเพื่อชะลอความตาย
- การเขียนคำสั่งและบันทึกในเวชระเบียนของแพทย์ผู้รับผิดชอบ
- การใช้พินัยกรรมชีวิต (advanced directives) ในขอบเขตของกฎหมาย

(2) มีจริยธรรมในเรื่องค่าบริการ

- มีจริยธรรมในการกำหนดค่าบริการ

¹¹⁴ ควรมีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติซึ่งจัดร่างโดยแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ที่เหมาะสมอื่นๆ และผ่านการรับรองจากฝ่ายบริหารของโรงพยาบาล

- มีการเรียกเก็บเงินหรือแจ้งหนี้เฉพาะตามรายการที่ผู้ป่วยได้รับบริการ (ETH.3.2)

(3) มีจริยธรรมในการประชาสัมพันธ์ (ETH.3.3)

(4) มีจริยธรรมในการรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย (ETH.

3.3)

(5) มีจริยธรรมในการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อทดแทน (ETH.3.4)

- เกณฑ์คัดเลือกผู้บริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ
- กลไกการแจ้งให้ผู้บริจาค และ/หรือ ครอบครัวตัดสินใจ
- แบบฟอร์มสำหรับให้ผู้บริจาคหรือญาติลงนามยินยอมในการบริจาค

(6) มีกลไกช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่ประสบปัญหาด้านจริยธรรม (ETH.3.5)



การดูแลรักษาผู้ป่วย

- บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย
- บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
- บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา
- บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย
- บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย
- บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

บทที่ 15 การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย

GEN.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

(1) การประเมินผู้ป่วย

- มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันโดยสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(2) การวางแผนดูแลรักษา

- มีการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันในผู้ป่วยที่ซับซ้อน
- มีการร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า¹¹⁵

(3) การปรึกษา

- มีแนวทางปฏิบัติและข้อบ่งชี้ในการขอคำปรึกษาทางการแพทย์ที่ชัดเจน
- ระบบการปรึกษาทางการแพทย์มีความราบรื่นและตอบสนองปัญหาผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม

(4) การให้ข้อมูล

- มีความร่วมมือและการประสานงานในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติ
- มีการกำหนดลักษณะของข้อมูลที่อาจมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย/ญาติ ซึ่งจะต้องใช้ความระมัดระวังในการให้ข้อมูล และกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบชัดเจน

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

(5) การสื่อสาร การประสานงาน และการแก้ปัญหา

- มีระบบบันทึกข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างวิชาชีพ/ผู้ให้บริการ
- การประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน
- มีการสื่อสารปัญหาเชิงระบบ¹¹⁶ ระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการปรับปรุง
- มีการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ปัญหาและหาโอกาสในการพัฒนา
- มีการสื่อสารข้อมูลจากการทบทวนภายในวิชาชีพหนึ่งไปให้วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง
- มีการทบทวนผลการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันโดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

¹¹⁶ ปัญหาเชิงระบบ: ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงแล้วก็จะเกิดปัญหาซ้ำแล้วซ้ำอีก เช่น การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนซึ่งไม่ครบถ้วนหรือไม่มีประโยชน์ การไม่มีแพทย์รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยซับซ้อนที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

บทที่ 16 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

GEN.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

GEN.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ

(1) มีการจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยที่เร่งด่วนได้อย่างทันเหตุการณ์

(2) การให้ข้อมูลทั่วไปแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

- มีการให้ข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว¹¹⁷
- มีการประเมินผู้รับข้อมูลเพื่อกำหนดเนื้อหาและวิธีการให้ข้อมูล
- มีการจัดทำสื่อที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำความเข้าใจแก่ผู้รับข้อมูล

(3) การรับข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ทีมผู้ให้บริการอย่างครบถ้วน มีการจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการขอข้อมูลจากผู้ป่วย

(4) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

¹¹⁷ เช่น ขั้นตอนในการให้บริการ สถานที่ เวลาเยี่ยม ผู้ให้บริการ สิทธิ ความเป็นส่วนตัว ระเบียบและข้อกำหนดต่างๆ ของโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็น¹¹⁸ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
- ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอสำหรับทำให้เกิดความเข้าใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
- มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการให้ข้อมูลที่อาจจะเป็นปัญหา¹¹⁹

(5) การลงนามยินยอมรับการรักษา

- มีการลงนามยินยอมรับการรักษาโดยผู้ป่วยหรือญาติหลังจากได้รับการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ
- มีการระบุชัดเจนถึงข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยในใบยินยอมรับการรักษา
- เป็นการให้การยินยอมเฉพาะการทำหัตถการแต่ละครั้ง

(6) การระบุตัวผู้ป่วย (patient identification)

- มีป้ายชื่อติดตัวผู้ป่วยสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดหรือตรวจพิเศษ
- มีป้ายชื่อติดตัวผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยอื่นๆ
- มีการตรวจชื่อผู้ป่วยเมื่อจะทำหัตถการหรือตรวจพิเศษ

¹¹⁸ ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ทางเลือกในการรักษา และการพยากรณ์โรค

¹¹⁹ เช่น การวินิจฉัยโรคซึ่งไม่มีทางรักษา หรือโรคติดต่อร้ายแรง

บทที่ 17 การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

GEN.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

(1) การประเมินผู้ป่วย

- มีการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างสมบูรณ์
- มีการประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ ความต้องการ ความคาดหวัง และข้อจำกัดของผู้ป่วย
- มีการบันทึกข้อมูลการประเมินอย่างสมบูรณ์
- มีการประสานงานระหว่างวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย

(2) การตรวจ investigate

- มีบริการตรวจ investigate ที่จำเป็นครบถ้วน หรือมีระบบส่งต่อไปตรวจที่อื่น
- มีระบบการเก็บส่งตรวจและข้อมูลประกอบการส่งตรวจที่ถูกต้องสมบูรณ์
- มีการ feed back คุณภาพ ความถูกต้อง ของการเก็บส่งตรวจจากหน่วยงานผู้ตรวจ
- สามารถส่งตรวจ investigate ได้ในเวลาที่เหมาะสม
- แพทย์ได้รับผลการตรวจ investigate ในเวลาที่เหมาะสม
- มีระบบการเก็บบันทึกผลการตรวจ investigate ในเวชระเบียนภายในเวลาที่กำหนด
- มีมาตรการในการป้องกันการสูญหายของผลการตรวจ investigate โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยย้ายหรือจำหน่าย

- ผลการตรวจ investigate มีความแม่นยำน่าเชื่อถือ
- มีการอธิบายหรือค้นหาสาเหตุของความผิดปกติของผลการตรวจ
- มีการอธิบายผลการตรวจ investigate ให้แก่ผู้ป่วย

(3) การวินิจฉัยโรค

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

(4) มีการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของแต่ละ

วิชาชีพ

- มีการบันทึกแผนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งกำหนดเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
- ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา
- มีการสื่อสาร/ประสานงานที่ดี สมาชิกของทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
- มีการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆ

(5) การประเมินและวางแผนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด

- มีแนวทางปฏิบัติในการประเมินและวางแผนล่วงหน้าสำหรับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก
- ผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจเยี่ยมจากทีมวิสัญญี และ/หรือ แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

(6) มีการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยซ้ำเป็นระยะ

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

บทที่ 18 กระบวนการให้บริการ/ดูแลรักษาผู้ป่วย

GEN.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

(1) การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

- มีแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองหรือแก้ปัญหามือเกิดภาวะฉุกเฉิน
- มีการเตรียมความพร้อม (เจ้าหน้าที่และเครื่องมือ) เพื่อตอบสนองปัญหาหรือภาวะฉุกเฉิน
- มีระบบที่จะตรวจพบปัญหาหรือภาวะฉุกเฉินและระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

(2) การจัดระบบเพื่อให้การดูแลที่ปลอดภัย

- มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงและการแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา¹²⁰
- จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
- ผู้ป่วยหนักที่ถูกเคลื่อนย้ายไปยังจุดอื่นจะมีผู้ติดตามซึ่งมีความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหา/อันตรายอันอาจเกิดขึ้นขณะนำส่ง

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

- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง
เหมาะสมกับความรุนแรง
- การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง จะต้องทำในสถานที่ที่
เหมาะสม มีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือทั้ง
ด้านเครื่องมือและเจ้าหน้าที่

(3) มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาโดยบุคคลที่
เหมาะสม

- มีแนวทางการมอบหมายความรับผิดชอบเพื่อปฏิบัติ
ตามแผนการดูแลรักษาตามความรู้ความสามารถ
และทำความเข้าใจรายละเอียดของงานเพื่อให้เข้าใจ
ถูกต้องตรงกัน และปฏิบัติได้ครบถ้วน
- ผู้ให้การดูแลรักษาแสดงสถานะของตนเองอย่างชัดเจน
- มีการฝึกอบรม/ควบคุมกำกับอย่างเหมาะสม

(4) การดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ
และแนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาล

(5) การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม

- มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยทางด้าน อารมณ์
จิตใจ สังคม
- มีการประเมินความต้องการหรือการค้นหาค้นหาปัญหาด้าน
อารมณ์ จิตใจ สังคม
- มีการตอบสนองต่อความต้องการหรือปัญหาด้าน
อารมณ์ จิตใจ สังคม
- ให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆทั้งด้าน
ร่างกายและจิตใจ
- จัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยรบกวน
หรือสิ่งเร้า

- จัดสถานที่สำหรับครอบครัวหรือผู้เยี่ยมเพื่อผ่อนคลายหรือระบายความเครียด

(6) การใช้ยา

- เภสัชกรมีโอกาสทบทวนและประเมินความถูกต้องของคำสั่งใช้ยา
- มีหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับยาถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ทั้งชนิด ขนาด เวลา
- ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายที่เหมาะสมเกี่ยวกับยาที่ได้รับ

(7) การป้องกัน/ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(8) การประเมินการตอบสนองของผู้ป่วย

- มีการประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เพื่อการตอบสนองต่อแผนการรักษาที่วางไว้
- มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- มีการรายงานการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ได้รับทราบได้ทัน่วงทีและได้รับข้อมูลเพียงพอ
- แพทย์ให้การตอบสนองต่อการรายงานอย่างเหมาะสม
- มีการนำผลการประเมินนี้ไปใช้ปรับแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างทัน่วงที

บทที่ 19 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

IM.4.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของ
โรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอ

GEN.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา
การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีม
งานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

(1) การกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียน

- มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนโดย
ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการ
ดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ
- มีการร่วมกันกำหนดมาตรฐานข้อมูลที่ต้องบันทึก

(2) การออกแบบบันทึกข้อมูล

- มีการทบทวนแบบบันทึกข้อมูลเพื่อลดความซ้ำซ้อน
และความสูญเสีย
- มีการออกแบบบันทึกเพื่อสะดวกต่อการเก็บข้อมูลให้
ครอบคลุมตามที่กำหนด
- มีการออกแบบบันทึกเพื่อเป็นเครื่องเตือนใจหรือชี้แนะ
แนวทางปฏิบัติ

(3) ความครอบคลุมของข้อมูลมีข้อมูลและรายละเอียด
เพียงพอดังต่อไปนี้

- ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร
- ทราบเหตุผลของการรับไว้นอนโรงพยาบาล

- มีการวินิจฉัยโรคที่เหมาะสมและข้อมูลสนับสนุน
- สามารถประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วยได้
- ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- ใช้อำนวยต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ
- สามารถให้รหัสโรคและหัตถการได้อย่างถูกต้อง

(4) ความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ/
เป้าหมายของการบันทึก

- มีการร่วมกันทบทวนความสอดคล้องของข้อมูลกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการ
- สิ่งที่บันทึกเพียงพอกับความต้องการในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- สิ่งที่บันทึกเพียงพอกับการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- สิ่งที่บันทึกเพียงพอสำหรับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(5) การทบทวนบันทึกเวชระเบียน

- มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องโดยหัวหน้าหรือผู้ได้รับมอบหมายของแต่ละวิชาชีพ
- มีการทบทวนความสมบูรณ์ถูกต้องร่วมกันโดยผู้แทนจากวิชาชีพต่างๆ
- มีการนำผลการทบทวนไปปรับปรุงการบันทึก

IM.4.2 มินโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน

- การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ทางโรงพยาบาลรับรอง
- การระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยา ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ของผู้ป่วยแต่ละราย
- การออกคำสั่งรักษาด้วยคำพูด ผู้มีหน้าที่ในการบันทึกคำสั่ง ควรกำหนดประเภทของคำสั่งที่อาจจะเกิดขึ้นตรายแก่ผู้ป่วยซึ่งแพทย์ผู้สั่งต้องมาลงนามกำกับภายในเวลาที่กำหนดไว้
- การลงวันที่ เวลา และการลงนามผู้บันทึก
- ระบบที่จะค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย หากมีการเก็บแยกไว้คนละที่
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ สำหรับการบันทึกเมื่อแรกรับ
- การทำหัตถการ และการบันทึกเมื่อจำหน่าย
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องเก็บบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยาเข้าในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายก่อนที่จะได้รับผลการตรวจ

บทที่ 20 การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

GEN.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัว ได้เร็วที่สุด

(1) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

- เริ่มต้นวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อน
- มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ
- คำนึงถึงระดับความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วย/ครอบครัว
- วางแผนครบถ้วนทุกองค์ประกอบ¹²¹

¹²¹ ตัวอย่างเช่น M-E-T-H-O-D model

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

(2) การประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

- มีระบบนัดหมายผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องที่ดี
- มีการพิจารณาข้อจำกัดของผู้ป่วยในการมารับการรักษาต่อเนื่อง
- มีการประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการดูแลรักษาใกล้บ้าน
- มีระบบที่จะรับทราบปัญหาของการไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น

