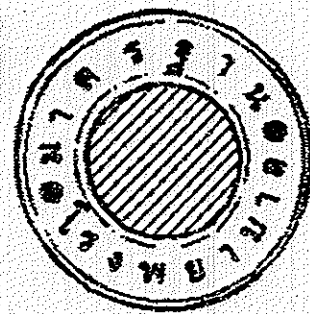


4

บริการทางคลินิก

17.80.
9

4.1/17



A
UŠMŠUŠUKU
&
E

บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (A&E)

บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินจัดเป็นบริการด้านหน้าซึ่งต้องการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน มาตรฐานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มี 9 ข้อ ดังนี้

A&E.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

A&E.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

A&E.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่าง
สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการ
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพตาม
มาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

A&E.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดย
การทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

A&E.

มีการ

บริการ

A&E.1.

A&E.1

A&E.1

A&E.

ชยา

A&E.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ประสิทธิภาพ ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

- A&E.1.1 พันธกิจ ประสิทธิภาพ และขอบเขตของการจัดบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล
- A&E.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้
- A&E.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ประสิทธิภาพ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- A&E.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขอบเขตของการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (A&E.1.1)

โรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจมีขีดความสามารถและขอบเขตในการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ไม่เท่ากัน ซึ่งโรงพยาบาลควรจะต้องให้ผู้ป่วยและประชาชนได้รับทราบว่าขีดความสามารถและขอบเขตการให้บริการในระดับใดในจำนวน 4 ระดับต่อไปนี้

- ระดับที่ 1 ให้บริการอย่างครบถ้วนทุกอย่างตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 คนประจำอยู่ตลอดเวลา และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักที่จำเป็นอยู่เวรให้คำปรึกษาภายในโรงพยาบาลได้ทันที (สาขาหลักเหล่านี้ได้แก่ อายุรกรรม, ศัลยกรรม, ออร์โธปิดิกส์, สูตินรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม และวิสัญญีวิทยา)
- ระดับที่ 2 ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์ซึ่งมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 คนประจำอยู่ตลอดเวลา และสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลได้ภายใน 30 นาที
- ระดับที่ 3 ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีแพทย์เวรซึ่งสามารถมาดูแลผู้ป่วยได้ภายใน 30 นาที การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจจะต้องส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง
- ระดับที่ 4 ให้บริการปฐมพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตและส่งต่อไปยังที่ที่สามารถให้การรักษาได้

A&E.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- A&E.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชัดเจนและเหมาะสม
- A&E.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้
- A&E.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร
- A&E.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
- A&E.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หัวหน้าหน่วยงาน (A&E.2.2)

- หัวหน้าด้านบริการการแพทย์ เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- หัวหน้าด้านบริการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

A&E.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

ผู้จัดการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.3.1 การจัดกำลังคน

A&E.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

A&E.3.1.2 มีกลไกที่จะติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

A&E.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

A&E.3.3 เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การจัดกำลังคน (A&E.3.1)

- การจัดกำลังคนเพื่อให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลขึ้นกับขอบเขตการให้บริการว่าอยู่ในระดับใด และปริมาณผู้ป่วยของโรงพยาบาล
- กำลังคนด้านพยาบาลในแต่ละเวรควรมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าเวร และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลครบทีม CPR (อย่างน้อย 3 คน)
- ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไปควรมีแพทย์ให้บริการในระดับที่ 1 หรือ 2

A&E.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

A&E.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

A&E.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ เพื่อให้ทราบบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

A&E.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

A&E.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เนื้อหาในการฝึกอบรม (A&E.4.1)

ควรครอบคลุมเนื้อหาต่อไปนี้ด้วย

- การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (advanced cardiac life support)
- การรักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของระบบทางเดินหายใจ
- การรักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของระบบหัวใจและหลอดเลือด
- การรักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของระบบสมองและไขสันหลัง
- การรักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยของโรงพยาบาล
- การจัดการกับการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน

A&E.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

A&E.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

A&E.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

A&E.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

A&E.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

A&E.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

A&E.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

A&E.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

A&E.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

A&E.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

A&E.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสถานะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

นโยบายและวิธีปฏิบัติงานที่พึงมี (A&E.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- การเข้าถึงบริการสารสนเทศเกี่ยวกับพิชิตวิทยา
- การรับ การจำหน่าย การเคลื่อนย้าย และการส่งต่อ
- การจัดการดูแลเด็กในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การให้การดูแลเด็กซึ่งไม่มีผู้ปกครองมาด้วย
- ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา
- ผู้ป่วยที่ไม่ทราบชื่อ หรือผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวซึ่งไม่มีญาติ
- การจัดการและการเก็บรักษาทรัพย์สินของผู้ป่วย
- การจัดการกับความรุนแรงทางกายภาพและคำพูด
- การติดตามผู้ป่วยมาตรวจหรือรักษาใหม่
- วิธีการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช
- การเสียชีวิตโดยเฉียบพลัน (เช่น DOA)
- การใช้เตียงสังเกตอาการ
- สถานการณ์ซึ่งต้องแจ้งให้แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยทราบ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- เวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งใบยินยอมรับการรักษา
- การจัดการฉุกเฉินกับบุคคลที่สงสัยว่าจะได้รับรังสีหรือปนเปื้อนด้วยกัมมันตภาพรังสี
- การรายงานโรค
- การออกใบรับรอง
- ขอบเขตการดูแลรักษาในหน่วย

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและบริการ

- การประเมินลำดับความสำคัญของผู้ป่วย (triage)
- การปฏิบัติเมื่อเกิด cardiac arrest
- การรักษาภาวะฉุกเฉินในเด็ก
- การรักษาการเจ็บป่วยซึ่งมีผลจากยา
- การรักษาผู้เจ็บป่วยทางอารมณ์
- การรักษาการเจ็บป่วยซึ่งมีผลจากแอลกอฮอล์
- ข้อระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว
- การให้วัคซีน tetanus และ rabies

คู่มือการรักษาขั้นต้น ที่ควรมี

- ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก
- การบาดเจ็บที่มือ
- การบาดเจ็บที่ศีรษะ
- กระดูกหัก
- การบาดเจ็บหลายตำแหน่ง
- การเป็นพิษ
- สัตว์กัด
- แผลถูกปืนและถูกแทง

ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

- การเจ็บป่วยจากการทำงาน
- การดูแลผู้ประสบภัยจากรถ
- ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นเหยื่อของอาชญากรรม
- การส่ง specimen ที่เกี่ยวข้องกับคดีแก่เจ้าหน้าที่ตำรวจ
- การตรวจระดับแอลกอฮอล์และยาในเลือดเมื่อได้รับคำขอ
- การจัดทำรายงานเกี่ยวกับหลักฐานทางกฎหมาย
- ผู้ที่ถูกข่มขืนหรือสงสัยว่าจะถูกข่มขืน
- เด็กที่ได้รับหรือสงสัยว่าจะได้รับการทารุณ (child abuse)

A&E.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

A&E.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

A&E.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือ

A&E.6.3 ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

A&E.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษาให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิด พ้นจากการมองเห็นและการได้ยินโดยบุคคลอื่น

A&E.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ที่ตั้งและการเข้าถึง (A&E.6.1)

- มีป้ายบอกที่ตั้งของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากถนนและภายในโรงพยาบาล
- สามารถเห็นตำแหน่งที่จะส่งผู้ป่วยฉุกเฉินได้ชัดเจนจากภายนอก
- จุดที่จอดรถพยาบาลอยู่ใกล้และสามารถเข้าถึงบริการช่วยฟื้นคืนชีพได้ง่าย
- มีทางให้รถพยาบาลเข้าส่งผู้ป่วยและกลับรถได้สะดวก
- จุดที่รถพยาบาลส่งผู้ป่วยมีหลังคากำบัง

การจัดแบ่งโครงสร้างภายใน (A&E.6.2)

จัดให้มีพื้นที่สำหรับ

- การประเมินขั้นต้น
- การทำ resuscitation
- การเย็บแผลและการรักษาอื่นๆ
- การใส่ฝือก
- การสังเกตอาการผู้ป่วย
- การเก็บเครื่องมือ

นอกจากนั้นควรมีการกำหนดพื้นที่สำหรับรองรับอุบัติเหตุหมุดตามแผนของโรงพยาบาล

A&E.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- A&E.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
- A&E.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- A&E.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- A&E.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
- A&E.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- A&E.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่ควรมี (A&E.7.2)

เครื่องมือในการทำ resuscitation และรักษาในบริเวณ resuscitation

- Manual ventilator ซึ่งสามารถให้ออกซิเจน 100% ได้
- Oropharyngeal airways ขนาดต่างๆ
- Endotracheal tube ขนาดต่างๆ
- Laryngoscope พร้อม blade ขนาดต่างๆ
- Oxygen supply (fix & portable)
- IV fluid พร้อม set
- Monitor/defibrillator
- ชุดเจาะคอ
- ชุดใส่ท่อระบายในช่องปอดพร้อมขวดที่มีท่ออยู่ใต้น้ำ
- ชุด cutdown
- ชุดเจาะช่องปอดและช่องรอบหัวใจ

เครื่องมือเพื่อการวินิจฉัย/monitor

- ECG 12 lead
- Auroscope
- Ophthalmoscope
- Cardiac monitor

(โปรดดูค่าขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

เครื่องมือที่จำเป็นอื่นๆ

- อุปกรณ์ตามกระดูกชนิดต่างๆ
- ชุดเครื่องมือผ่าตัดเล็ก
- ชุดทำคลอดฉุกเฉิน
- Nebuliser
- Gastric tube
- สายสวนปัสสาวะ
- Protective barrier

A&E.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- A&E.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- A&E.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- A&E.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- A&E.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- A&E.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล
- A&E.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- A&E.8.7 มีกระบวนการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลรักษา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย (A&E.8.2)

- ผู้ป่วยทุกรายใช้ระบบเลขที่โรงพยาบาล
- มีระบบป้องกันการตรวจรักษาผู้ป่วยผิดราย
- มีการทำ triage หรือจัดลำดับความเร่งด่วนที่จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- มีการพิจารณาว่าผู้ป่วยประเภทใดที่ควรส่งต่อไปรับการรักษาที่ดีกว่าจากหน่วยงานอื่น

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (A&E.8.6)

1) มีความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูลที่เป็น ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย สภาพเมื่อจำหน่าย และการนัดหมายเพื่อดูแลรักษาต่อเนื่อง

2) มีการเก็บบันทึกเวชระเบียนอุบัติเหตุรวมไว้กับเวชระเบียนผู้ป่วยใน หรือสามารถค้นหาได้ทันทีถ้าแยกเก็บ

3) สามารถค้นหาบันทึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง

4) มีการจัดทำสมุดทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ควรประกอบด้วย

- วันเวลาที่ลงทะเบียนผู้ป่วย
- วิธีการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย
- รหัส triage หรือการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- เวลาที่แพทย์หรือพยาบาลทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรก
- บันทึกการประเมินทางคลินิกประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยาการแพ้ยา การตรวจร่างกาย
- เวลาที่ใช้ในการตามแพทย์ที่ปรึกษา เวลาที่แพทย์ที่ปรึกษาดูแลผู้ป่วย เวลาที่แพทย์ที่ปรึกษามาคุยผู้ป่วย
- คำสั่งการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการ
- ชื่อและลายเซ็นของแพทย์ผู้ดูแลรักษาพร้อมเวลา
- ชื่อและลายเซ็นของพยาบาลผู้ดูแลรักษาพร้อมเวลา
- บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการ
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การตอบสนองต่อการดูแลรักษา
- ผลลัพธ์ของการดูแลรักษา
- คำแนะนำสำหรับการมาตรวจซ้ำ
- วันเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย

สมุดทะเบียนผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรจะมีข้อมูลต่อไปนี้

- ชื่อ อายุ เพศ ของผู้ป่วย
- วัน เวลา และวิธีการมาโรงพยาบาล
- อาการหรือการวินิจฉัย
- เวลาและลักษณะการจำหน่ายจากหน่วยอุบัติเหตุ (กลับบ้าน รับไว้ ส่งต่อ)
- การระบุในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตเมื่อมาถึงโรงพยาบาล

กระบวนการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (A&E.8.7)

- มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาต่อเนื่อง
- มีกลไกเพื่อแจ้งผู้ป่วยหรือติดตามผู้ป่วยซึ่งต้องรับการศึกษาซ้ำหรือศึกษาเพิ่มเติม
- มีระบบ/กลไกในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการมาตรวจตามนัด

A&E.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- A&E.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน
- A&E.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย
- A&E.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- A&E.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ
- A&E.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง
- A&E.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ดัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ
- A&E.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ
- A&E.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
- A&E.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ
- A&E.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล
- A&E.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

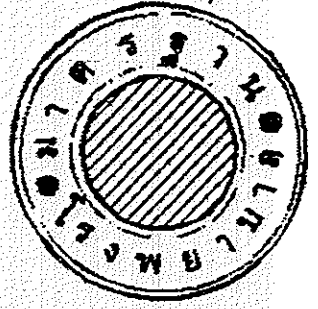
ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (A&E.9.2.2)

- ระยะเวลารอคอยก่อนได้รับการตรวจขั้นต้น
- เวลาที่ใช้ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยที่อยู่ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนานเกินกว่า 4 ชั่วโมง (โดยไม่ได้รับไว้สังเกตอาการ)
- การส่งต่อ
- การ investigate ที่ผู้ป่วยได้รับ
- การทำ invasive procedure ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การเสียชีวิตในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล
- การมาตรวจตามกำหนดนัด
- การมาตรวจซ้ำฉุกเฉินโดยไม่ได้นัดภายใน 48 ชั่วโมง
- การเกิดอุบัติเหตุการณ์ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การแพทย์ที่เกิดขึ้นในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- ผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์อุบัติเหตุกับรังสีแพทย์
- คำร้องเรียนของผู้ป่วย ญาติ และแพทย์
- ผู้ป่วยที่อาการทรุดลงระหว่างเคลื่อนย้ายไปหผู้ป่วย

12 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.2/17



ប្រកាស វិធាន ប្រកាស

บริการวิสัญญี (ANE)

บริการวิสัญญีหรือการระงับความรู้สึกให้แก่ผู้ป่วยเป็นบริการที่จำเป็นสำหรับการให้บริการผ่าตัดและหัตถการ มีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยสูงหากไม่มีการเตรียมการในด้านบุคคล เครื่องมือ และวิธีการที่ดี

มาตรฐานบริการวิสัญญีนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการวิสัญญี มี 9 ข้อ ดังนี้

ANE.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการวิสัญญีเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

ANE.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการวิสัญญี ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการวิสัญญีได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการวิสัญญี/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ANE.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการวิสัญญีอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการวิสัญญี ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการวิสัญญีที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ANE.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการวิสัญญี โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ANE.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการวิสัญญี เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

ANE.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการวิสัญญี สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

ANE.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

ANE.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการวิสัญญี ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ANE.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการวิสัญญี และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญี

ปรัชญาของบริการวิสัญญี

เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและการทำงานบนพื้นฐานของวิชาการ

ANE.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อต่อการให้บริการวิสัญญี ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.2.1 โครงสร้างองค์กรของการจัดบริการวิสัญญี ชัดเจนและเหมาะสม

ANE.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้ และได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม

ANE.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

ANE.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ANE.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ดัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญี

หัวหน้าหน่วยงาน (ANE.2.2)

เป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมตามที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด

- โรงพยาบาลขนาดเล็กกว่า 250 เตียง มีแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์เป็นหัวหน้าหน่วยงาน
- โรงพยาบาลขนาด 250 เตียงขึ้นไป มีวิสัญญีแพทย์เป็นหัวหน้าหน่วยงาน

ANE.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการวิสัญญี ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่าง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.3.1 การจัดกำลังคน

ANE.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้าน ปริมาณและคุณภาพ ตามที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด

ANE.3.1.2 มีกลไกที่จะติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับ ปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

ANE.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติงานเชิง บวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และการส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ANE.3.3 เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญี

การจัดกำลังคน (ANE.3.1.1)

การจัดกำลังคนตามหลักเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยกำหนด ได้แก่

ประเภทของกำลังคน	ขั้นต่ำ	พึงมี	ดีเยี่ยม
วิสัญญีแพทย์ประจำโรงพยาบาลขนาด 250 เตียงขึ้นไป	1 คน	1 คน/ 4 ห้อง	1 คน/ 2 ห้อง
วิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตร 1 ปี ของราชวิทยาลัยวิสัญญีฯ	3 คน/ 2 ห้อง	2 คน/ 1 ห้อง	
บุคลากรช่วยเหลือวิสัญญีแพทย์และพยาบาล	1 คน/ 4 ห้อง	1 คน/ 2 ห้อง	
พยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาล ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น	1 คน/ 2 ราย	1 คน/ 1 ราย	

ANE.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ANE.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของบริการวิสัญญี

ANE.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

ANE.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

ANE.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญี

กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ (ANE.4.4)

- อย่างน้อยควรมีการจัดการอภิปรายผู้ป่วย สอนแสดง ประชุมวิชาการภายในหน่วยงานเดือนละครั้ง
- ควรเข้าร่วมประชุมอบรมฟื้นฟูวิชาการดังนี้

ประเภทของกำลังคน	ขั้นต่ำ	พึงทำ	ดีเยี่ยม
วิสัญญีแพทย์	1 ครั้ง/ 3 ปี	1 ครั้ง/ 2 ปี	1 ครั้ง/ 1 ปี
วิสัญญีพยาบาล	1 ครั้ง/ 5 ปี	1 ครั้ง/ 3 ปี	

ANE 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

นโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการวิสัญญี/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ANE.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

ANE.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

ANE.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

ANE.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

ANE.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

ANE.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

ANE.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

ANE.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ANE.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

ANE.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญี

นโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ควรมี (ANE.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- หลักเกณฑ์การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น

ด้านกิจกรรมคลินิกและบริการ

- การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถใส่ท่อหายใจได้
- การปฏิบัติในการกู้ชีพ
- แนวทางการตรวจสอบและดูแลเครื่องให้ยาสลบ
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น
- แนวทางการตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ตรงกับรายชื่อในตารางผ่าตัด

ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

- การเสียชีวิตในห้องผ่าตัด

ANE.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

มีสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เชื้อต่อการให้บริการวิสัญญีอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการวิสัญญีมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ANE.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือ

ANE.6.3 ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

ANE.6.4 สถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิด ห่างจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

ANE.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญี

สถานที่ตั้ง (ANE.6.1)

ห้องพักฟื้นและหออภิบาลผู้ป่วยหนักอยู่ใกล้ห้องผ่าตัด

การจัดแบ่งโครงสร้างภายใน (ANE.6.2)



- มีห้องพักฟื้นเป็นเขตกึ่งปลอดภัยเชื่อมอยู่ใกล้ห้องผ่าตัด
 - มีเตียงพักฟื้น 1 เตียง/ห้องผ่าตัด สำหรับห้องผ่าตัด 4 ห้องแรก
 - มีเตียงพักฟื้น 1 เตียง/2 ห้องผ่าตัด สำหรับห้องผ่าตัดที่เหลือ
- มีหออภิบาลรับผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด
- มีบริเวณเก็บถังก๊าซ
- มีบริเวณทำความสะอาดเครื่องมือ บริเวณทำลายอุปกรณ์ที่ใช้แล้วและติดเชื้อ

สภาพในห้องผ่าตัด (ANE.6.3)

สามารถควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 20-28 องศาเซลเซียส

ANE 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการ
วิสัญญี ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ANE 7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น
ในการให้บริการ

ANE 7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

ANE 7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งาน
เป็นอย่างดี

ANE 7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้
บริการได้ตลอดเวลา

ANE 7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

ANE 7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้
ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญี

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น (ANE.7.2)

เครื่องมือและอุปกรณ์	ขั้นต่ำ	พึงมี	ดีเยี่ยม
เครื่องให้ยาสลบ	1 เครื่อง/ห้องผ่าตัด	> 1 เครื่อง/ห้องผ่าตัด	
มีอุปกรณ์เตือนเมื่อความดันออกซิเจนลด	มี		
มีถังออกซิเจนสำรอง	มี		
เครื่องช่วยหายใจขณะให้ยาสลบ	มี	มีทุกห้องผ่าตัด	
ระบบเตือนเมื่อเครื่องช่วยหายใจหลุด จากผู้ป่วย	มี		
อุปกรณ์เพื่อจัดการเปิดทางเดิน หายใจ			
Airways. ท่อหลอดลมคอบขนาดต่างๆ	มีทุกห้องผ่าตัด & RR		
Laryngoscope	มีทุกห้องผ่าตัด & RR	> 1 อันทุกห้องผ่าตัด	
Fiberoptic bronchoscope			มี
อุปกรณ์สำหรับช่วยฟื้นคืนชีพ			
Self inflating bag	มีในห้องผ่าตัด & RR	มีทุกห้องผ่าตัด	
Defibrillator	มี		
เครื่อง suction	มีทุกห้องผ่าตัด		

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

เครื่องมือและอุปกรณ์	ขั้นต่ำ	พึงมี	ดีเยี่ยม
อุปกรณ์ในการติดตามอาการผู้ป่วย			
-เครื่องวัดความดันโลหิต	มีทุกห้องผ่าตัด & RR	มีเครื่องวัดอัตโนมัติ	
-Pulse oximeter	มีในห้องผ่าตัด & RR	มีทุกห้องผ่าตัด	
-EKG monitor	มีในห้องผ่าตัด & RR		มีทุกห้องผ่าตัด
-Capnograph		มี	มีทุกห้องผ่าตัด
-Nerve stimulator		มี	มีทุกห้องผ่าตัด

หมายเหตุ RR= ห้องทักพื้น

ANE.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

ระบบงาน/กระบวนการให้บริการวิสัญญีที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- ANE.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- ANE.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา ✓
- ANE.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- ANE.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ✓
- ANE.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในด้านการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม ✓
- ANE.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยระหว่างระดับความรู้สึกอย่างครบถ้วน เพื่อให้ทราบภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และเป็นข้อมูลสำหรับประเมินคุณภาพการดูแลรักษา ✓

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญีวิทยา

การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย (ANE.8.2)
ครอบคลุมถึงการ identify ผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนการดมยาสลบ

การแลกเปลี่ยนข้อมูล (ANE.8.3)
ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการระดับความรู้สึก ขั้นตอนต่างๆที่จะเกิดขึ้น และวิธีปฏิบัติตัวก่อนการระดับความรู้สึก

การประเมินผู้ป่วยและวางแผน (ANE.8.4)

- ผู้ป่วยได้รับการซักประวัติ การประเมินด้านร่างกาย, จิตใจ, ความต้องการ, ความคาดหวัง และข้อจำกัดของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด
- มีการวางแผนการให้บริการวิสัญญีสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการระดับความรู้สึก
- สมาชิกของทีมมีความเข้าใจบทบาทของสมาชิกอื่นๆในการดูแลรักษา

กระบวนการให้บริการและดูแลรักษา (ANE.8.5)

1. บริการวิสัญญีครอบคลุมการดูแลรักษาทุกองค์ประกอบตามความเหมาะสม
 - การตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาทันทีที่เกิดภาวะฉุกเฉิน
 - การรักษาชีวิต/หน้าที่ของอวัยวะ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- การรักษาเพื่อทุเลาอาการ
 - ความสุขสบายทางร่างกาย
 - ความอบอุ่นทางจิตใจ
 - การป้องกันการติดเชื้อและอุบัติเหตุ
2. มีการจัดระบบเพื่อให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัย
- ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
 - ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังการระงับความรู้สึก ในสถานที่จัดเตรียมเฉพาะ เช่น ห้องหักพื้น จนกว่าจะรู้สึกตัวดี
 - ผู้ป่วยหนักที่ถูกเคลื่อนย้ายไปยังจุดอื่นจะมีผู้ติดตามซึ่งสามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้
3. มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม
- ผู้ให้บริการวิสัญญีเป็นวิสัญญีแพทย์หรือวิสัญญีพยาบาล
 - ผู้ช่วยให้บริการวิสัญญีขณะเริ่มและสิ้นสุดการให้การระงับความรู้สึกเป็นบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ หรือ แพทย์/พยาบาล หรือ วิสัญญีแพทย์/พยาบาล
4. มาตรฐานวิชาชีพและข้อพึงปฏิบัติ
- มีการปฏิบัติตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพและข้อพึงปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลและได้รับการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
5. การประเมินผล
- มีการประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อดูการตอบสนองต่อแผนการรักษาที่วางไว้

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (ANE.8.6)

1. บันทึกระหว่างการระงับความรู้สึก ประกอบด้วย
- Vital signs ทุก 5 นาที
 - ชนิดและวิธีการให้ยา พร้อมทั้งเวลาและปริมาณที่ให้
 - การเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
 - ชนิดและปริมาณสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ
 - ปริมาณเลือดและปัสสาวะที่สูญเสีย
 - อุปกรณ์ที่ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย
2. บันทึกในห้องหักพื้นประกอบด้วย
- Vital signs ทุก 15 นาที
 - ชนิดของยาหรือการรักษา โดยระบุข้อบ่งชี้, เวลา และปริมาณที่ให้
 - บันทึกความเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระงับความรู้สึก
3. บันทึกการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

ANE.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการวิสัญญี โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ANE.9.1 บริการวิสัญญีมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

ANE.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

ANE.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ANE.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

ANE.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

ANE.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ดัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

ANE.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

ANE.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ANE.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

ANE.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

ANE.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

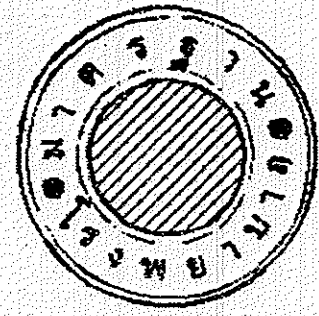
ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการวิสัญญีวิทยา

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (ANE.9.2.2)

- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีต่างๆ
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเย็บมุก่อน และหลังผ่าตัด
- การใส่ endotracheal tube ไม่ถูกต้องตำแหน่ง
- การช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผ่าตัด
- การเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา
- การรับผู้ป่วยไว้ใน ICU โดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
- การเสียชีวิตในห้องผ่าตัด หรือภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยที่ฟื้นจากการระงับความรู้สึกเกินกว่า 20 นาทีหลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น
- ผู้ป่วยที่ต้องอยู่ในห้องพักฟื้นนานเกินกว่า 2 ชั่วโมงครึ่ง
- ภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก ต่อระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ตา ฟัน
- การเกิด pneumonia หรือ atelectasis ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด
- ภาวะตับหรือไตล้มเหลวหลังการผ่าตัด
- ผู้ป่วยที่มีความดัน systolic ระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัดต่ำกว่า 80 mmHg
- การเลื่อนผ่าตัด
- การเกิดอุบัติเหตุ
- เครื่องมือมีปัญหาระหว่างการระงับความรู้สึก หรือการมีสัญญาณเตือน

12 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.3/17



B UŠNAS LAŃCI DL

บริการโลหิต (BLD)

เลือดและส่วนประกอบของเลือดเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยทั้งในกรณีฉุกเฉินและการผ่าตัดที่เตรียมการไว้ล่วงหน้า คุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความเพียงพอของปริมาณเลือดที่สำรองไว้ การได้รับเลือดในเวลาที่เหมาะสม และหลักประกันความปลอดภัยจากการได้รับเลือด

การให้บริการโลหิตมิได้หมายถึงการทำงานในหน่วยบริการโลหิตเท่านั้น แต่หมายความรวมถึงการตรวจสอบความถูกต้องก่อนการให้เลือดและการดูแลระหว่างการให้เลือดด้วย

มาตรฐานบริการโลหิตนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทาง การทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการโลหิต มี 9 ข้อ ดังนี้

BLD.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการโลหิตเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

BLD.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการโลหิต ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

BLD.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการโลหิตได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

BLD.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

BLD.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการโลหิต/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

BLD.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการโลหิตอย่างมีสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

BLD.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการโลหิต ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

BLD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการโลหิตที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

BLD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการโลหิต โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

BLD.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการโลหิต เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

BLD.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการโลหิต สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล และนโยบายระดับชาติเกี่ยวกับงานบริการโลหิตของกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

BLD.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

BLD.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการโลหิต ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

BLD.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการโลหิต และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการโลหิต

ตัวอย่างพันธกิจของหน่วยบริการโลหิต

จัดหาและเตรียมเลือดให้แก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและปลอดภัย สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศ และพร้อมที่จะร่วมมือกับหน่วยงาน/สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างขอบเขตของงานบริการโลหิต

- ให้บริการผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาทำการปกติ ตามความเหมาะสม
- ให้บริการทางวิชาการในแง่ของการเป็นแหล่งข้อมูลสถิติ สนับสนุนการทำวิจัย การประเมินประสิทธิภาพเทคโนโลยี เครื่องมือและนํ้ายาตรวจวิเคราะห์ สนับสนุนการผลิต/พัฒนา/ฝึกอบรมบุคลากร

BLD.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้อต่อการให้บริการโลหิต ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

BLD.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยบริการโลหิต ชัดเจนและเหมาะสม

BLD.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

BLD.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

BLD.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

BLD.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการโลหิต

โครงสร้างองค์กร (BLD.2.1)

ได้แก่

- โครงสร้างของหน่วยบริการโลหิต
- คณะกรรมการการใช้โลหิตที่เหมาะสมของโรงพยาบาล (Hospital Transfusion Committee-HTC) เป็นผู้ประสานงานเพื่อให้มีการใช้โลหิตที่ถูกต้อง เพียงพอ และปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งควรมีการประชุมกันทุกไตรมาส

หัวหน้าหน่วยงาน (BLD.2.2)

หัวหน้าหน่วยบริการโลหิตเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติ ตามที่กำหนดไว้ในกรอบอัตรากำลังของราชการ หรือโดยองค์กรบริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

BLD.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการโลหิตได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

BLD.3.1 การจัดกำลังคน

BLD.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

BLD.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

BLD.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

BLD.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

BLD.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

BLD.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

BLD.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยบริการโลหิต

BLD.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

BLD.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

BLD.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

BLD.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการโลหิตอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- BLD.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการโลหิตมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- BLD.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือ
- BLD.6.3 ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ
- BLD.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิด พ้นสายตาและการได้ยินโดยบุคคลอื่น
- BLD.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการโลหิต

การจัดโครงสร้างภายใน (BLD.6.2)

มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่างๆชัดเจน โดยอย่างน้อยมี

- พื้นที่ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์
- พื้นที่ทำงานด้านเอกสาร
- พื้นที่ซักล้างทำความสะอาดและกำจัดขยะ
- พื้นที่อเนกประสงค์ที่ปลอดภัย
- พื้นที่สำหรับผู้ป่วย ผู้มาส่งหรือรับสิ่งส่งตรวจ อยู่ภายนอกห้องปฏิบัติการ

ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน (BLD.6.3)

- การจัดวางน้ำยา อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และสิ่งส่งตรวจ เป็นระเบียบ สะดวกต่อการใช้ ไม่กีดขวางทางสัญจรในการใช้และให้บริการ
- มีระบบป้องกันการติดเชื้อ (Biological hazard)
- มีระบบป้องกันอันตรายด้านกายภาพ ได้แก่ กระแสไฟฟ้า ความร้อน แสง เสียง ไรฝุ่น ภาวะระเบิด และอัคคีภัย

BLD.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการโลหิต ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

BLD.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ในการให้บริการ

BLD.7.2 มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ น้ำยา และสารเคมีเพื่อใช้ในงานบริการที่ได้มาตรฐาน และเพียงพอ

BLD.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งาน เป็นอย่างดี

BLD.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้ บริการได้ตลอดเวลา

BLD.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

BLD.7.6 มีระบบตรวจสอบประสิทธิภาพ คุณภาพ และความพร้อม ของเครื่องมือและ อุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการโลหิต

เครื่องมือที่ควรมี (BLD.7.2)

- Serofuge
- Blood bank refrigerator 2-6° C
- Freezer -35° C, -70° C
- Refrigerated centrifuge
- Plasma extraction
- Bag balance
- เตียงเจาะเลือดจากผู้บริจาคพร้อมอุปกรณ์
- กระติกควบคุมอุณหภูมิสำหรับส่งต่อเลือด
- ELISA set
- อุปกรณ์ resuscitation
- Microtiter plate
- Dilutor
- เครื่องชั่งน้ำหนักถุงเลือด
- ระบบไฟฟ้าสำรองและ voltage stabilizer
- ระบบน้ำประปาสำรอง
- มีที่รับขยะปลอดภัย เข้มติดเชื้อ และของมีคม
- มีอ่างน้ำหรือฝักบัวหรือที่ล้างตา สำหรับกรณีที่ได้รับอันตรายจากสารเคมี

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

การตรวจสอบเครื่องมือฆ่า เลือด (BLD 7.6)

- มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือฆ่าเลือดตามคู่มือปฏิบัติการประจำเครื่อง
- มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำยาทุกครั้งที่เปลี่ยนชุดน้ำยาใหม่/เปลี่ยน lot ใหม่ หรือตามเอกสารกำกับของน้ำยาแต่ละชนิด
- มีการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์ของเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่เตรียมขึ้นตามระบบการประกันคุณภาพ
- มีการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เก็บเลือด และการทำงานของพัดลมหรือระบบหมุนเวียนอุณหภูมิ

BLD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการโลหิตที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- BLD.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- BLD.8.2 มีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างเหมาะสม
- BLD.8.3 มีการเจาะเก็บเลือดด้วยวิธีปลอดเชื้อ
- BLD.8.4 มีฉลากระบุที่สมบูรณ์สำหรับเลือดที่เจาะเก็บและตัวอย่างเลือด
- BLD.8.5 มีการตรวจเลือดที่เจาะเก็บทุกหน่วยตามมาตรฐาน
- BLD.8.6 มีการสำรอง, การแยกเก็บเลือดและตรวจสอบเลือดอย่างเหมาะสม
- BLD.8.7 มีบริการ cross-match ครบตามขั้นตอนตลอด 24 ชั่วโมง
- BLD.8.8 มีระบบบันทึกข้อมูลในการเบิกจ่ายเลือดเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและสามารถตรวจสอบได้เมื่อมีปัญหา
- BLD.8.9 มีการตรวจสอบความถูกต้องของเลือดก่อนจ่ายออกจากคลังเลือด และก่อนให้เลือดแก่ผู้ป่วย
- BLD.8.10 มีวิธีการฆ่าเชื้อโรคสำหรับเลือดที่ติดเชื้อ รวมทั้งสิ่งส่งตรวจติดเชื้อ ก่อนทิ้งทำลาย
- BLD.8.11 มีการเก็บตัวอย่างเลือดของผู้ป่วยและของผู้บริจาคไว้ทดสอบซ้ำถ้ามีปัญหาอย่างน้อย 7 วัน

ขยายความ

การคัดกรองผู้บริจาคโลหิต (BLD.8.2)

- มีการรับบริจาคโลหิตด้วยความสมัครใจ
- มีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตที่มีความเสี่ยงด้วยแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์
- มีการตรวจผู้บริจาคโลหิตให้ได้ผ่านตามเกณฑ์ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

การเจาะเก็บเลือด (BLD.8.3)

- มีการเจาะเก็บเลือดผู้บริจาคโลหิตด้วยวิธีปลอดเชื้อ โดยผู้มีความชำนาญ ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ
- การเจาะเก็บเลือดวิธีพิเศษอื่นๆ เช่น Autologous, Apheresis จะต้องอยู่ภายใต้ความดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์

การเขียนฉลากระบุบนเลือดแต่ละหน่วย (BLD.8.4)

- ภาชนะที่เจาะเก็บเลือดและตัวอย่างเลือด ต้องมีหมายเลขที่ identify ได้ชัดเจน
- ชื่อ นามสกุล ผู้บริจาค
- วันเจาะเก็บ วันหมดอายุ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- ปริมาณน้ำยากันเลือดแข็งตัว
- ปริมาตรเลือดที่เจาะเก็บ
- หมู่เลือด
- ผลการตรวจทาง serology
- ชนิดของส่วนประกอบของเลือดในถุง

การตรวจเลือดแต่ละหน่วย (BLD.8.5)

- ABO cell grouping & serum grouping, Rh., Du, Antibody screening
- Infectious disease markers ได้แก่ HBsAg, Anti-HIV, HIV-Ag, Anti-HCV, VDRL หรือ TPHA หรือ RPR

การสำรอง, การแยกเก็บเลือดและการตรวจสอบ (BLD.8.6)

- มีเลือดสำรองสำหรับผู้ป่วยและมีการตรวจสอบสำรองทุกวัน พร้อมทั้งมีระบบที่จะขอเลือดสำรองจากหน่วยงานอื่นได้อย่างรวดเร็ว
- มีการแยกเก็บเลือดไว้ในอุณหภูมิที่ถูกต้อง
- มีการแยกเก็บเลือดที่ยังไม่ผ่านการตรวจ, เลือดที่ผ่านการตรวจแล้ว, เลือดที่ยังไม่ผ่านการ cross-match, เลือดที่ผ่านการ cross-match แล้ว, Autologous blood และเลือดที่จะทิ้งเนื่องจากติดเชื้อหรือหมดอายุ อย่างชัดเจน
- มีการตรวจสอบเลือดที่เสื่อมคุณภาพและหมดอายุทุกวัน

บริการ cross-match (BLD.8.7)

- เลือดทุกหน่วยต้องผ่านการตรวจวิเคราะห์ตามรายละเอียดในข้อ BLD.8.5 โดยต้องทราบหมู่เลือดที่แน่นอน และผล Infectious disease marker ต้องเป็นลบอย่างไม่มีข้อสงสัย จึงจะนำไป cross-match ให้กับผู้ป่วย
- มีการ cross-match ตามขั้นตอนครบได้แก่
 - ABO cell grouping & serum grouping
 - Antibody screening test
 - Antiglobulin test
- มีการปิดฉลากเลือดที่ cross-match แล้วเพื่อระบุว่าเป็นของผู้ป่วยรายใด

ระบบบันทึกข้อมูลในการเบิกจ่ายเลือด (BLD.8.8)

- มีแบบฟอร์มการขอจองเลือดซึ่งระบุความต้องการที่ชัดเจนและสะดวกในการติดต่อกลับ
 - ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่ รพ. เลขที่รับผู้ป่วย หอผู้ป่วย
 - การวินิจฉัย และเงื่อนไขที่ต้องการใช้เลือด แพทย์ผู้รับผิดชอบ
 - ชนิดของเลือด ส่วนประกอบของเลือดที่ต้องการ
 - วันเวลาที่เจาะตัวอย่างเลือดผู้ป่วย

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ
- กรณีขอเลือดด่วนที่ผ่านการ cross-match ไม่ครบขั้นตอน ต้องมีข้อความให้แพทย์หรือผู้แทนรับผิดชอบผลเสียที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย และลงนามรับรองด้วย
- ตัวอย่างเลือดเป็น clotted blood ไม่น้อยกว่า 8 มล. และมีฉลากระบุชื่อผู้ป่วย หมายเลข วันที่เก็บ หอผู้ป่วย ชื่อผู้เจาะเก็บ โดยติดฉลากทันทีที่เจาะเลือดเสร็จ
- มีการบันทึกรับส่งตรวจ ระบุเวลา
- มีการบันทึกขั้นตอนการตรวจทั้งหมด การจ่าย และการรับคืน
- มีการติดตามผลการให้เลือดและปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น โดยมีแบบฟอร์มรายงาน

BLD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการโลหิต โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

BLD.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการโลหิต โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

BLD.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

BLD.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

BLD.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

BLD.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง

BLD.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

BLD.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

BLD.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

BLD.9.3 มีระบบประกันคุณภาพทุกระดับของการปฏิบัติการ

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการโลหิต

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (BLD.9.2.2)

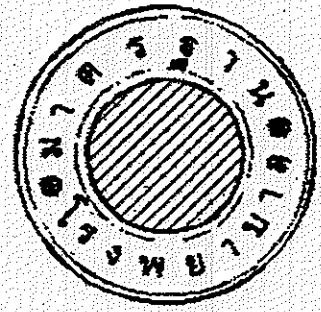
- สถิติ Infectious disease marker
- สถิติอัตราการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดในแต่ละหน่วยงาน
- สถิติสัดส่วนการ cross-match และการให้เลือด
- อุบัติการณ์ของผลอันไม่พึงประสงค์และปฏิกิริยาจากการให้เลือด
- ความเหมาะสมของการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด เปรียบเทียบกับข้อบ่งชี้หรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้

ระบบประกันคุณภาพ (BLD.9.3)

- มีคู่มือ Code of Practice และมีการปฏิบัติตามขั้นตอนของคู่มือ
- มีการทำ Quality Assurance จากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง
- มี External Quality Control จากองค์กรภายนอกอย่างน้อยทุกไตรมาส
- มี Internal Quality Control จากผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ และนำผลมาปรับปรุงงาน

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.4/17



**บริการผู้ปล่อยอภุคฤต
/ หน่วยบำนบิตพิเศษ**

บริการผู้ป่วยวิกฤติ/ หน่วยบำบัดพิเศษ (CRI)

หน่วยบำบัดพิเศษ หมายถึงหน่วยบริการผู้ป่วยซึ่งมีเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อม มีแพทย์ พยาบาล และผู้มีความรู้เฉพาะเพียงพอสําหรับให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยวิกฤติหรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหน่วยบำบัดพิเศษมักจะมีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการสูญเสียชีวิตได้ง่าย ต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ

มาตรฐานบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษนี้กำหนดหลักการสําคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ มี 9 ข้อ ดังนี้

CRI.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

CRI.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออํานวยต่อการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

CRI.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยวิกฤติได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

CRI.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

CRI.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยวิกฤติหรือหน่วยบำบัดพิเศษ/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

CRI.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพ

CRI.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

CRI.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

CRI.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

CRI.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยวิกฤต/หน่วยบำบัดพิเศษ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

CRI.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยวิกฤต/หน่วยบำบัดพิเศษ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

CRI.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

CRI.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยวิกฤต/หน่วยบำบัดพิเศษไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

CRI.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยวิกฤต/หน่วยบำบัดพิเศษ และทราบบทบาทของตนเอง

CRI.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดโครงสร้างองค์กรและการบริหารเพื่อให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- CRI.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ ชัดเจนและเหมาะสม
- CRI.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้
- CRI.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร
- CRI.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
- CRI.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ดัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

โครงสร้างองค์กร (CRI.2.1)

ได้แก่

- โครงสร้างของหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ
- การบริหารงานในรูปคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องทุกสาขา และคณะกรรมการมีการประชุมสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 4 ครั้ง เพื่อพิจารณากำหนดทิศทางการบริหาร การปรับปรุงคุณภาพบริการ และสร้างบรรยากาศของความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ

หัวหน้าหน่วยงาน (CRI.2.2)

- หัวหน้าด้านบริการการแพทย์ เป็นแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมพิเศษเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยของหน่วยนั้น และมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี
- หัวหน้าด้านบริการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในหน่วยนั้น และมีประสบการณ์ทำงานดูแลผู้ป่วยวิกฤติไม่น้อยกว่า 2 ปี

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

CRI.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยวิกฤติได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

CRI.3.1 การจัดกำลังคน

CRI.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งใน
ด้านปริมาณและคุณภาพ

CRI.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบ
กับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

CRI.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการ
ปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่อง

CRI.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

การจัดกำลังคน (CRI.3.1.1)

การจัดกำลังคนในอุดมคติควรเป็นดังนี้

- มีแพทย์ประจำและแพทย์ที่ปรึกษาตลอดเวลา 24 ชั่วโมง
- อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยหนักทั่วไป = 1:1
- อัตราพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยหนักที่ต้องการดูแลพิเศษ = 2:1 (ผู้ป่วยหนักต้องการ
ดูแลพิเศษ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด เปลี่ยน
อวัยวะ)
- มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งได้รับการฝึกอบรมเป็นพิเศษและมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ
การดูแลผู้ป่วยในหน่วย ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจการควบคุมดูแลการให้บริการพยาบาล
ในหน่วยตลอดเวลา
- มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ ที่สามารถปฏิบัติงานใน
หน่วยบำบัดพิเศษได้อย่างมีคุณภาพอย่างน้อย 1 คน และต้องปฏิบัติงานประจำ

CRI.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

- CRI.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- CRI.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ
- CRI.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ
- CRI.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ
- CRI.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการศึกษา/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

เนื้อหาในการฝึกอบรม (CRI.4.1)

ควรครอบคลุมถึง

1. ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยทั่วไป เช่น

- การช่วยฟื้นคืนชีพ
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- การให้ electrolyte สารน้ำ และส่วนประกอบของเลือด
- ความต้องการด้านสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วย
- การใช้เครื่อง defibrillator

2. ความรู้และทักษะในการพยาบาลเฉพาะทางขั้นสูง เช่น

- การประมวล/ประเมินแปลผล/บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวิกฤติ เช่น EKG

3. เจตคติ บุคลิกภาพ จริยธรรม พฤติกรรมบริการ

4. ความรู้ใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงเวชปฏิบัติ กฎหมาย เทคโนโลยีหรือเครื่องมือใหม่ๆ

5. ข้อควรระวังและแนวปฏิบัติในการใช้เครื่องมือเครื่องใช้ไฟฟ้าอิเล็กทรอนิกส์

CRI.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานบริการผู้ป่วยวิกฤติ/ภาวะเบี่ยงที่เกี่ยวข้อ และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- CRI.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน
- CRI.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้
- CRI.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ
 - CRI.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - CRI.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
 - CRI.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร
 - CRI.5.2.5 ด้านความปลอดภัย
 - CRI.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
 - CRI.5.2.7 เกณฑ์การรับ/ไม่รับผู้ป่วยไว้ดูแลในหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤติ
- CRI.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ
- CRI.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

นโยบายและวิธีปฏิบัติงานด้านต่างๆที่ควรมี (CRI.5.2)

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ เช่น

- การรับ จำหน่าย เคลื่อนย้าย และการส่งต่อ
- การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย
- การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ
- การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ
- การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบการไหลเวียน
- การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย defibrillation
- การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติหลายระบบ
- การใช้เครื่องมือพิเศษ
- การแปลการตรวจพิเศษ เช่น EKG, blood gas

ตัวอย่างเกณฑ์การรับผู้ป่วยไว้ดูแลในหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤติ (CRI.5.2.7)

- ผู้ป่วยที่ต้องการช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ และ/หรือ ต้องการให้การบริการพิเศษเฉพาะทาง
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบหลอดเลือดและหัวใจ ซึ่งคาดว่าจะเกิดอาการรุนแรงได้ทุกขณะ
- ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (trauma) ซึ่งอาการวิกฤติหรือยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้แน่นอน
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทุกรายที่อาการน่าวิตก
- ผู้ป่วยที่รับสารพิษ ยาพิษ อยู่ในระยะวิกฤติ หรือก่อนวิกฤติ
- ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว

ตัวอย่างเกณฑ์การไม่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤติ

- ผู้ป่วยโรคติดต่อทุกชนิด แม้จะมีอาการวิกฤติก็ตาม (ยกเว้นในกรณีที่มีห้องแยกโรค)
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค และหมดหวังจากการรักษา
- ผู้ป่วยโรคจิตทุกระยะ
- ผู้ป่วยโรคผิวหนัง, อุจจาระร่วง, พิษสุนัขบ้า, gangrene

CRI.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

CRI.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยวิกฤติเป็นเอกเทศ สะดวกต่อการเข้าถึงและส่งผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการควบคุมการเข้าออก

CRI.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือ

CRI.6.3 ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

CRI.6.4 สถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิด ห่างจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

CRI.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

พื้นที่ใช้สอยและการจัดแบ่งโครงสร้างภายใน (CRI.6.2)

- มีจำนวนเตียงเพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาล อย่างน้อยร้อยละ 2 ของจำนวนเตียงผู้ป่วยใน สามารถรองรับผู้ป่วยวิกฤติได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ในแต่ละหน่วยมีจำนวนเตียง 4-8 เตียง
- มีการจัดห้องแยกสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยที่ต้องการ protective isolation
- ที่ทำงานของพยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยทุกคนได้ทั่วถึง
- มีห้อง/บริเวณเก็บเครื่องมือต่างๆ
- มีระบบติดต่อสื่อสารระหว่างเตียงผู้ป่วยและที่ทำงานพยาบาล
- มีห้องพักรอสำหรับญาติเยี่ยม และจุดให้ญาติติดต่อสอบถาม
- ระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร

CRI.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

CRI.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

CRI.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

CRI.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

CRI.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

CRI.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

CRI.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

เครื่องมือและอุปกรณ์ (CRI.7.2)

1. เตียงผู้ป่วย

ควรถอดหัวเตียงได้ หรือมีหัวเตียงที่มีลักษณะเหมาะสมกับการช่วยผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

2. อุปกรณ์ช่วยชีวิตประจำเตียง ได้แก่

- Pipeline system อย่างน้อยประกอบด้วย Oxygen 1 จุด, Vacuum 1 จุด, Air compressor 1 จุด
- เครื่องดูดเสมหะพร้อมอุปกรณ์
- Self-inflating bag

3. รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Emergency Cart)

พร้อมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ครบถ้วน อย่างน้อย 1 คัน

4. เครื่องมือพิเศษประจำหน่วย

- EKG monitor ทุกเตียง
- เครื่องช่วยหายใจ
- Defibrillator
- BP monitoring (non invasive & invasive)
- Central EKG monitoring
- Pulse oximeter
- ชุดหัตถการที่จำเป็นและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ เช่น ชุดทำแผล, ชุดสวนปัสสาวะ, ชุดเจาะปอด/ตับ, ชุดเจาะคอ, set cut down, set chest drain

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

CRI.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยวิกฤติ ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- CRI.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- CRI.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- CRI.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- CRI.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเพื่อแก้ไขภาวะที่คุกคามต่อชีวิตทันกับความจำเป็น
- CRI.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยในแต่ละระยะ
- CRI.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- CRI.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

CRI.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- CRI.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน
- CRI.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย
 - CRI.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - CRI.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ
 - CRI.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง
 - CRI.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ
 - CRI.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ
 - CRI.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
- CRI.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ
 - CRI.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล
 - CRI.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

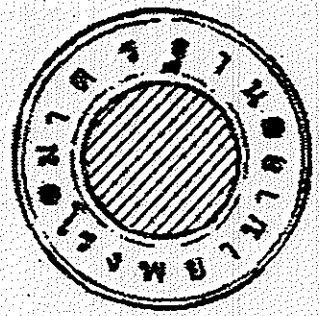
ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยวิกฤติ/หน่วยบำบัดพิเศษ

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (CRI.9.2.2)

- การเสียชีวิตจำแนกตามกลุ่มโรคและความรุนแรง
- การติดเชื้อในโรงพยาบาล
- การเกิดอุบัติเหตุการณ

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.5/17



FEED บริการ สุขศึกษา U

บริการสุขศึกษา (EDU)

บริการสุขศึกษาเป็นการใช้วิธีการทางด้านพฤติกรรมศาสตร์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป บริการสุขศึกษาในที่นี้ได้จำกัดเฉพาะกรณีหน่วยงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล แต่หมายถึงการที่ผู้ให้บริการทุกคนจะต้องพัฒนาความรู้และทักษะด้านนี้และนำไปผสมผสานกับการให้บริการทุกขั้นตอน

มาตรฐานบริการสุขศึกษานี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการสุขศึกษา มี 9 ข้อ ดังนี้

EDU.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสุขศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

EDU.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขศึกษา ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการสุขศึกษาได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

EDU.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการศึกษา/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

EDU.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการศึกษาอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการศึกษา ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการศึกษาที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

EDU.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการศึกษา โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

EDU.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสุขภาพเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

EDU.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการสุขภาพ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

EDU.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

EDU.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสุขภาพไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

EDU.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการสุขภาพ และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสุขภาพ

ตัวอย่างพันธกิจของบริการสุขภาพ (EDU.1.1)

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การใช้บริการ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ด้วยการผสมผสานวิธีการทางพฤติกรรมศาสตร์เข้าในทุกขั้นตอนของการให้บริการ (การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ) ทั้งโดยหน่วยสุขภาพเองและโดยการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีแนวคิดและทักษะที่จำเป็น ร่วมกับการพัฒนาระบบข้อมูล การพัฒนาองค์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และการสร้างเครื่องมือไอทีที่สนับสนุนที่เหมาะสม

ขอบเขตของบริการสุขภาพ

- การใช้วิธีการทางพฤติกรรมศาสตร์หรือการให้สุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย
- การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีแนวคิดและทักษะด้านงานสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
- การพัฒนาระบบข้อมูลพฤติกรรมผู้ป่วยและองค์ความรู้จากงานวิจัยด้านพฤติกรรมศาสตร์
- การสร้างเครื่องมือไอทีที่สนับสนุน

EDU.2 การจัดการและการบริหาร

มีการจัดการและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.2.1 โครงสร้างองค์กรของการจัดบริการสุขภาพ ชัดเจนและเหมาะสม

EDU.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนด

EDU.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

EDU.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

EDU.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

EDU.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการสุขศึกษาได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.3.1 การจัดทำล้งคน

EDU.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอเหมาะสมกับพันธกิจของบริการ/หน่วยงาน
สุขศึกษาทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

EDU.3.1.2 มีกลไกที่จะติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับ
ปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

EDU.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิง
บวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และการส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

EDU.3.3 เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสุขศึกษา

คุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานบริการสุขศึกษา (EDU.3.1.1)

ควรมีทักษะต่อไปนี้

- ทำการวิจัยพหุติกรรมได้
- ทำฐานข้อมูลทางพหุติกรรมเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมได้
- ออกแบบกิจกรรมสุขศึกษาในโรงพยาบาลได้
- ใช้ฐานข้อมูลเพื่อการผลิตสื่อและการประเมินผลสื่อได้
- ทำการวิจัยทางพหุติกรรมศาสตร์ได้
- ทำการประเมินผลโครงการทั้งด้านปริมาณและคุณภาพได้
- ใช้และถ่ายทอดภาษาทางการแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจได้
- สร้างระบบเฝ้าระวังพหุติกรรมของผู้ป่วยและญาติในเขตรับผิดชอบได้

จำนวนเจ้าหน้าที่ (EDU.3.1.1) กรณีที่มีการตั้งหน่วยสุขศึกษา

- มีเจ้าหน้าที่สุขศึกษาที่มีทักษะอย่างน้อย 3 คน
- มีการจัดสรรงานตามแผนบริการในอัตราส่วน 1 คน ต่อ 3 แผนก

EDU.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

EDU.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

EDU.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

EDU.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

EDU.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

EDU.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสุขภาพ

เนื้อหาในการฝึกอบรม (EDU.4.1)

ตัวอย่าง เช่น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการผลิตสื่อและพัฒนาสื่อ ได้รับการอบรม/ฝึกทักษะเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องและทันต่อเหตุการณ์

EDU.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานบริการสุขภาพ/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

EDU.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

EDU.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

EDU.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

EDU.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

EDU.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

EDU.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

EDU.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

EDU.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

EDU.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

EDU.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสุขภาพ

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติงานด้านต่างๆที่ควรมี (EDU.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- การใช้พื้นที่เพื่อการให้สุขภาพ
- แผนการให้สุขภาพทั่วไป
- แผนการให้สุขภาพเฉพาะบริการ

ด้านกิจกรรมบริการ

- การประเมินเพื่อกำหนดเนื้อหาของการให้สุขภาพ
- การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลการให้สุขภาพ
- การเผยแพร่ข้อมูลรายการสุขภาพ

EDU.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขศึกษาอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.6.1 มีสถานที่สำหรับการประชุมสมาชิกของทีมผู้ให้บริการในสาขาต่างๆที่หน่วยดูแลผู้ป่วย

EDU.6.2 มีสถานที่สำหรับการวางแผนและจัดบริการสุขศึกษา

EDU.6.3 มีสถานที่สำหรับเก็บโสตทัศนูปกรณ์และสื่อสุขศึกษาเป็นสัดส่วน

EDU.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการสุขศึกษา ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพและประสิทธิภาพ

EDU.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

EDU.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

EDU.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

EDU.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

EDU.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

EDU.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

EDU.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

EDU.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

EDU.8.2 การผลิตสื่อสุขภาพ

EDU.8.2.1 มีการสำรวจความต้องการของสื่อต่างๆ หรือเปิดรับข้อมูลข่าวสาร จากกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการผลิตสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี

EDU.8.2.2 มีการทดสอบสื่อต่างๆก่อนนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

EDU.8.2.3 มีการประเมินประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของสื่อต่างๆ

EDU.8.2.4 มีการบันทึกข้อมูลการผลิตสื่อของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

EDU.8.3 ระบบข้อมูลพฤติกรรมผู้ป่วย

EDU.8.3.1 มีการเก็บข้อมูลที่เป็นผลจากการวินิจฉัยพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

EDU.8.3.2 มีฐานข้อมูลทางพฤติกรรมเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมสุขภาพ

EDU.8.3.3 มีระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในเขตรับผิดชอบ

EDU.8.3.4 มีฐานข้อมูลการรับสื่อ เพื่อการผลิตและการประเมินผลสื่อ

EDU.8.3.5 มีการประเมินผล กระบวนการ/ผลลัพธ์ของโครงการทั้งด้านปริมาณ และคุณภาพ

EDU.8.3.6 มีการจัดทำบันทึกการให้สุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกรายใน แต่ละแผนกและเก็บไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาล

EDU.8.4 มีกระบวนการในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อจัดทำโครงการให้สุขภาพตาม ระบาดวิทยาของปัญหาในพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แม่ และเด็ก ผู้สูงอายุ

EDU.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการ/หน่วยงานสุศึกษา โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

EDU.9.1 หน่วยบริการหรือหน่วยงานทุกหน่วยมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

EDU.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

EDU.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

EDU.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

EDU.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

EDU.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ดัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

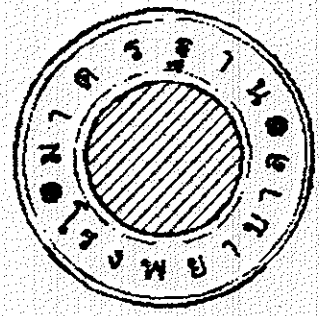
EDU.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

EDU.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

EDU.9.3 มีการวิจัยเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการสุศึกษาในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง เช่น action research, quasi/evaluative research, explanatory research ร่วมไปกับการให้บริการ

12 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.6/17



ប្រកាស
ជួយ
ប្រកាស

บริการผู้ป่วยใน (INP)

บริการผู้ป่วยในหมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะมีกรจำแนกออกเป็นสาขาต่างๆ ตามลักษณะของผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้ควรใช้มาตรฐานนี้ประเมินผู้ป่วยในแต่ละสาขา เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม โดยพิจารณามาตรฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน เช่น บริการทางการแพทย์ บริการพยาบาล ระบบข้อมูลข่าวสาร บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

มาตรฐานบริการผู้ป่วยในนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการผู้ป่วยในมี 9 ข้อ ดังนี้

INP.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยในเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

INP.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยใน ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยในได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

INP.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยใน/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

INP.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยในอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพ

INP.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยใน ได้ ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

INP.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยใน โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

INP.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยใน เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

INP.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยใน สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

INP.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

INP.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยในไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

INP.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยใน และทราบบทบาทของตนเอง

INP.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดโครงสร้างองค์กรและการบริหารเพื่อให้บริการผู้ป่วยใน ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน/บริการ ชัดเจนและเหมาะสม

INP.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

INP.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

INP.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

INP.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ดัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

หัวหน้าหน่วยงาน (INP.2.2)

- หัวหน้าผู้ป่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพซึ่งรับรองโดยสภาการพยาบาล ผ่านการอบรม และ/หรือ ศึกษาดูงานด้านการพยาบาลในสาขาที่ปฏิบัติงาน ปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลา มีประสบการณ์พยาบาลเฉพาะทางสาขาไม่น้อยกว่า 3 ปี
- หัวหน้าหน่วยงานด้านการแพทย์ให้ดูจากมาตรฐานบริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์ (MED.2.2)

INP.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยใน ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.3.1 การจัดกำลังคน

INP.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งใน ด้านปริมาณและคุณภาพ

INP.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

INP.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

INP.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

การจัดกำลังคน (INP.3.1.1)

ด้านการแพทย์

- มีแพทย์ซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละราย
- มีการจัดแพทย์รับปรึกษาสำหรับสาขาอื่น
- มีแพทย์เวรรับผิดชอบนอกเวลาทำการปกติ

ด้านการพยาบาล

- การจัดอัตรากำลังด้านพยาบาลเป็นไปตามที่สภาการพยาบาลกำหนด อย่างน้อยควรมีพยาบาล 2 คนในแต่ละเวร และเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน
- มีการจัดเจ้าหน้าที่สำรองเตรียมขึ้นเวรนอกเวลาทำการปกติและในกรณีฉุกเฉิน
- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานได้รับการปฐมนิเทศ และหรือ ฝึกอบรมภายใน หรือ ศึกษาดูงานจากภายนอกเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยในสาขาที่ปฏิบัติงาน
- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความรู้เรื่องการตอบสนองต่อความต้องการด้านสังคม จิตวิทยาของผู้ป่วยและครอบครัว

INP.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

INP.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

INP.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

INP.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

INP.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

INP.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

เนื้อหาในการฝึกอบรม (INP.4.1)

ควรครอบคลุมถึง

- การช่วยฟื้นคืนชีพ
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- การให้ electrolyte สารน้ำ และส่วนประกอบของเลือด
- ความต้องการด้านสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วย
- เจตคติ บุคลิกภาพ จริยธรรม พฤติกรรมบริการ
- ความรู้ใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงเวชปฏิบัติ กฎหมาย เทคโนโลยีหรือเครื่องมือใหม่

INP.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานดูแลผู้ป่วยใน/ภาวะเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

INP.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

INP.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

INP.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

INP.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

INP.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

INP.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

INP.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

INP.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

INP.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

INP.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านต่างๆ ที่ควรมี (INP.5.2)

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- มาตรฐานการพยาบาลหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
- เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย
- การเตรียมการ/วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง
- การใช้เครื่องช่วยหายใจและเครื่องมือพิเศษที่จำเป็น
- การดูแลผู้ติดเชื้อมะเร็ง
- การกำหนดตำแหน่งที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท เช่น ผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยที่บกพร่องทางระบบประสาทส่วนกลาง

INP.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยในอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- INP.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง บริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- INP.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการ ให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้
- INP.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ
- INP.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น
- INP.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

พื้นที่ใช้สอยและการจัดแบ่งโครงสร้างภายใน (INP.6.2)

บริเวณสนับสนุนการให้บริการพยาบาล

- ห้อง/บริเวณเตรียมการรักษาพยาบาล (treatment room) ที่จำเป็นพร้อมอุปกรณ์
- ห้อง/บริเวณเก็บและเตรียมยา พร้อมอุปกรณ์การเก็บรักษา
- ห้อง/บริเวณเก็บของสะอาด (clean utility)
- ห้อง/บริเวณซักล้างและเก็บของปนเปื้อน (dirty utility)
- ที่ทำการพยาบาล

บริเวณให้บริการผู้ป่วย

- บริเวณพักนอนซึ่งมีระยะห่างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 90 ซม. หรือสามารถเข้าช่วยชีวิตผู้ป่วยได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- ห้องอเนกประสงค์สำหรับผู้ป่วยและญาติ
- ห้องน้ำ/สุขา
- ห้องแยกพร้อมห้องน้ำห้องส้วม สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และ/หรือ ภูมิคุ้มกันต่ำ

INP.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- INP.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
- INP.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- INP.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- INP.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
- INP.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- INP.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

เครื่องมือและอุปกรณ์ (INP.7.2)

1. ครุภัณฑ์ประจำตัวผู้ป่วย

- เตียงผู้ป่วย
- โต๊ะข้างเตียง
- โต๊ะคร่อมเตียง
- ม่านหรือฉาก
- ระบบสื่อสารหรือสัญญาณขอความช่วยเหลือ/บริการจากเตียงผู้ป่วย
- pipeline system

2. รถเข็นช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Emergency Cart)

พร้อมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ครบถ้วน อย่างน้อย 1 คัน

3. ชุดหัดตกที่จำเป็นและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ

- ชุดทำแผล
- ชุดสวนปัสสาวะ
- ชุด cut down

4. ครุภัณฑ์ที่จำเป็นอื่นๆ

- ตู้เย็นเก็บยา/แช่เลือด
- เครื่องดูดสารคัดหลั่ง

การตรวจสอบเพื่อเตรียมพร้อมเครื่องมือและอุปกรณ์ (INP.7.6)

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ควรมีระบบตรวจสอบชัดเจน

- ชุดเครื่องมือปราศจากเชื้อ เช่น ชุด suture, ชุด venesection, ชุด intercostal drainage, ชุดทำแผล
- อุปกรณ์ในการช่วยชีวิต เช่น pipeline system, เครื่องมือและอุปกรณ์ในรถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

INP.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยใน ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- INP.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ
- INP.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- INP.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- INP.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- INP.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในได้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม
- INP.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- INP.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

กระบวนการให้บริการและดูแลรักษา (INP.8.5)

- ผู้ป่วยทุกคนได้รับการตรวจเยี่ยมจากแพทย์อย่างน้อยวันละครั้ง และได้รับการตรวจเยี่ยมจากพยาบาลลมาเสมอเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติเร็วที่สุด (INP.8.7)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนเป็นอันดับแรก เช่น

- ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลับเป็นซ้ำอีกภายหลังการเจ็บป่วยหรือหลังผ่าตัด
- ผู้ป่วยที่ต้องอาศัยการดูแลรักษาต่อที่ยังยากซับซ้อน
- ผู้ป่วยวาระสุดท้าย
- ผู้ป่วยที่ขาดความมั่นคงทางอารมณ์

INP.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยใน โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- INP.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยใน โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน
- INP.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย
 - INP.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - INP.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ
 - INP.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง
 - INP.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ
 - INP.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ
 - INP.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
- INP.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ
 - INP.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล
 - INP.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยใน

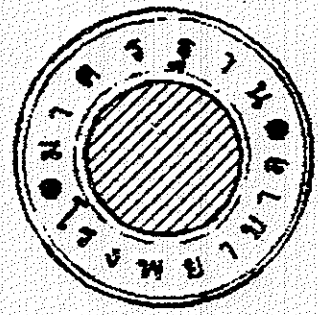
ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (INP.9.2.2)

- ความจำเป็นในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน
- การตรวจชั้นสูตรต่างๆ
- อัตราการเกิดความผิดพลาดในการรักษา การให้ยา
- การกลับมาได้รับการรักษาโรคเดิม/รับการผ่าตัดซ้ำ โดยไม่ได้วางแผน
- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่สามารถป้องกันได้
- อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดฝัน
- อัตราค่าร้องเรียน
- จำนวนวันที่อยู่รักษาในหน่วยบริการผู้ป่วยใน

21 ธันวาคม พ.ศ. 2539

LAB / ชันสูตร

4.7/19



บริการพยาธิวิทยาคลินิก
/ ชันสูตร
LAB

บริการพยาธิวิทยาคลินิก/ชั้นสูง (LAB)

บริการพยาธิวิทยาคลินิกหรือบริการชั้นสูงทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งช่วยให้แพทย์สามารถให้การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องซึ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนและการดูแลรักษาที่เหมาะสม คุณภาพของบริการพยาธิวิทยาคลินิกขึ้นอยู่กับรายงานผลที่มีความถูกต้องซึ่งแม่นยำ และทันต่อความต้องการใช้

การตรวจสอบระบบคุณภาพสำหรับบริการพยาธิวิทยาคลินิกเป็นเรื่องที่มีรายละเอียดทางเทคนิคมาก จำเป็นที่องค์กรวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องจะต้องร่วมมือกันพัฒนาระบบ accreditation สำหรับบริการพยาธิวิทยาคลินิกขึ้นมาเป็นการเฉพาะ มาตรฐานบริการพยาธิวิทยาคลินิกในที่นี้จะกำหนดกรอบในภาพกว้างเพื่อให้ประเมินในช่วงที่ระบบดังกล่าวยังไม่เกิดขึ้น

มาตรฐานบริการพยาธิวิทยาคลินิกนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการพยาธิวิทยาคลินิกมี 9 ข้อ ดังนี้

LAB.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาธิวิทยาคลินิกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

LAB.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการพยาธิวิทยาคลินิกตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลวิเทศคลินิกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติ
หน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่
ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการพยาบาลวิเทศคลินิก/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

LAB.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการพยาบาลวิเทศคลินิกอย่างสะดวก
ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการพยาบาลวิเทศ
คลินิกได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการพยาบาลวิเทศคลินิกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
วิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

LAB.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาลวิเทศคลินิกโดยการทำ
งานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

LAB 1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลคลินิก เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

LAB.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการพยาบาลคลินิก สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

LAB.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

LAB.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลคลินิก ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

LAB.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการพยาบาลคลินิก และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลคลินิก

ตัวอย่างพันธกิจของหน่วยบริการพยาบาลคลินิก

ให้บริการพยาบาลคลินิกแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้ระบบควบคุมและประกันคุณภาพ และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ และพร้อมที่จะร่วมมือกับหน่วยงาน สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างขอบเขตของงานบริการพยาบาลคลินิก

- ให้บริการผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาทำการปกติ ในการตรวจชั้นสูงทางด้านชีวเคมี โภชนาวิทยา, จุลชีววิทยาคลินิก, จุลทรรศน์วิทยาคลินิก และอิมมูโนวิทยา
- ให้บริการทางวิชาการในแง่ของการเป็นแหล่งข้อมูลสถิติ สนับสนุนการทำวิจัย การประเมินประสิทธิภาพเทคโนโลยี เครื่องมือและน่ายาตรวจวิเคราะห์ สนับสนุนการผลิต พัฒนา/ฝึกอบรมบุคลากร

LAB.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการพยาบาลคลินิกตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการพยาบาลคลินิก ชัดเจนและเหมาะสม

LAB.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้

LAB.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

LAB.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

LAB.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ดัดลีนใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลคลินิก

โครงสร้างองค์กร (LAB.2.1) ได้แก่

- โครงสร้างปกติของหน่วยงานพยาบาลคลินิก อาจแบ่งเป็นหน่วยบริการย่อยตามความเหมาะสมของโรงพยาบาล
- คณะกรรมการพยาบาลคลินิก หรือคณะกรรมการห้องปฏิบัติการ ซึ่งโรงพยาบาลตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ให้คำปรึกษา และตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลคลินิก

หัวหน้าหน่วยงาน (LAB.2.2)

หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติ ตามที่กำหนดไว้ในกรอบอัตรากำลังของราชการ หรือโดยองค์การบริหารสูงสุดของโรงพยาบาล

ในกรณีที่หัวหน้าหน่วยงานไม่ใช่แพทย์ ควรมีพยาธิแพทย์หรือแพทย์หรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายเป็นที่ปรึกษา

หน่วยงานในที่นี้หมายถึงแผนก/ฝ่าย/กลุ่มงาน/ภาควิชา ซึ่งรับผิดชอบการให้บริการพยาบาลคลินิกทั้งหมด

LAB.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

จัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลวิชาชีพคลินิกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.3.1 การจัดกำลังคน

LAB.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

LAB.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอใจของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

LAB.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

LAB.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

LAB.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

LAB.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

LAB.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

LAB.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

LAB.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการศึกษา/บริการแก่ผู้ป่วย

LAB.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

นโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการพยาธิวิทยาคลินิก/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

LAB.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

LAB.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

LAB.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

LAB.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

LAB.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

LAB.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

LAB.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

LAB.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

LAB.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

LAB.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยาคลินิก

นโยบายและวิธีปฏิบัติที่ควรมี (LAB.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- คู่มือการส่งตรวจซึ่งระบุชนิดสิ่งส่งตรวจ ชื่อย่อการวิเคราะห์ ระยะเวลาได้รับผล วันทำการตรวจ และราคาค่าตรวจ

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- การเขียนใบส่งตรวจชั้นสูง
- การเก็บสิ่งส่งตรวจ
- คู่มือการตรวจวิเคราะห์ทุกรายการซึ่งระบุ วิธีการตรวจรวมทั้ง น้ำยาที่ใช้ และวิธีการ calibrate

ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

- บันทึกการรับสิ่งส่งตรวจ
- รายงานผลการตรวจชั้นสูง
- การเก็บรายงานผลการตรวจชั้นสูง
- การบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด อุบัติการณ์ คำร้องเรียน

ด้านความปลอดภัย

- การใช้ การเก็บ และการทิ้ง เลือดและสิ่งส่งตรวจ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้
- การเคลื่อนย้ายสิ่งส่งตรวจระหว่างห้องชั้นสูง
- การจัดการเมื่อมีการหกของสิ่งส่งตรวจหรือสิ่งปนเปื้อน
- การทำลายเชื้อเครื่องมือและสิ่งส่งตรวจที่ติดเชื้อ
- การทำลายเชื้อและทิ้ง เข็ม ไชริงก์ ใบมีด และของมีคมอื่น
- การจัดเก็บ เขียงฉลาก ใช้ และทิ้งสารอันตรายต่างๆ
- การควบคุมการติดเชื้อ

ฉบับแก้ไขปรับปรุง (ยึดฉบับกระทรวงศึกษาธิการวิทยาลัยเทคนิคชั้นสูง (LAB))

หน้า 2 จาก 2 หน้า

LAB.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

มีสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลอย่าง สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

LAB.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง บริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

LAB.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการ ให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

LAB.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

LAB.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

LAB.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล

การจัดโครงสร้างภายใน (LAB.6.2)

มีการแบ่งพื้นที่ใช้สอยต่างๆชัดเจนโดยอย่างน้อยมี

- พื้นที่ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์
- พื้นที่ทำงานด้านเอกสาร
- พื้นที่ซักล้างทำความสะอาดและกำจัดขยะ
- พื้นที่อเนกประสงค์ที่ปลอดภัยการติดเชื้อ
- พื้นที่เก็บวัสดุอุปกรณ์ และสารเคมี
- พื้นที่สำหรับผู้ป่วย ผู้มาส่งหรือรับส่งตรวจ อยู่ภายนอกห้องปฏิบัติการ

ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน (LAB.6.3)

- การจัดวางน้ำยา อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และสิ่งส่งตรวจ เป็นระเบียบ สะดวกต่อการใช้ ไม่กีดขวางทางสัญจรในการใช้และให้บริการ
- มีระบบป้องกันการติดเชื้อ (biological hazard)
- มีระบบป้องกันอันตรายด้านกายภาพ ได้แก่ กระแสไฟฟ้า ความร้อน แสง เสียง ไรละเห็บ การระเบิด และอัคคีภัย

LAB.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการพยาธิวิทยาคลินิก ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- LAB.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
- LAB.7.2 มีเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ น้ำยา และสารเคมีเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- LAB.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- LAB.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
- LAB.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- LAB.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยาคลินิก

เครื่องมือที่ควรมี (LAB.7.2)

เครื่องมือทั่วไป

- Centrifuge
- Spectrophotometer
- Binocular microscope
- Incubator
- Water bath
- Autoclave
- Hot air oven
- Balance
- pH meter
- Magnetic stirrer
- Vacuum pump
- Refrigerator with freezer

งานชีวเคมี

- Clinical chemistry autoanalyzer
- Electrolyte analyzer
- Blood gas analyzer
- Automate electrophoresis

งานโลหิตวิทยา

- Hematocrit centrifuge
- Electronic cell counter
- Differential cell counter

งานจุลชีววิทยาคลินิก

- Incubator
- CO₂ incubator
- Anaerobic jar
- Colony counter
- Laminar flow/Safety hood

งานจุลทรรศน์วิทยาคลินิก

- Phase contrast microscope
- Darkfield condenser
- Refractometer

งานอิมมูโนวิทยา

- Immunology autoanalyzer
- Rotator
- Vortex mixer
- View box
- ELISA test

เครื่องมืออุปกรณ์อื่น ๆ และระบบสาธารณูปโภค

- มีที่รับขยะปลอดเชื้อ ขยะติดเชื้อ และของมีคม
- มีระบบไฟฟ้าสำรอง และ voltage stabilizer
- มีอ่างน้ำหรือฝักบัวหรือที่ล้างตา สำหรับกรณีที่ได้รับอันตรายจากสารเคมี
- มีระบบน้ำประปาสำรอง

การตรวจสอบเครื่องมือ น้ํายา (LAB.7.6)

- มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือวิเคราะห์ตามกำหนดเวลาของเครื่องมือแต่ละเครื่อง
- มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ํายาทุกครั้งที่เปลี่ยนชุดน้ํายาใหม่/เปลี่ยน lot ใหม่ ตามเอกสารกำกับที่แนบมากับน้ํายา
- มีการปิดฉลากชื่อน้ํายา วันที่เปิดใช้หรือเว็เรียนขึ้น วันหมดอายุ และอันตรายของสารเคมีนั้นๆ

(โปรดดูค่าขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

LAB.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการพยาธิวิทยาคลินิกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

LAB.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

LAB.8.2 มีการกำหนดรายการการตรวจวิเคราะห์ที่ควรทำได้ และรายการตรวจที่จำเป็นนอกเวลาราชการ

LAB.8.3 มีการบันทึกข้อมูลแบบฟอร์มการขอส่งตรวจครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อต่อการตรวจชันสูตร การรายงานและการสื่อสารเมื่อมีปัญหา

LAB.8.4 มีการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างเหมาะสม

LAB.8.5 มีการบันทึกการรับสิ่งส่งตรวจ

LAB.8.6 มีการปฏิบัติการตรวจตามขั้นตอนที่เขียนไว้ในคู่มือการตรวจวิเคราะห์

LAB.8.7 มีการบันทึกการปฏิบัติการตรวจและผลการตรวจ

LAB.8.8 มีการรายงานผลอย่างเป็นระบบ

LAB.8.9 มีการเก็บสิ่งส่งตรวจไว้เพื่อตรวจซ้ำเมื่อมีปัญหา ตามประเภทของการตรวจที่เหมาะสม

LAB.8.10 มีการทำลายเชื้อโรคกับสิ่งส่งตรวจก่อนทิ้งทำลาย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยาคลินิก

การกำหนดรายการตรวจวิเคราะห์ (LAB.8.2)

- มีการกำหนดรายการตรวจวิเคราะห์ที่ทำได้สอดคล้องกับนโยบายและระดับของโรงพยาบาล
- มีการกำหนดรายการตรวจวิเคราะห์ที่จำเป็นนอกเวลาราชการ
- ควรให้บริการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอกในกรณีที่เกิดความสามารรถของโรงพยาบาล

การบันทึกข้อมูลแบบฟอร์มการขอส่งตรวจ (LAB.8.3)

- ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย
- การวินิจฉัย แพทย์ผู้ตรวจ หรือผู้ป่วย ชนิดของสิ่งส่งตรวจ
- รายการขอตรวจวิเคราะห์
- วัน เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ
- หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

การเก็บสิ่งส่งตรวจ (LAB.8.4)

- ภาชนะเก็บส่งห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง มีฉลากติด
- มีฉลากปิด ระบุชื่อผู้ป่วย, หมายเลข, วันที่เก็บ, ชนิดของสิ่งส่งตรวจ
- สิ่งส่งตรวจติดเชื้อโรคอันตราย ต้องมีฉลากระบุชัดเจน

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

การรายงานผล (LAB.8.8)

- มีใบรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษร มีการลงนามผู้ตรวจวิเคราะห์ และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่รับผิดชอบ
- กรณีแจ้งผลด่วน ควรให้แพทย์ได้รับรายงานผลเป็นลายลักษณ์อักษรโดยเร็วที่สุด เช่น ทางโทรสาร หรือเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ในกรณีที่จำเป็นต้องรายงานทางโทรศัพท์ผู้รับทราบผลต้องเป็นแพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบหมายจากแพทย์

LAB.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาธิวิทยาคลินิก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

LAB.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการพยาธิวิทยาคลินิก โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

LAB.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

LAB.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

LAB.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

LAB.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

LAB.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

LAB.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

LAB.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

LAB.9.3 มีระบบประกันคุณภาพทุกระดับของการปฏิบัติการ

LAB.9.4 มีหลักประกันคุณภาพของห้องปฏิบัติการภายนอกที่โรงพยาบาลส่งตรวจ

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยาคลินิก

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (LAB.9.2.2)

- ปริมาณการส่งตรวจขั้นสุดจากหน่วยงานต่างๆ
- ความสมบูรณ์ถูกต้องของการเก็บส่งตรวจและการเขียนแบบฟอร์มส่งตรวจ
- ระยะเวลาตั้งแต่รับส่งตรวจจนออกรายงานผล (turnaround time)
- รายงานผลการตรวจที่แพทย์แจ้งว่าไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิก
- การตรวจขั้นสุดที่ต้องทำซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
- ผลการทำ internal QC และ external QC

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- จำนวนและต้นทุนของน้ำยาสำเร็จรูปที่จำหน่ายเนื่องจากหมดอายุใช้งาน
- ต้นทุนต่อหน่วยของการตรวจชิ้นสูตรชนิดต่างๆ
- อุบัติการณ์ในห้องปฏิบัติการ

การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการที่สำคัญมาปรับปรุง (LAB.9.2.3)

ควรเริ่มต้นด้วยการพิจารณาสิ่งต่อไปนี้

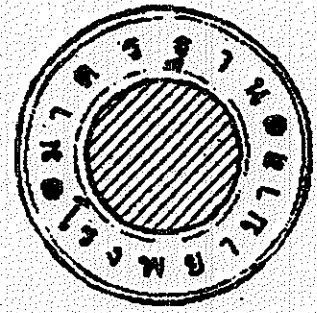
- การตรวจชิ้นสูตรที่มีปริมาณสูง หรือโรคซึ่งต้องอาศัยการทดสอบและพบบ่อย
- การตรวจชิ้นสูตร หรือโรคซึ่งการทดสอบมีความสำคัญต่อการตัดสินใจของแพทย์
- การตรวจชิ้นสูตร หรือโรคซึ่งการทดสอบซึ่งมักจะเกิดปัญหาบ่อยๆ

ระบบประกันคุณภาพ (LAB.9.3)

- มีคู่มือ Code of Practice และมีการปฏิบัติตามขั้นตอนของคู่มือ
- มีการทำ Quality Assurance จากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง
- มี External Quality Control จากองค์กรภายนอก
- มี Internal Quality Control จากผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ และนำผลมาปรับปรุงงาน

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4-8/17



NS

บริษัท
การก่อสร้าง

S

คู่มือการดำเนินงานของโรงพยาบาลในการให้บริการทารกแรกเกิด (NS) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การให้บริการทารกแรกเกิด (NS) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การให้บริการทารกแรกเกิด (NS) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง

บริการทารกแรกเกิด (NS)

บริการทารกแรกเกิดในแต่ละโรงพยาบาลอาจจะมีระดับหรือขอบเขตของการให้บริการที่แตกต่างกัน โดยมีพิสัยตั้งแต่ทารกแรกเกิดปกติ ทารกป่วย ทารกป่วยหนัก และทารกป่วยหนักที่ได้รับการส่งต่อจากที่อื่น ซึ่งโรงพยาบาลควรที่จะกำหนดระดับการให้บริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่

มาตรฐานบริการทารกแรกเกิดนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่อง วัตถุประสงค์การทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการทารกแรกเกิด มี 9 ข้อ ดังนี้

NS.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทารกแรกเกิดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

NS.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการทารกแรกเกิด ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NS.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการทารกแรกเกิดได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NS.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NS.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการทารกแรกเกิด/ภาวะเบี่ยงที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

NS.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการทารกแรกเกิดอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NS.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการทารกแรกเกิด ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NS.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

NS.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการทารกแรกเกิด โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินคุณภาพผลสัมฤทธิ์จาก 3.24

การให้บริการของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ทางจิต ซึ่งโรงพยาบาลควรใช้ตัวชี้วัดไป เพื่อกำหนดจุดประสงค์

บริการทารกแรกเกิด (NS)

NS.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ, ปรัชญา, ขอบเขต, เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัด
บริการทารกแรกเกิดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

NS.1.1 พันธกิจ, ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการทารกแรกเกิด สอดคล้องกับ
พันธกิจของโรงพยาบาล

NS.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

NS.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ, ปรัชญา, เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการ
ทารกแรกเกิดไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

NS.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการทารกแรกเกิด และ
ทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

ขอบเขตของการจัดบริการ (NS.1.1)

ควรกำหนดระดับความสามารถว่าบริการทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลอยู่ในระดับใด

- ระดับที่ 1 ให้บริการเฉพาะทารกแรกเกิดปกติ ซึ่งควรมีเตียงสำหรับสังเกตอาการ 1
เตียงต่อการคลอด 1000 รายต่อปี
- ระดับที่ 2 ให้บริการทารกป่วยทั่วไปและทารกป่วยหนักที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งควรมีเตียง
NICU 1-3 เตียงต่อการคลอด 1000 รายต่อปี
- ระดับที่ 3 ให้บริการทุกระดับ รวมทั้งทารกป่วยหนักและทารกป่วยที่ส่งต่อจากที่อื่น
ซึ่งควรมีเตียง NICU อย่างน้อย 2-4 เตียงต่อการคลอด 1000 รายต่อปี

NS.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการทารกแรกเกิด ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(หน่วยละ 100 คะแนนใน 100 คะแนน)

NS.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการทารกแรกเกิด ชัดเจนและเหมาะสม

NS.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้

NS.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

NS.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

NS.2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบาย ในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

หัวหน้าหน่วยงาน (NS.2.2)

- มีแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิดหรือกุมารแพทย์ที่มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าหน่วยงาน
- มีพยาบาลวิชาชีพอาวุโสที่มีประสบการณ์ ทำหน้าที่บริหารจัดการเป็นหัวหน้าพยาบาลของหน่วย

NS.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

จัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการทารกแรกเกิดได้ตามพันธกิจที่กำหนด
 ให้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NS.3.1 การจัดกำลังคน

NS.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งใน
 ด้านปริมาณและคุณภาพ

NS.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับ
 ปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

NS.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการ
 ปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่าง
 ต่อเนื่อง

NS.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
 หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

การจัดกำลังคน (NS.3.1.1)

กำลังคนด้านแพทย์

- แพทย์ผู้ดูแลทารกควรเป็นแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด หรือกุมารแพทย์ที่มี
 ประสบการณ์
- ในกรณีที่แพทย์ทั่วไปหรืออื่นๆ ต้องมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยทารกแรก
 เกิดอย่างน้อย 3 ปี และต้องมีแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิดหรือกุมารแพทย์เป็นที่
 ปรึกษา
- จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ขึ้นอยู่กับระดับของการให้บริการ คือ
 - ระดับ 1 มีแพทย์ 1 คน
 - ระดับ 2 มีแพทย์ 1 คนต่อเตียง NICU 12 เตียง
 - ระดับ 3 มีแพทย์ 1 คนต่อเตียง NICU 6 เตียง
- มีแพทย์ประจำสามารถให้การดูแลทารกได้ต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง กรณีแพทย์ประจำไม่
 ใช่แพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิดหรือกุมารแพทย์ ต้องมีแพทย์เฉพาะทางทารกแรก
 เกิดหรือกุมารแพทย์เป็นที่ปรึกษา
- มีแพทย์ที่เชี่ยวชาญการทำ resuscitation อยู่ในห้องระหว่างการทำ cesarean
 section หรือการคลอดทารกที่มีความเสี่ยงสูง

กำลังคนด้านพยาบาล

- มีพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมดูแลทารกแรกเกิดหรือมีประสบการณ์การทำงานในหน่วยทารกแรกเกิด 3 ปี อย่างน้อยเเวละ 1 คน
- อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยต่อเเว
 - ทารกแรกเกิดปกติ 1:10-15
 - ทารกแรกเกิดป่วย 1:3-6
 - NICU 1:1-2
- มี resuscitation team ตลอด 24 ชั่วโมง

NS.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม ทั้งการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- NS.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- NS.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ
- NS.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ
- NS.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ
- NS.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

NS.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของหน่วยงาน/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- NS.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน
- NS.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้
- NS.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ
 - NS.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - NS.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
 - NS.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร
 - NS.5.2.5 ด้านความปลอดภัย
 - NS.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- NS.5.3 เจ้าหน้าที่ รับประทาน เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ
- NS.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติงานด้านต่างๆ ที่ควรมี (NS.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- การรับ/จำหน่าย/เคลื่อนย้าย/ส่งต่อ
- การดูแลเด็กที่ไม่มีผู้ปกครองมาด้วย
- การดูแลเด็กที่ถูกทิ้งไว้ในโรงพยาบาล
- การดูแลเด็กที่ถูกผู้ปกครองทิ้งไว้ในที่สาธารณะ
- การติดตามผู้ป่วยมาตรวจหรือรักษาใหม่
- การจัดการเรื่องอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย
- การแจ้งญาติเกี่ยวกับการกลับบ้านหรือการเสียชีวิตของเด็ก
- การขอชันสูตรศพ
- การรายงานโรค
- การออกใบรับรองต่างๆ
- การขอใบยินยอมให้ทำการรักษาพิเศษ
- การดูแลรักษาเครื่องมือสำคัญ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

ด้านกิจกรรมคลินิกและบริการ

- ขั้นตอนการดูแลทารกเมื่อแรกเกิด
- การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- การให้ออกซิเจนประเภทต่างๆและข้อควรระวัง
- การใช้ตู้อบ
- การให้สารละลายทางหลอดเลือด (IV fluid)
- การบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย (intake/output)
- การให้ phototherapy
- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การทำ newborn screening test

ด้านจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

- กรณีเด็กถูกลักพาออกจากโรงพยาบาล
- ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร
- การบันทึกประวัติและผลชันสูตร
- บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- การขอและให้คำปรึกษาแนะนำ
- ด้านความปลอดภัย
- การควบคุมโรคติดต่อเฉพาะในหน่วยทารกแรกเกิด

NS.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

มีสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการทารกแรกเกิดอย่าง สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- NS.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการทารกแรกเกิดมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง บริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- NS.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการ ให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้
- NS.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ
- NS.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น
- NS.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

ที่ตั้งของหน่วยบริการ (NS.6.1)

หน่วยบริการทารกแรกเกิดอยู่ใกล้หรืออยู่ชั้นเดียวกันกับห้องคลอด/ห้องผ่าตัด

พื้นที่ใช้สอยและโครงสร้างภายใน (NS.6.2)

- เกณฑ์ในการคำนวณพื้นที่ใช้สอยคือ
 - 40 ตารางฟุต/คน สำหรับทารกทั่วไป
 - 60 ตารางฟุต/คน สำหรับทารกป่วย
 - 80 ตารางฟุต/คน สำหรับ NICU
- มีห้องแยกสำหรับทารกที่มีการติดเชื้อทุกราย

NS.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการทารกแรกเกิดได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- NS.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
- NS.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- NS.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- NS.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
- NS.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- NS.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

เครื่องมือและอุปกรณ์ (NS.7.2)

ระบบ gas/pipeline และสาธารณูปโภค

- ระบบ gas ช่วยหายใจ มีทั้งระบบ oxygen และอากาศ ซึ่งอาจเป็นระบบ pipeline หรือจากถังซึ่งมีสำรองให้เพียงพอ
- ระบบ suction จาก pipeline หรือจากเครื่อง suction ช้างเตี้ยง จำนวนเพียงพอกับผู้ป่วย
- ระบบไฟฟ้า มีระบบไฟฟ้าสำรองฉุกเฉินปลั๊กไฟมีสายต่อลงดิน NICU มีปลั๊กไฟ 4-6 จุดต่อทารก 1 คน

เครื่องมือที่ต้องมี

ชุดอุปกรณ์สำหรับการทำ resuscitation 1 ชุด ในแต่ละหน่วย ประกอบด้วย

- oxygen
- self-inflating bag
- mask ขนาดต่างๆ ที่เหมาะกับผู้ป่วย
- endotracheal tube
- laryngoscope
- IV set
- สารละลายที่ให้ทางหลอดเลือด, ยาใช้สำหรับกู้ชีพ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

เครื่องมือที่ควรมี

- อุปกรณ์ CPAP
- เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิด
- Oxygen box
- Oxygen analyser
- Pulse oxymeter
- เครื่อง phototherapy
- เครื่องวัดความดันโลหิตแบบ noninvasive
- ชุดใส่ท่อระบายในช่องปอด (chest drain)
- Incubator, transport incubator
- Warmer
- Bilirubinometer
- เครื่องปั่น hematocrit
- ชุดเครื่องมือใส่ umbilical catheter
- ชุด venesection
- ชุดตัดไหม
- Blood gas analyser (ของหน่วยงานเองหรือของโรงพยาบาล หรือสามารถส่งตรวจ
สถานบริการอื่นใกล้เคียงได้)
- Infusion pump
- ชุดทำ exchange transfusion
- Apnea monitor
- Portable X-ray
- Oxygen blender

NS.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการทารกแรกเกิดที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- NS.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- NS.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- NS.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- NS.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- NS.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม
- NS.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- NS.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด
- NS.8.8 มีกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำหรับหน่วยบริการทารกแรกเกิด

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ (NS.8.3)

การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและครอบครัวของผู้ป่วยกับทีมผู้ให้บริการ ได้แก่ กิจกรรมต่อไปนี้

- มารดาและครอบครัวของผู้ป่วยมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ทีมผู้ให้บริการอย่างครบถ้วน
- มารดาและครอบครัวของผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการเลี้ยงดูทารกและการดูแลรักษา

การประเมินและวางแผนการดูแลรักษา (NS.8.4)

การประเมินและวางแผนการดูแลรักษา ได้แก่กิจกรรมต่อไปนี้

- การประเมินผู้ป่วยแรกรับโดยแพทย์หรือพยาบาลเพื่อเตรียมให้การรักษารับต่อไป
- การซักประวัติและผลชันสูตรตั้งแต่ก่อนคลอด ระหว่างคลอด จนถึงประวัติปัจจุบัน
- การตรวจร่างกายเป็นระยะ คือ แรกรับ และก่อนกลับบ้าน รวมทั้งการวัด growth parameter (น้ำหนัก, ความยาว, เส้นรอบศีรษะ และเส้นรอบอก)

การวางแผนการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สมาชิกของทีมงานผู้ให้บริการมีความเข้าใจบทบาทของสมาชิกอื่นๆ ในการดูแลรักษา

กระบวนการให้บริการและดูแลรักษา (NS.8.5)

กระบวนการการให้บริการและดูแลรักษาที่ดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล ควรมีองค์ประกอบต่อไปนี้

- ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาคัดทันที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- มีการให้การดูแลรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบตามความเหมาะสม มีการปฏิบัติตาม standard routine care ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ เช่น
 - การป้องกัน GC conjunctivitis
 - การสังเกตอาการในระยะ transitional stage
 - การป้องกันการสูญเสียความร้อนในห้องคลอดและนอกห้องคลอด
 - การให้วัคซีน BCG และ hepatitis B
- มีการจัดระบบเพื่อให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัย ด้วยการ
 - ให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - ผู้ป่วยทุกรายได้รับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง
 - ผู้ป่วยหนักที่ถูกเคลื่อนย้ายไปยังจุดอื่นจะมีผู้ติดตามซึ่งมีความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขปัญหา/อันตรายที่อาจเกิดขึ้นขณะนำส่ง
- มีการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาโดยบุคคลที่เหมาะสม
- มีการปฏิบัติตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพและข้อพึงปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับของโรงพยาบาลและได้รับการกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการประเมินผลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ เพื่อดูการตอบสนองต่อแผนการรักษาที่วางไว้
- ในผู้ป่วยหนัก มีการประเมินการตั้งเครื่องช่วยหายใจ, vital sign, oxyNS saturation, blood gas, fluid intake/output
- มีการสนับสนุนให้เลี้ยงด้วยนมมารดา

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (NS.8.6)

ควรมีการบันทึกข้อมูลต่อไปนี้

- Growth parameter เมื่อแรกรับและก่อนกลับบ้าน
- การประเมินอายุครรภ์
- การตรวจ/การสั่งการรักษา พร้อมลายเซ็นกำกับของแพทย์
- การให้ยาแก่ทารก พร้อมลายเซ็นกำกับของผู้ให้ยา
- การส่งตรวจวินิจฉัยต่างๆ
- การให้นม/การขับถ่าย
- บันทึกการทำ exchange transfusion (ถ้ามีการกระทำ) รวมทั้ง vital sign ระหว่างการทำ
- บันทึกการตรวจคัดกรอง ROP ในทารกคลอดก่อนกำหนด หากไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลควรระบุว่าส่งไปตรวจที่ใด

องค์

ปฏิบัติ

การดูแล

ของโรค

รักษาที่

ration

ระหว่าง

คำได้ใน

- ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด (neonatal screening-test) ได้แก่ congenital hypoparathyroidism, PKU, G6PD, Thalassemia

กระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด (NS.8.7)

- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge-planning) โดยคำนึงถึงระดับความรู้ของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งควรมีการจัดทำสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่แรกกับ
- การนัดแนะให้มีการตรวจสุขภาพทารกหลังจำหน่ายกลับบ้านเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเจริญเติบโต พัฒนาการ และติดตามอาการเจ็บป่วย/โรคแทรกซ้อนที่อาจมี
- กิจกรรมดูแลรักษาต่อเนื่องหลังจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งทำโดยโรงพยาบาลเองหรือประสานงานกับหน่วยงานอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีเอกสารสรุปผลการรักษาในโรงพยาบาลตลอดจนแผนการรักษาต่อเนื่อง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่หน่วยบริการที่จะรับช่วงดูแลต่อ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (NS.8.8)

- การล้างมือก่อนเข้าหน่วยบริการทารกแรกเกิด การล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังตรวจทารก
- การปฏิบัติตนเช่นเดียวกับในห้องผ่าตัดเมื่อมีการทำ minor surgery หรือ exchange transfusion
- การตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ใหม่ ทุกคนควรมีผล nose, throat, stool culture ปกติ ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่หญิงต้องได้รับการตรวจ Rubella titer หากไม่มีภูมิคุ้มกันต้องให้วัคซีนก่อนเข้าปฏิบัติงาน
- มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ปีละครั้ง โดยทำ nose, throat, stool culture และไม่ให้อาหารเจ้าหน้าที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อดูแลทารก
- มีการจัดห้องแยกสำหรับทารกติดเชื้อของโรคที่ระบาดง่าย เช่น โรคอุจจาระร่วง, หัด, เยอมนัน, เชื้อ staphylococcus เป็นต้น
- มีการรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อคณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- มีการควบคุมการให้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาต้านจุลชีพตัวใหม่ที่เพิ่งนำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล ควรผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อหรือบุคคลที่คณะกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

NS.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการทารกแรกเกิด โดยการทํางานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

NS.9.1 หน่วยบริการหรือหน่วยงานทุกหน่วยมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

NS.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

NS.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

NS.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

NS.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

NS.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

NS.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

NS.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

NS.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

NS.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

NS.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการทารกแรกเกิด

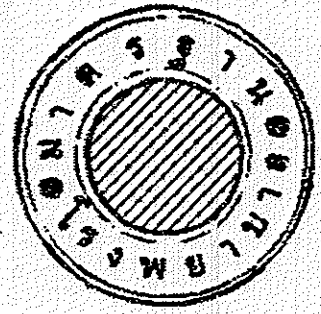
ข้อมูลที่ควรติดตามศึกษา (NS.9.2.2)

- จำนวนครั้งการทำคลอด, การเกิด, อัตราการตาย still births, neonatal deaths

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

4.9/17



NU บริหารเอกสาร และคอมพิวเตอร์ TU

บริการอาหารและโภชนาการ (NUT)

บริการอาหารและโภชนาการมีบทบาทในการให้บริการทั้งสำหรับผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยที่ต้องบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางโภชนาการร่วมกับการบำบัดรักษาอื่นๆ คุณภาพที่ต้องการคือ ความสะอาด ปลอดภัย และคุณค่าทางโภชนาการ

มาตรฐานบริการอาหารและโภชนาการนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการอาหารและโภชนาการ มี 9 ข้อ ดังนี้

NUT.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการอาหารและโภชนาการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

NUT.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการอาหารและโภชนาการ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการอาหารและโภชนาการได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการอาหารและโภชนาการ/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

NUT.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอาหารและโภชนาการอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการอาหารและโภชนาการ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอาหารและโภชนาการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

NUT.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการอาหารและโภชนาการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

NUT.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการอาหารและโภชนาการ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการอาหารและโภชนาการ ชัดเจนและเหมาะสม

NUT.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้

NUT.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

NUT.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

NUT.2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบาย ในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอาหารและโภชนาการ

หัวหน้าหน่วยงาน (NUT.2.2)

หัวหน้าหน่วยงานเป็นนักโภชนาการที่มีการศึกษาด้านโภชนาการและโภชนบำบัดในระดับปริญญา และผ่านการฝึกงานในโรงพยาบาลมาแล้ว

NUT.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการอาหารและโภชนาการ ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.3.1 การจัดกำลังคน

NUT.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

NUT.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

NUT.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

NUT.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

NUT.3.4 มีการตรวจสอบสภาพเจ้าหน้าที่ทุกระดับก่อนรับเข้าทำงาน และตรวจสอบสภาพเป็นประจำทุกปี

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอาหารและโภชนาการ

การจัดกำลังคน (NUT.3.1)

- มีนักโภชนาการที่ผ่านการฝึกงานในโรงพยาบาลมาแล้ว
- มีนักโภชนาการที่เหมาะสมกับปริมาณงาน
- มีคนงานที่มีความรู้ สามารถอ่านออก เขียนได้ ร่วมในการปฏิบัติงาน
- การคัดเลือกคนเข้าทำงาน นอกจากความรู้ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการบริการอาหารแล้ว ควรพิจารณาจิตสำนึก ความรับผิดชอบ การมีใจรักในด้านการบริการ/ผลิตอาหาร มีพื้นฐานในเรื่องความสะอาด และมีสุขวิทยาส่วนบุคคลดี

NUT.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

NUT.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

NUT.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

NUT.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

NUT.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอาหารและโภชนาการ

เนื้อหาในการฝึกอบรม (NUT.4.1)

ควรพิจารณาประเด็นสำคัญที่จะมีผลต่อความสะอาดและความปลอดภัยของอาหาร คือ สุขวิทยาส่วนบุคคล และพฤติกรรมการทำงานที่ถูกสุขลักษณะ

NUT.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการอาหารและโภชนาการ/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

NUT.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

NUT.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

NUT.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

NUT.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

NUT.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

NUT.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

NUT.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

NUT.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

NUT.5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบต่อ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

NUT.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอาหารและโภชนาการ

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติงานด้านต่างๆ ที่ควรมี (NUT.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ เช่น

- แนวทางการจัดทำเมนูอาหารและการประเมินผล
- นโยบายเกี่ยวกับสุขอนามัยและการแต่งกายของผู้ประกอบอาหาร ผู้บริการอาหาร

ด้านบริการอาหารและโภชนาการ เช่น

- การขอคำปรึกษาด้านโภชนาการ
- การบริการอาหาร
- การรับคำสั่งเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ
- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ
- การทำความสะอาดบริเวณผลิตและปรุงอาหาร
- การจัดตั้งคลินิกอาหารและโภชนาการ

ด้านจริยธรรม กฎหมาย และสังคม เช่น

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานในสาขาอื่น และผู้จำหน่ายวัตถุดิบ

ด้านความปลอดภัย เช่น

- มาตรการด้านสุขาภิบาลอาหาร
- การกำจัดของเสีย
- การใช้และบำรุง
- รักษาเครื่องมือ
- การป้องกันการปนเปื้อนจากสารเคมี

NUT.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอาหารและโภชนาการ
อย่าง สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง
บริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

NUT.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการ
ให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

NUT.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสง
สว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

NUT.6.4 สถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา
และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

NUT.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอาหารและโภชนาการ

สถานที่ตั้ง (NUT.6.1)

- สถานที่ตั้งหน่วยบริการอาหารและโภชนาการเหมาะสม สะดวกต่อการรับ-ส่งอาหาร
- ไม่อยู่ใกล้แหล่งที่จะทำให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารเกินกว่า 100 เมตร เช่น ทัศนียภาพ
น้ำเสีย ที่พักเก็บขยะ โรงซักฟอก

โครงสร้างภายใน (NUT.6.2)

- มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการเตรียม
ผลิต ประกอบอาหาร และการล้างอาหาร ภาชนะ อุปกรณ์ต่างๆ
- มีการออกแบบโดยคำนึงถึงลักษณะการไหลเวียนของอาหาร ภาชนะ และของเสีย
เพื่อลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน

ลักษณะสภาพทั่วไปภายใน (NUT.6.3)

- ควรเป็นไปตามมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงครัวของโรงพยาบาล
- พื้นที่ทำอาหาร สะอาด มีระบบระบายน้ำที่ดี ไม่ท่วมขัง

NUT.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการอาหารและโภชนาการ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUT.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

NUT.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

NUT.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

NUT.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

NUT.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

NUT.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอาหารและโภชนาการ

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ (NUT.7.2)

- เตาสำหรับประกอบอาหาร มีขนาดและจำนวนเพียงพอ
- Hood ดูดอากาศ ควัน และกลิ่น ที่มีประสิทธิภาพ
- อุปกรณ์ในการเตรียมและประกอบอาหารเพียงพอ เช่น หม้อ กระทะ เครื่องบดต่างๆ เครื่องปั่นผลม (Blender) เครื่องชั่ง เป็นต้น
- มีเครื่องทุ่นแรงตามความเหมาะสม เช่น หม้อลวกหุงข้าว เครื่องล้างจาน เครื่องทำน้ำแข็ง-ตู้แช่ ตู้เย็น อุปกรณ์และเครื่องทุ่นแรงในการบริการอาหาร เป็นต้น

ถ้าเป็นไปได้ควรพิจารณาจัดหาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการปฏิบัติงานมาทดแทนเครื่องมือที่ด้อยประสิทธิภาพและล้าสมัย

NUT.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอาหารและโภชนาการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

NUT.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

NUT.8.2 การผลิตอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ โภชนบำบัด และสุขาภิบาลอาหาร

NUT.8.2.1 มีวิธีการเลือกซื้ออาหารสดและวัตถุดิบที่ดี

NUT.8.2.2 มีวิธีการจัดเตรียมและประกอบอาหารที่สะอาด ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล

NUT.8.2.3 มีเจ้าหน้าที่ควบคุมการปฏิบัติงานของคณงานอย่างเหมาะสม

NUT.8.2.4 มีการดัดแปลงอาหารเฉพาะโรค และประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเหมาะสม โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้

NUT.8.2.5 มีสถานที่ อุปกรณ์ และระบบการเก็บอาหารสด อาหารแห้ง และอาหารสำเร็จรูปอย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร

NUT.8.2.6 มีการล้าง ทำความสะอาด เก็บรักษาภาชนะ และอุปกรณ์ในการจัดเตรียม/ประกอบอาหารอย่างถูกต้อง

NUT.8.2.7 มีระบบการเก็บและทำลายขยะ/เศษอาหาร ที่สะดวก ปลอดภัย สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้

NUT.8.3 การบริการอาหาร

NUT.8.3.1 มีการกำหนดวิธีการบริการอาหารของผู้ป่วยสามัญและผู้ป่วยพิเศษ พร้อมงบประมาณ

NUT.8.3.2 มีการกำหนดประเภทของบุคคลที่ได้รับบริการอาหารนอกเหนือจากผู้ป่วย

NUT.8.3.3 มีการกำหนดระบบการสั่งอาหารของผู้ป่วย และเวลาในการให้บริการแต่ละครั้งที่แน่นอน

NUT.8.3.4 มีการจัดบริการอาหารเฉพาะโรคให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

NUT.8.3.5 มีระบบป้องกันการติดเชื้อของภาชนะที่ใช้ในการบริการและสุขภาพของผู้ให้บริการ

NUT.8.3.6 มีการเยี่ยมผู้ป่วยและประเมินผลการให้บริการอาหาร

NUT.8.3.7 มีระบบการเก็บ ล้างภาชนะ และอุปกรณ์ในการบริการอาหารที่ถูกต้อง

NUT.8.3.8 มีการกำจัดของเสีย และเศษอาหารของผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

NUT.8.4 การเผยแพร่ความรู้ด้านวิชาการอาหาร โภชนาการ และโภชนบำบัด

NUT.8.4.1 มีการเยี่ยมและแนะนำอาหารให้แก่ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาล

NUT.8.4.2 มีการสอนและแนะนำอาหารให้แก่ผู้ป่วยนอกตามความเหมาะสม

NUT.8.4.3 มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่ความรู้ประกอบการสอน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการอาหารและโภชนาการ

การเลือกซื้ออาหารสดและวัตถุดิบ (NUT.8.2.1)

- ควรมีการดำเนินการซื้ออาหารและวัตถุดิบที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อให้ได้ของที่มีคุณภาพ
- ควรมีการสำรวจตลาดและกำหนดคุณลักษณะของอาหาร (specification) แต่ละชนิด เพื่อเป็นแนวทางในการตรวจรับอาหารนั้น
- อาหารกระป๋องและอาหารแห้งบางชนิด ให้เลือกใช้ของที่มีการรับรองจาก อย.หรือมาตรฐานสินค้าอุตสาหกรรม

ระบบป้องกันการติดเชื้อของภาชนะ (NUT.8.3.5)

- ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ควรมีการแยกภาชนะและทำการฆ่าเชื้อที่ห่อผู้ป่วยก่อนส่งคืนฝ่ายโภชนาการ หรือเลือกภาชนะที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ
- การยกถาดอาหารเพื่อบริการในห้องพักให้แก่ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ควรจัดทำโดยเจ้าหน้าที่ห่อผู้ป่วยที่มีความเข้าใจและสามารถป้องกันการติดต่อได้ดี
- ควรมีการประสานงานในการกำหนดมาตรการร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ระบบการเก็บ ล้างภาชนะ (NUT.8.3.7)

- ควรมีการดำเนินการล้างภาชนะและอุปกรณ์ให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ในกรณีที่ไม่ม่มีเครื่องล้างจาน สามารถดัดแปลงใช้อ่างล้างแบบ 3 ตอนได้
- ควรมีการใช้น้ำยาในการล้างภาชนะและอุปกรณ์ รวมถึงน้ำยาฆ่าเชื้อและการใช้ความร้อนที่ถูกต้องเหมาะสม

NUT.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการอาหารและโภชนาการ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

NUT.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการอาหารและโภชนาการ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

NUT.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

NUT.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

NUT.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

NUT.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

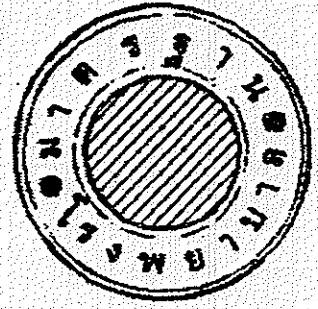
NUT.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

NUT.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

NUT.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.10/17



บริษัท
สุทินรรณ
SIB

บริการสูติกรรม (OBS)

การตั้งครรภ์เป็นกระบวนการทางร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาอยู่ตลอดเวลา การดูแลหญิงตั้งครรภ์จึงต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละคนให้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลง เริ่มตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด ควรวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์ให้ได้เร็วที่สุดเพื่อวางแผนปรับเปลี่ยนหรือยุติกรรมให้เหมาะสม ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ แก้ปัญหาและวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

มาตรฐานสูติกรรมนี้เป็นมาตรฐานที่แสดงหลักการสำคัญของการจัดบริการสูติกรรม ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยเนื้อหาจาก "แนวทางการให้บริการทางสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา" ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 เป็นหลัก

มาตรฐานบริการสูติกรรมมี 9 ข้อ ดังนี้

OBS.1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสูติกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

OBS.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการสูติกรรม ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้รับบริการสูติกรรมได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

OBS.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องพันธกิจในการให้บริการสูติกรรม/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

OBS.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสูติกรรมอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการสูติกรรม ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสูติกรรมที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

OBS.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการสูติกรรม โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

OBS.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการรัฐธรรมได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.3.1 การจัดกำลังคน

OBS.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งใน
ด้านปริมาณและคุณภาพ

OBS.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบ
กับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

OBS.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการ
ปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่อง

OBS.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

OBS.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

OBS.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

OBS.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

OBS.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

OBS.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้รับบริการ

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสูติกรรม

การประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาหลักสูตร (OBS.4.1)

- ผู้อยู่ในทีมการดูแลรักษาทุกคนควรมีความรู้พื้นฐานในการช่วยชีวิตมารดาและทารกแรกเกิดในภาวะฉุกเฉินได้

OBS.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจในการให้บริการสูติกรรม/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

OBS.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

OBS.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้รับบริการ และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

OBS.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

OBS.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

OBS.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

OBS.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

OBS.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

OBS.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

OBS.5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบต่อ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

OBS.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสูติกรรม

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านต่างๆที่ควรมี (OBS.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- การทำหัตถการอื่น ๆ นอกจากการคลอดในห้องคลอด
- การรับผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อ
- ขอบเขตความรับผิดชอบในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน การดูแลทารกแรกเกิด

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- การดูแลหญิงมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง หรือการส่งต่อ
- การดูแลหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน
- การติดตามประเมินผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก
- ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกที่ควรให้ความสนใจและต้องการการช่วยชีวิตฉุกเฉิน

ด้านความปลอดภัย

- การเก็บเข็ม กระบอกฉีด กระจกสไลด์ มีดผ่าตัด และสารคัดหลั่งที่แปดเหมือนเชื้อโรค

OBS.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสูติกรรมอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการสูติกรรมมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OBS.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

OBS.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

OBS.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

OBS.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสูติกรรม

พื้นที่ใช้สอยและการจัดโครงสร้างภายใน (OBS.6.2)

- ห้องคลอดควรอยู่ใกล้ห้องรอคลอดเพื่อความสะดวก โดยอยู่ถัดจากห้องรอคลอดเข้าไปทางด้านใน
- จำนวนเตียงคลอดขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยคลอดต่อวัน แต่ควรมีห้องคลอดอย่างน้อย 2 ห้อง
- ห้องคลอดควรออกแบบให้คล้ายกับห้องผ่าตัด จัดเตรียมอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและเครื่องมือให้พร้อมสำหรับการคลอดบุตรทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
- สถานพยาบาลขนาดใหญ่ควรมีห้องพักฟื้นโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยทั่วไปเตียงพักฟื้นควรมีประมาณครึ่งหนึ่งของเตียงคลอด

OBS.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการสูติกรรม ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OBS.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

OBS.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

OBS.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

OBS.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

OBS.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

OBS.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสูติกรรม

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่ควรมี (OBS.7.2)

ในห้องตรวจครรภ์

- เครื่องมือตัดชิ้นเนื้อ
- กล้องจุลทรรศน์
- เครื่องวัดความดันโลหิต
- หูฟัง
- เครื่องฟังหัวใจเด็กแบบอิลคทรอนิกส์ (doppler)
- สายวัด
- ค้อนเคาะความไวของเอ็นกล้ามเนื้อ (reflex hammer)
- กล้องส่องตรวจภายในลูกตา (ophthalmoscope)
- วัสดุและอุปกรณ์เพื่อเก็บตัวอย่างสำหรับการตรวจสดด้วยกล้องจุลทรรศน์ การย้อมสี ตรวจหาแบคทีเรีย การเพาะเชื้อแบคทีเรีย และการตรวจทางเซลล์วิทยา

ในห้องคลอด

- เตียงคลอดที่สามารถปรับท่าคลอดผู้ป่วยได้
- อุปกรณ์อิลคทรอนิกส์สำหรับตรวจวัดมารดาและทารก
- เครื่องวัดความดันโลหิตและหูฟัง
- อุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
- เครื่องดูดสุญญากาศและท่อออกซิเจน
- อุปกรณ์ช่วยชีวิต
- เครื่องมือผ่าตัดทางสูติศาสตร์

- อุปกรณ์ให้ยาระงับความรู้สึกหรือดมยาสลบ
- อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นและช่วยหายใจแรกเกิด

OBS.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสูติกรรมที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

- OBS.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- OBS.8.2 ผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- OBS.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้รับบริการและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- OBS.8.4 ผู้รับบริการแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ
- OBS.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้รับบริการเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะที่ได้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม
- OBS.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ ปัญหาของผู้รับบริการ แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- OBS.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสูติกรรม

การทำงานร่วมกันเป็นทีม (OBS.8.1) เช่น

- ทีมการดูแลรักษาทางสูติกรรม ประกอบด้วย สูติ-นรีแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ พยาบาลเวชปฏิบัติ และบุคลากรเสริม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ
- การประชุมหารือในทีมการดูแลรักษาเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน จัดเตรียมแนวปฏิบัติร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ
- สูติแพทย์แจ้งข้อมูลปัจจัยเสี่ยงในมารดาให้กับกุมารแพทย์ทราบเพื่อประโยชน์ของการดูแลทารกแรกเกิด
- วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะผู้ป่วยโดยละเอียดก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้รับบริการกับทีมผู้ให้บริการ (OBS.8.3)

ข้อมูลที่ได้รับบริการควรได้รับระหว่างการฝากครรภ์

- ความถี่ห่างของการมารับบริการ
- ความจำเป็นในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- การคาดคะเนวันคลอดบุตร
- อาการหรือความผิดปกติต่างๆที่ควรรีบมาพบแพทย์

- ความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การทำงาน การมีเพศสัมพันธ์ ความจำเป็นที่ต้องงดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดใช้ยาบางตัว การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา (อาจให้ความรู้เป็นการเฉพาะตัวหรือจัดเป็นกลุ่มศึกษา)
- การปรับเปลี่ยนการทำงานในกรณีที่มีอันตรายจากภาวะแวดล้อม
- วิธีการคลอดต่างๆ
- กลไกการกระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ กลไกการคลอด และการดูแลหลังคลอด
- ค่าใช้จ่ายของการคลอดบุตร ทั้งทางตรงและทางอ้อม
- ความเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้ป่วยตั้งแต่การตรวจครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน

การประเมินผู้ป่วย (OBS.8.4)

การประเมินระหว่างฝากครรภ์

เป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงเพื่อจะได้ทราบว่าต้องให้การดูแลขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดเป็นพิเศษหรือไม่ อย่างไร โดยอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ปัจจัยเสี่ยงในหญิงมีครรภ์ได้แก่

- การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือการผ่าตัดที่มดลูกมาก่อน
- ข้อขัดขวางการแพทย์สำหรับการทำให้การตั้งครรภ์ครั้งก่อนสิ้นสุดลง
- ประวัติการคลอดก่อนกำหนด การคลอดยาก คลอดนาน
- การแท้งสองครั้งหรือมากกว่า ไม่ว่าโดยธรรมชาติหรือทำแท้ง
- คลอดบุตรตัวเล็กกว่าอายุครรภ์หรือใหญ่กว่าอายุครรภ์
- การคลอดบุตรแฝด
- ความผิดปกติทางพันธุกรรมในครอบครัว
- การเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด หรือการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ก่อนๆ
- โรคประจำตัวของหญิงมีครรภ์ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ โรคทางปฏิกิริยาการเผาผลาญ โรคของต่อมไร้ท่อ โรคปอดเรื้อรัง ภาวะทุพโภชนาการ ความผิดปกติของระบบประสาท โรคจิต ความผิดปกติแต่กำเนิด โรคทางเพศสัมพันธ์
- การใช้ยาบางอย่าง-เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่
- อายุน้อยกว่า 15 ปีหรือมากกว่า 35 ปี
- ภาวะการมีบุตรยากมาก่อน
- สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

หญิงมีครรภ์ควรได้รับการตรวจอย่างสม่ำเสมอตามลักษณะปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เช่น ในการตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควรมาตรวจทุก 4 สัปดาห์สำหรับการตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นทุก 2-3 สัปดาห์จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ และหลังจากนั้นทุก 1 สัปดาห์

การวางแผนดูแลเป็นกรณีพิเศษ

- ผู้มีปัจจัยเสี่ยง

- ผู้ที่มีปัญหาทางสังคมจิตวิทยา
- การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น

การประเมินเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

เป็นการประเมินว่าอยู่ในระยะใดของการคลอดเพื่อวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมได้แก่

- ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บครรภ์ คุณภาพและความบ่อยของการหดตัวของมดลูก
- การขยายตัวของคอมดลูกและความบางของคอมดลูก
- ตำแหน่งของทารกที่สัมพันธ์กับอุ้งเชิงกราน (position)

การประเมินหลังคลอด

ควรทำในช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อประเมินสภาวะของผู้ป่วย ทบทวนการวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกัน แก่ปัญหาเฉพาะ และประเมินความพร้อมของร่างกายและจิตใจในการกลับไปทำงานตามปกติ

กระบวนการให้บริการ (OBS.8.5)

การรับผู้ป่วยเจ็บครรภ์คลอด

- มารดาที่เจ็บครรภ์ ผู้ที่มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ และผู้ที่มีภาวะเลือดออก ควรรับไว้ในห้องคลอด และจัดเตรียมสถานที่เพื่อการตรวจภายในไว้ใกล้ห้องคลอดด้วย
- มารดาที่เจ็บครรภ์และที่มีความเสี่ยงสูงควรให้อยู่ในห้องคลอดตั้งแต่ช่วง latent phase

การดูแลในช่วง active phase ของระยะที่หนึ่งของการคลอด

- มารดาที่อยู่ใน active phase ควรรับไว้ในห้องคลอด มีทีมเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยและติดตามความคืบหน้าของการคลอด
- เมื่อมีปัจจัยเสี่ยงเกิดขึ้นระหว่างการคลอด ควรติดตามประเมินอัตราการเต้นหัวใจทารก อย่างน้อย ทุก 30 นาที
- ต้องฟังหัวใจทารกทันทีที่ถุงน้ำคร่ำแตก

การดูแลในระยะที่สองของการคลอด

- ควรฟังหัวใจทารกทุก 5 นาทีในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง และทุก 15 นาทีในกรณีทั่วไป
- การให้ยากระตุ้นหรือกระตุ้นตามหลังการเจ็บครรภ์ ควรกระทำต่อเมื่อประเมินประโยชน์ต่อมารดาหรือทารก และบันทึกข้อบ่งชี้ไว้ในเวชระเบียน
- ควรมีพยาบาลหนึ่งคนเฝ้าดูมารดาตลอดเวลา วัด vital sign อย่างน้อยทุก 15 นาที และติดตามอัตราการเต้นหัวใจทารก

การผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องแบบฉุกเฉิน

- ควรเตรียมพร้อมที่จะดำเนินการได้ภายใน 30 นาทีหลังจากตัดสินใจใจทำผ่าตัด

การดูแลทารกแรกเกิดขั้นต้น

- ผู้ทำคลอดเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลทารกแรกเกิดขั้นต้นจนกว่าจะมีผู้รับผิดชอบโดยตรงมารับหน้าที่
- มีการเตรียมการช่วยเหลือชีวิตฉุกเฉินสำหรับทารกแรกเกิดอย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลหลังคลอด

- ควรเฝ้าดูผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในห้องพักฟื้น วัด vital sign อย่างน้อยทุก 15 นาทีในช่วงชั่วโมงแรกหลังคลอด ตรวจสอบการหดตัวของมดลูก เฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติ บันทึกสารน้ำรับเข้าและขับออก
- ผู้ป่วยที่คลอดนอกโรงพยาบาล ควรรับเข้าไปในห้องคลอดเพื่อสังเกตอาการก่อนย้ายไปยังหอผู้ป่วยหลังคลอด
- มารดาและทารกควรอยู่ในโรงพยาบาลนานพอที่จะระบุภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลภาวะต่างๆซึ่งยังไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ เพื่อเตรียมมารดาให้พร้อมสำหรับการเลี้ยงดูทารกแรกเกิด
- มารดาหลังคลอดที่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดเยอรมัน ควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ อาจให้พักในห้องแยกหรือกั้นบริเวณไว้เป็นพิเศษ หากเป็นโรคที่อาจติดต่อและเป็นอันตรายต่อทารกแรกเกิด ควรพิจารณาแยกมารดาและทารกแรกเกิดจนแน่ใจว่าปลอดภัย

การบันทึกข้อมูลผู้รับบริการ (OBS.8.6)

บันทึกขณะตั้งครรภ์

- ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเสี่ยง
- ควรบันทึก อายุครรภ์ น้ำหนัก ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจทารก ระดับยอดมดลูก ระดับน้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ ภาวะสุขภาพ แผนการดูแลรักษา ทุกครั้งที่มาตรวจครรภ์

บันทึกขณะรอคลอด

- vital sign ของมารดาและทารก
- ความคืบหน้าของการคลอด การเขียนเส้นกราฟระหว่างการเปิดขยายตัวของคอมดลูกและระดับส่วนนำจะทำให้ทราบได้ว่าเกิดภาวะผิดปกติของการดำเนินการคลอดเมื่อไร
- บันทึกการดำเนินการคลอดโดยแพทย์และพยาบาล

บันทึกหลังคลอด

- เช่นเดียวกับผู้ป่วยในอื่นๆ

บันทึกทารกแรกคลอด

- การตรวจร่างกายทารก
- คะแนน Apgar ที่ 1 นาที และ 5 นาที
- ขั้นตอนการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (ถ้ามี) และการตอบสนองของทารก

การจัดระบบเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีและความต่อเนื่องในการดูแล

- มีบันทึกข้อมูลทางการแพทย์อีกชุดหนึ่งเก็บไว้ที่ห้องคลอดเมื่อผู้รับบริการมีอายุครรภ์ได้ 36 สัปดาห์

- มีระบบค้นหาบันทึกเมื่อผู้ป่วยมาตลอดก่อนกำหนด

• สรุปผลการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการติดตามดูแลในระยะหลังการคลอด

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่อาจมีอาการกำเริบหรือมีอาการแทรกซ้อนได้ การติดตามดูแลในระยะหลังการคลอดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบหรือมีอาการแทรกซ้อนได้

การติดตามดูแลในระยะหลังการคลอดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามกำหนด การส่งข้อความหรือโทรสอบถามผู้ป่วย การส่งเอกสารหรือคู่มือการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย เป็นต้น การติดตามดูแลในระยะหลังการคลอดควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และควรให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การติดตามดูแลในระยะหลังการคลอดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และลดความเสี่ยงในการเกิดอาการกำเริบหรือมีอาการแทรกซ้อนได้ การติดตามดูแลในระยะหลังการคลอดสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามกำหนด การส่งข้อความหรือโทรสอบถามผู้ป่วย การส่งเอกสารหรือคู่มือการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วย เป็นต้น การติดตามดูแลในระยะหลังการคลอดควรคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และควรให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเอง

OBS.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการสูติกรรม โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

OBS.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการสูติกรรม โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

OBS.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

OBS.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้รับบริการและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OBS.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

OBS.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง

OBS.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

OBS.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

OBS.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

OBS.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

OBS.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้รับบริการ (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

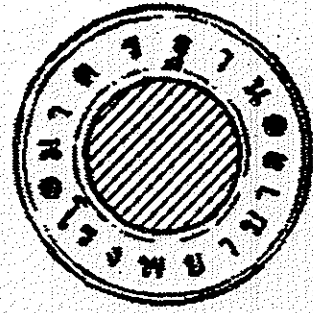
OBS.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสูติกรรม

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (มาตรฐานOBS.9.2.2)

- อัตราตาย อัตราการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกแรกเกิด
- อัตราการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้อง

4.11/17



บริการ
ผู้เยี่ยมชม
DDP

บริการผู้ป่วยนอก (OPD)

บริการผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาลซึ่งต้องรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก แม้ว่ามาตรฐานนี้จะมุ่งที่การพัฒนากระบวนการบริการผู้ป่วยนอก แต่ก็พึงตระหนักว่าระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์คือการให้บริการด้านแรกหรือ primary medical care ที่อยู่นอกโรงพยาบาล ดังนั้นการจัดบริการผู้ป่วยนอกที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพคือการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการด้านแรกที่อยู่นอกโรงพยาบาล และอยู่ใกล้ตัวผู้ป่วย

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอกนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก มี 9 ข้อ ดังนี้

OPD.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

OPD.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเชื่ออำนาจต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

OPD.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

OPD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

OPD.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ประสิทธิภาพ ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอก เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

OPD.1.1 พันธกิจ ประสิทธิภาพ และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

OPD.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

OPD.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ประสิทธิภาพ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OPD.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยนอก และทราบบทบาทของตนเอง

OPD.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการผู้ป่วยนอก ชัดเจนและเหมาะสม

OPD.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้

OPD.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

OPD.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

OPD.2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบาย ในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

หัวหน้าหน่วยงาน (OPD.2.2)

- หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์ เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี
- หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกด้านการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการ หรือหลักสูตรลูกค้าสัมพันธ์และการบริการ และมีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี

OPD.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.3.1 การจัดกำลังคน

OPD.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งใน
ด้านปริมาณและคุณภาพ

OPD.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบ
กับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

OPD.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการ
ปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่อง

OPD.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

การจัดกำลังคน (OPD.3.1.1)

- มีแพทย์เพียงพอที่จะตรวจผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพในเวลาที่มียาผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีเวลาให้กับผู้ป่วยไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 นาที
- การจัดบริการผู้ป่วยนอกที่มีความซับซ้อนอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- มีพยาบาลวิชาชีพกำกับดูแลการให้บริการในจุดที่มีความสำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง การฉีดยาทำแผล การให้คำปรึกษา

OPD.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

OPD.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

OPD.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

OPD.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

OPD.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

OPD.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

OPD.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

OPD.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

OPD.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

OPD.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

OPD.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

OPD.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

OPD.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

OPD.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

OPD.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

OPD.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ควรมี (OPD.5.2)

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- การคัดกรองผู้ป่วย
- การนัดและติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง
- การรับ จำหน่าย เคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วย
- การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- การให้ออกซิเจน
- การดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจอารมณ์
- การดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
- การดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด

ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยคดี/ยาเสพติด
- การปฏิบัติต่อผู้ที่ถูกข่มขืนหรือสงสัยว่าจะถูกข่มขืน
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิคุ้มครองต่างๆ

OPD.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง บริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OPD.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการ ให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

OPD.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

OPD.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

OPD.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

สถานที่ตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD.6.1)

- อยู่ด้านหน้าโรงพยาบาล
- สามารถส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องได้โดยสะดวก เช่น ห้องฉีดยา/ทำแผล, ห้องยา, ห้องปฏิบัติการ, หน่วยรังสีวิทยา, หน่วยให้คำปรึกษา
- มีเปลและรถเข็นพร้อมให้บริการรับส่งผู้ป่วย
- มีป้าย หรือเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ อำนวยความสะดวกในการใช้บริการ เช่น
 - ชื่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก
 - ประเภทบริการ
 - ชื่อห้องตรวจ
 - ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ
 - ทิศทางไปยังหน่วยบริการต่างๆ
 - ทิศทางการหนีไฟหรือทางออกฉุกเฉิน

การจัดแบ่งโครงสร้างภายใน (OPD.6.2)

มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับ

- ประชาสัมพันธ์/ต้อนรับ และห้องบัตร
- ห้องตรวจโรคต่างๆซึ่งมีจำนวนเพียงพอสำหรับช่วงเวลาที่มียุผู้ป่วยมากที่สุด
- ที่พักรอตรวจ
- บริเวณคัดกรองผู้ป่วย
- บริเวณปฐมพยาบาล

(โปรดดูคำขยายความเพิ่มเติมในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

บริการผู้ป่วยนอก (OPD)

- หน่วยให้คำปรึกษา/แนะนำด้านสุขภาพ
- ห้องจิตยา/ทำแผล
- ห้องสุชาสำหรับผู้ให้บริการทั่วไปและผู้พิการ

ตรวจ

เข้าถึง

บริการ

แสง

บ

ยตา

วข้อง

ทยา,

ใน

OPD.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPD.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

OPD.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

OPD.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

OPD.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

OPD.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

OPD.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงาน (OPD.7.2)

- ชุดหัดการซึ่งผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ ที่จำเป็นสำหรับห้องปฐมพยาบาล ห้องทำแผล เช่น ชุดทำแผล ชุดเย็บแผล
- อุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เช่น รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน
- เปล/รถเข็นนั่ง
- เครื่องมือเพื่อการตรวจวินิจฉัยในคลินิกเฉพาะทาง

OPD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- OPD.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- OPD.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- OPD.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- OPD.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- OPD.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม
- OPD.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- OPD.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน (OPD.8.6)

โปรดดูรายละเอียดมาตรฐาน IM.4.1

OPD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

OPD.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

OPD.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

OPD.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OPD.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

OPD.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

OPD.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ดัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

OPD.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

OPD.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

OPD.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

OPD.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

OPD.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

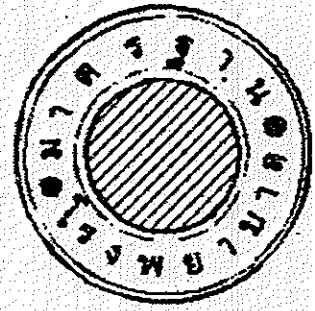
ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (OPD.9.2.2)

- ระยะเวลารอคอยการรับบริการในแต่ละจุด และระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมด
- การมาตรวจตามกำหนดนัด
- การส่งต่อ
- การตรวจวินิจฉัย (investigation) ที่ผู้ป่วยได้รับ
- ความพึงพอใจของผู้ป่วย
- อัตราการร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.12/17



บริการ
ผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

ORP

บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด (OPR)

บริการผ่าตัดเป็นบริการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน หรืออาจให้บริการได้ไม่ทัน
ท่วงทีหากไม่ได้มีการเตรียมการอย่างเหมาะสม

เนื่องจากมาตรฐานโรงพยาบาลชุดนี้มีลักษณะผสมผสานระหว่างการประเมินตามหน่วยงาน
และการประเมินโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จึงได้ใช้คำว่ามาตรฐานบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดควบ
คู่กันไป โดยหากจะพิจารณาแยกความหมายของแต่ละคำแล้ว มาตรฐานบริการผ่าตัดหมายถึง
การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และมาตรฐานบริการห้องผ่าตัดหมายถึงการจัด
ระบบการทำงานของห้องผ่าตัด ในการประเมินการให้บริการระดับกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วย
ศัลยกรรม โรงพยาบาลควรจะนำมาตรฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาไปพร้อมๆกัน เช่น
มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน มาตรฐานระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

มาตรฐานบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมใน
เรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่
เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรม
พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด มี 9 ข้อ ดังนี้

OPR.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผ่า
ตัด/ห้องผ่าตัดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

OPR.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด ตามพันธ
กิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติ
หน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่
ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผ่าตัด/ภาวะเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้า
หน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

OPR.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผ่าตัดอย่างสะดวก ปลอดภัย มี
คุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผ่าตัด ได้
อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และ
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

OPR.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด โดยการทำ
งานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

OPR.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ วัตถุประสงค์ ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

OPR.1.1 พันธกิจ วัตถุประสงค์ และขอบเขตของการจัดบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

OPR.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

OPR.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OPR.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

ตัวอย่างพันธกิจของบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

เพื่อให้บริการผ่าตัดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติ และภาวะฉุกเฉิน

OPR.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อการให้บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด ชัดเจนและเหมาะสม

OPR.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้

OPR.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

OPR.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

OPR.2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบาย ในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

โครงสร้างองค์กร (OPR.2.1)

ประกอบด้วย

- โครงสร้างบริหารปกติของห้องผ่าตัด
- โรงพยาบาลอาจตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล ศัลยแพทย์ พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด ผู้แทนจากหน่วยงานและคณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ให้ข้อเสนอแนะ ประสานงาน และตัดสินใจในประเด็นที่มีความสำคัญ

OPR.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.3.1 การจัดกำลังคน

OPR.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

OPR.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

OPR.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

OPR.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

การจัดกำลังคน (OPR.3.1.1)

สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป ควรมีการจัดกำลังคนดังนี้

1. ศัลยแพทย์

- มีศัลยแพทย์ที่มีวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยปฏิบัติงานเต็มเวลาอย่างน้อย 1 คน
- มีศัลยแพทย์ที่มีวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยอยู่เวรรับปรึกษาอย่างน้อย 1 คน

2. ทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัด

- การจัดทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัดในแต่ละวันขึ้นอยู่กับจำนวนห้องผ่าตัดที่เปิดบริการ โดยมี 1 ทีมต่อ 1 ห้องผ่าตัด
- ทีมงานในห้องผ่าตัดแต่ละห้องประกอบด้วยบุคลากรทางการพยาบาลอย่างน้อย 3 คน
- มีการจัดทีมงานพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ทีมประจำอยู่บนห้องผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง
- มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์หรือได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะทำหน้าที่หัวหน้าทีม
- การจัดเวรทีมผ่าตัด แต่ละเวรมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน
- สามารถตามทีมผ่าตัดให้บริการฉุกเฉินได้ภายใน 5 นาที

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

OPR.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

OPR.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

OPR.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

OPR.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

OPR.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

เนื้อหาในการฝึกอบรม (OPR.4.1)

ควรมีการนำข้อมูลการผ่าตัดที่ผ่านมา มาวิเคราะห์ดูแนวโน้มว่าห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลจะต้องรักษาผู้ป่วยโรคกลุ่มใดเป็นสำคัญ เพื่อจะได้พัฒนาบุคลากรให้เป็นไปตามแนวโน้มนั้น

OPR.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผ่าตัด/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

OPR.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

OPR.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

OPR.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

OPR.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

OPR.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

OPR.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

OPR.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

OPR.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

OPR.5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบต่อ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

OPR.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

นโยบายและวิธีปฏิบัติงานที่ควรมี (OPR.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- การเตรียมการรองรับนวัตกรรมผ่าตัด
- การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น วิสัญญี คลังเลือด หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หน่วยซ่อมบำรุง
- การรับส่งเวช

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- การประชาสัมพันธ์และการนัดหมายผู้ป่วย
- การรับ set ผู้ป่วยผ่าตัด
- การรับ-ส่งผู้ป่วย
- การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ ก่อน-หลังการผ่าตัด
- การดูแลผู้ป่วยระหว่างรอผ่าตัด
- การจัดผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
- การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่มีความซับซ้อน
- การส่งเครื่องมือและการช่วยผ่าตัดแต่ละประเภท
- การตรวจนับเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดแต่ละราย

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- การทำความสะอาดเครื่องมือ กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ และการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ
- การจัดการกับชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากผู้ป่วย
- แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติกับผู้ป่วย เช่น DIC, coagulopathy, major trauma, multiple system involvement

ด้านความปลอดภัย

- การควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดและการระบายของเสีย สิ่งปนเปื้อน น้ำยาเคมี น้ำยาฆ่าเชื้อ ตลอดจนสารคัดหลั่ง เลือด และสิ่งติดเชื้อมากสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก

OPR.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผ่าตัดอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.6.1 สถานที่ตั้งห้องผ่าตัดมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OPR.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

OPR.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

OPR.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

OPR.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

สถานที่ตั้งห้องผ่าตัด (OPR.6.1)

- อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ
- ไม่อยู่ติดที่ที่มียานพาหนะพลุกพล่าน
- ไม่อยู่ติดที่ที่มีผู้สัญจรไปมาจำนวนมาก

พื้นที่ใช้สอยและการจัดโครงสร้างภายใน (OPR.6.2)

การจัดโครงสร้าง

- มีการแบ่งเป็น 4 เขต ได้แก่ เขตสะอาด เขตกึ่งปลอดเชื้อ เขตปลอดเชื้อ และเขตปนเปื้อน
- มีประตูกันระหว่างเขตที่เป็นประตูบานพับประจกปิดสนิทแนบ หรือประตูบานชักกระจกอิเล็กทรอนิกส์ และ/หรือ ใช้ระบบป้องกันการปนเปื้อนอื่น
- มีการใช้สอยพื้นที่แต่ละเขตอย่างถูกต้อง

1. เขตสะอาด ประกอบด้วย

1.1 บริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่

- บริเวณทำงานบริหาร
- ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า อ่างล้างมือ พร้อมห้องน้ำ (แยกเพศ)
- ห้องอเนกประสงค์
- ห้องพักผ่อนสำหรับเจ้าหน้าที่พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก ระบบการติดต่อสื่อสารที่สามารถติดต่อไปยังห้องผ่าตัดทุกห้องและหน่วยงานภายนอก ระบบระบายอากาศออกไปนอกตึกโดยตรง

1.2 บริเวณสำหรับบริการวิสัญญี

- บริเวณเตรียมระดับความรู้สึก
- บริเวณพักฟื้นผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1.3 บริเวณสำหรับผู้ป่วย

- บริเวณพักรอผ่าตัด
- บริเวณเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้ป่วยพร้อมห้องน้ำ
- บริเวณเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยก่อน/หลังผ่าตัด

2. เขตกึ่งปลอดภัย ประกอบด้วย

- บริเวณเก็บเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่นๆ เป็นสัดส่วน
- บริเวณที่ล้างฟอกมือซึ่งอยู่ติดกับห้องผ่าตัด (พื้นที่ปฏิบัติการผ่าตัด) โดยมีจำนวน 4 อ่างต่อ 2 ห้องผ่าตัด

3. เขตปลอดภัย

ได้แก่พื้นที่ปฏิบัติการห้องผ่าตัด (ภายในห้องที่ตั้งเตียงผ่าตัด)

- มีขนาดไม่น้อยกว่า 25 ตารางเมตร สูงไม่ต่ำกว่า 3 เมตร และในแต่ละห้องตั้งเตียงผ่าตัดเพียง 1 เตียงเท่านั้น
- พื้น ผนัง เพดาน ใช้วัสดุผิวเรียบ เป็นวัสดุสังเคราะห์หรือวัสดุเคลือบผิวมัน ไม่ติดไฟ และไม่ก่อไฟฟ้าสถิต ทำความสะอาดง่าย
- มีตู้แบบ built in และมีการเก็บสิ่งของต่างๆ ไว้เท่าที่จำเป็นสำหรับการผ่าตัด

4. เขตปนเปื้อน ประกอบด้วย

- บริเวณที่รวบรวมและล้างทำความสะอาดเครื่องมือที่ใช้แล้ว เป็นสัดส่วนเฉพาะชัดเจน ไม่ใช่ที่เดียวกับอ่างล้างฟอกมือหรือไม่อยู่ในบริเวณเขตกึ่งปลอดภัย
- บริเวณเก็บพัสดุและผ้าเปื้อน
- บริเวณรวบรวมชิ้นส่วนอวัยวะเพื่อการทำลาย
- มีประตูหรือช่องทางนำเครื่องมือ สิ่งปนเปื้อน และสารคัดหลั่งจากเขตปลอดภัยออกไปสู่ภายนอกโดยตรง แยกจากทางเข้า-ออกของผู้ป่วยและผู้ผ่าตัด

จำนวนห้องผ่าตัด

เพียงพอ เหมาะสมกับขนาดของโรงพยาบาล เช่น

- มีห้องผ่าตัดใหญ่ ไม่น้อยกว่า 2 ห้อง และ
- มีสัดส่วนไม่น้อยกว่า 1 ห้องผ่าตัดต่อเตียงผู้ป่วยที่เปิดบริการ 50 เตียง

OPR.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

OPR.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

OPR.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

OPR.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

OPR.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

OPR.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

OPR.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ (OPR.7.2)

ระบบพื้นฐานสำหรับห้องผ่าตัด

1. ระบบแก๊สทางการแพทย์และเครื่องดูดที่ได้มาตรฐาน TIS

- มี pipeline system ซึ่งประกอบด้วย oxygen, nitrous oxide, vacuum ซึ่งสายส่งและ nose เป็น medical grade ไม่ก่อให้เกิด มีสัญญาณเตือนเมื่อระดับแก๊สลดต่ำกว่าที่กำหนดไว้
- มี compress air system
- มีถังแก๊สสำรองนอกเหนือจาก pipeline system พร้อมทั้งจะนำมาใช้ทดแทนได้ภายใน 60 วินาที

2. ระบบแสงที่ได้มาตรฐาน

- ห้องผ่าตัดมีความสว่างทั่วห้องไม่น้อยกว่า 500 lux
- ทางเดินและห้องพักมีความสว่างไม่น้อยกว่า 300 lux
- แสงโคมเพื่อการผ่าตัด เป็นแหล่งกำเนิดแสง cold light ผลิตจากดวงไฟชนิดได้หลอดหรือ halogen lamp ที่สามารถปรับระดับความเข้มของแสงได้ตั้งแต่ 500-2000 lux ปรับทิศทางได้ทั้งจากผู้ผ่าตัดและผู้ช่วยเหลือการผ่าตัด

3. ระบบไฟฟ้า

- ปลั๊กไฟมาตรฐาน hospital grade มีแรงขับ 220V, 110V, 280V ขนาดความจุไม่น้อยกว่า 10 amp
- เป็นไฟฟ้าที่จ่ายมาในระบบ 2 phase และ 3 phase

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- ระบบเต้าเสียบเตรียมพร้อมสำหรับเทคโนโลยีเลเซอร์ และ/หรือ ผ่าตัดด้วยกล้อง endoscopic surgery ได้
- ระบบไฟฟ้าสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉิน ทำงานโดยอัตโนมัติภายใน 30 วินาที

4. ระบบระบายอากาศ

- ใช้เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วนสำหรับแต่ละห้องผ่าตัด
- มีการติดระบบกรองอากาศด้วย hepafilter
- อุณหภูมิภายในห้องผ่าตัด ต้องปรับได้อยู่ระหว่าง 20-28 องศาเซลเซียส โดยความชื้นสัมพัทธ์อยู่ระหว่างร้อยละ 35-65
- มีพัดลมดูดอากาศขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใบพัดไม่ต่ำกว่า 10 นิ้ว ติดตั้งในระดับใกล้พื้นห้อง
- มีระบบระบายแก๊สที่ออกมาจากการดมยาสลบ
- มีเทคโนโลยีการจัดการให้ความดันอากาศในห้องผ่าตัดต่างจากนอกห้องผ่าตัด

5. น้ำ

- มีระบบน้ำสะอาดสำรอง พร้อมเครื่องกรองที่มีประสิทธิภาพสูง

เครื่องมือและอุปกรณ์

1. เครื่องมือประจำห้องผ่าตัด

- มีเตียงผ่าตัดชนิดปรับระดับได้ประจำทุกห้อง สามารถต่ออุปกรณ์เพื่อผ่าตัดพิเศษที่มีการกระทำในโรงพยาบาลได้เพียงพอ เช่น การผ่าตัดนิ้ว การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดช่องอก
- มีเครื่องตัด/จับห้ามเลือดประจำทุกห้อง ซึ่งอาจเป็นชนิด คออสบาร์-ไดโอด, แผลง ไอ ซี อิเลคทรอนิกส์, เลเซอร์ หรือ อินฟราเรด
- มีเครื่อง suction หรืออุปกรณ์ suction สำหรับต่อจากระบบ pipeline ประจำทุกห้อง
- อุปกรณ์สื่อสารภายในห้องผ่าตัด ซึ่งสามารถติดต่อกับหน่วยงานภายนอกได้
- นาฬิกาประจำห้องผ่าตัดทุกห้อง
- เครื่องนั่งมาเชื่อมสำหรับใช้ในกรณีเร่งด่วน
- อุปกรณ์สนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ ห้องเก็บชิ้นเนื้อ ตู้เก็บเลือด

2. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัด

- มีชุดผ่าตัดเพียงพอสำหรับให้บริการที่จำเป็น และมีชุดผ่าตัด Major Operating Set สำรองที่ปราศจากเชื้อพร้อมใช้งานได้ทันทีอย่างน้อย 1 ชุด
- มีเครื่องมือและยาที่จำเป็นสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ พร้อมใช้งานตลอดเวลา
- มีการสำรองผ้าปราศจากเชื้อเพื่อการผ่าตัด (และ/หรือ วัสดุสังเคราะห์อื่น) ไม่น้อยกว่า 1.5 เท่าของจำนวนการผ่าตัดใหญ่ในแต่ละวัน
- มีการสำรองชุดผ่าตัด อุปกรณ์คลุมศีรษะ อุปกรณ์ปิดปากและจมูก ไม่น้อยกว่า 2 เท่าของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัด

OPR.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

OPR.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

OPR.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

OPR.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สำคัญระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

OPR.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

OPR.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล

OPR.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ได้แก่ บันทึกการผ่าตัด ทะเบียนผู้ป่วยผ่าตัด ทะเบียนการตรวจชิ้นเนื้อ

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

การประเมินผู้ป่วยและวางแผน (OPR.8.4)

- ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการและความคาดหวังจากการผ่าตัด
- มีการวางแผนการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- มีการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ และเจ้าหน้าที่ช่วยผ่าตัด
- สมาชิกของทีมมีความเข้าใจบทบาทของสมาชิกอื่นๆในการดูแลรักษา

การให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วย (OPR.8.5)

- มีขั้นตอนชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยและการส่งมอบเอกสารให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้ป่วยต่อ
- มีการตรวจสอบประสิทธิภาพ ความสะอาด และ/หรือ ปรากฏจากเชื้อของสถานที่และอุปกรณ์อย่างเหมาะสม

	ทุกวัน	ทุกแรม	ทุกครั้งที่เปลี่ยน	ทุกราย/ทุกครั้งที่ใช้
เครื่องมือ เครื่องใช้				✓
เตียงผ่าตัด		✓		✓
ผ้าผืน ผ้าปูโต๊ะ แก้ว อี๋ ตู้เก็บอุปกรณ์ รถเข็น	✓		✓	
เปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าบริเวณปลอดเชื้อ	✓		✓	✓

OPR.9 กิจกรรมคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัดโดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

OPR.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

OPR.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

OPR.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

OPR.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

OPR.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

OPR.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

OPR.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

OPR.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

OPR.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

OPR.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

OPR.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (OPR.9.2.2)

- อัตราการติดเชื้อ
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- อัตราการเสียชีวิตในห้องผ่าตัด
- อัตราการเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด
- อัตราการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน
- อัตราความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.13/17



บริษัท

แพทย์วิฑูรย์วิฑูรย์

TA

บริการพยาธิวิทยาภาค (PAT)

บริการพยาธิวิทยาภาคมีส่วนช่วยยืนยันการตรวจวินิจฉัยโรคให้ถูกต้องแม่นยำ ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป โรงพยาบาลอาจจะมีหน่วยพยาธิวิทยาภาคของโรงพยาบาลเอง หรืออาจจะใช้บริการพยาธิวิทยาภาคจากภายนอก ซึ่งในกรณีหลังโรงพยาบาลจะต้องจัดระบบอำนวยความสะดวกในการส่งตรวจ

มาตรฐานบริการพยาธิวิทยาภาคมี 9 ข้อคือ

PAT.1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาธิวิทยาภาคเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

PAT.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการพยาธิวิทยาภาคตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PAT.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาธิวิทยาภาคได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PAT.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

PAT.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย ลอดคล้องพันธกิจในการให้บริการพยาธิวิทยาภาค/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- PAT.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่
สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์อย่าง
สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- PAT.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก
มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- PAT.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ
มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน
วิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
- PAT.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์ โดยการ
ทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

PAT.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

PAT.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

PAT.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

PAT.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์ ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

PAT.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์ และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์

ตัวอย่างพันธกิจของหน่วยบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์

ให้บริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ภายใต้ระบบควบคุมและประกันคุณภาพ และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ และพร้อมที่จะร่วมมือกับหน่วยงาน/สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างขอบเขตของงานบริการพยาบาลวิทยาลัยการแพทย์

- ให้บริการผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาทำการปกติ ตามความเหมาะสม ในการตรวจทางด้านศัลยกรรม, การตรวจศพ, เซลล์วิทยา
- ให้บริการทางวิชาการในแง่ของการเป็นแหล่งข้อมูลสถิติ สนับสนุนการทำวิจัย การประเมินประสิทธิภาพเทคโนโลยี เครื่องมือและน่ายาตรวจวิเคราะห์ สนับสนุนการผลิต/พัฒนา/ฝึกอบรมบุคลากร

PAT.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

**มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้อต่อการให้บริการพยาบาลวิทยาลัยภาค ตาม
พันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ**

PAT.2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการพยาบาลวิทยาลัยภาค ชัดเจนและเหมาะสม

PAT.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นพยาบาล และ/หรือ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มี
คุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการ
บริหารงานในหน่วยงาน ให้บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้

PAT.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

PAT.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มี
ประสิทธิภาพ

PAT.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ดัดสินใจ และกำหนด
นโยบายในระดับโรงพยาบาล

PAT.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาธิวิทยากายวิภาคได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PAT.3.1 การจัดทำลัคน

PAT.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

PAT.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

PAT.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

PAT.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยากายวิภาค

การจัดทำลัคน (PAT.3.1.1) ประกอบด้วย

- พยาธิแพทย์
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างน้อย 1 คน ในแต่ละหน่วยบริการ
- มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่ได้รับการศึกษา มีคุณวุฒิ มีความสามารถและประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 2 คนต่อ 1 หน่วยบริการ
- เจ้าหน้าที่สำหรับการอ่าน pap smear นรีเวชเพียงพอสำหรับการอ่าน 35 สไลด์ต่อวันทำการ หรือสูงสุดไม่เกิน 50 สไลด์ต่อวันทำการ
- ผู้ทำหน้าที่ rescreen การตรวจทางเซลล์วิทยาเป็นพยาธิแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานด้านเซลล์วิทยาอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีคุณวุฒิทางเซลล์วิทยาและมีประสบการณ์เต็มเวลาอย่างน้อย 3 ปี
- มีการจัดเวรตรวจชิ้นเนื้อแข็งดวน (Frozen section & Imprint) ประกอบด้วยพยาธิแพทย์ 1 คน และผู้ช่วยเหลืออย่างน้อย 1 คน

PAT.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PAT.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

PAT.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

PAT.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

PAT.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

PAT.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการศึกษา/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลวิทยากายวิภาค

กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ (PAT.4.4)

- กิจกรรมการทดสอบความชำนาญในการอ่านและแปลผล

PAT.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจในการให้บริการผู้ป่วย/ภรรยา/ญาติที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

- PAT.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน
- PAT.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้
- PAT.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ
 - PAT.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ
 - PAT.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม
 - PAT.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร
 - PAT.5.2.5 ด้านความปลอดภัย
 - PAT.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- PAT.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ
- PAT.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยากายวิภาค

นโยบายและวิธีปฏิบัติงานที่ควรมี (PAT.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- คู่มือการส่งตรวจซึ่งระบุชนิดสิ่งส่งตรวจ ชื่อย่อการวิเคราะห์ ระยะเวลาได้รับผล วันทำการตรวจ และราคาค่าตรวจ

- เกณฑ์การปฏิเสธหรือรับสิ่งส่งตรวจที่มีปัญหา

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- นโยบายการตรวจชิ้นเนื้อของโรงพยาบาล ว่าชิ้นเนื้อประเภทใดบ้างที่จะต้องได้รับการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยากายวิภาค
- คู่มือการเก็บสิ่งส่งตรวจ ประกอบด้วยเทคนิคการเก็บ, ลักษณะและปริมาณสิ่งส่งตรวจ, วิธีการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ, การเขียนฉลาก, ข้อมูลทางคลินิกประกอบการส่งตรวจ
- คู่มือการตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจากการผ่าตัดทั้งด้านศัลยกรรมและจุลพยาธิวิทยา ครอบคลุมการเตรียมสไลด์, การย้อมพิเศษ, การตรวจพิเศษเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย (เช่น การทำ histochemistry, immunohistochemistry)
- การเก็บ slide, block, aspirate & needle biopsy specimen ตามนโยบายซึ่งคณะแพทย์และคณะกรรมการโรงพยาบาลกำหนด

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- การให้บริการเซลล์วิทยา (cytopathology)
- การแยกย้อมสไลด์เซลล์วิทยาแบบอื่นๆต่างหากจากสไลด์ระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี
- การรับ/เก็บ/ตรวจ/จำหน่าย ศพ

ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

- บันทึกการรับส่งตรวจ
- รายงานผลการตรวจชั้นสูตร
- การเก็บรายงานผลการตรวจชั้นสูตร
- การบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความผิดพลาด อุบัติการณ์ คำร้องเรียน

ด้านความปลอดภัย

- การใช้ การเก็บ และการทิ้ง เลือดและสิ่งส่งตรวจ ตลอดจนเครื่องมือที่ใช้
- การเคลื่อนย้ายสิ่งส่งตรวจระหว่างห้องชั้นสูตร
- การจัดการเมื่อมีการหกของสิ่งส่งตรวจหรือสิ่งปนเปื้อน
- การทำลายเชื้อเครื่องมือและสิ่งส่งตรวจที่ติดเชื้อ
- การทำลายเชื้อและทิ้ง เข็ม ไชริงก์ ใบมีด และของมีคมอื่น
- การจัดเก็บ เขียนฉลาก ใช้ และทิ้งสารอันตรายต่างๆ
- การควบคุมการติดเชื้อ

PAT.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เลือกอำนวยความสะดวกให้บริการพยาธิวิทยากายวิภาคอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PAT.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง บริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

PAT.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

PAT.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

PAT.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษาให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

PAT.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยากายวิภาค

การจัดโครงสร้างภายใน (PAT.6.2) อย่างน้อยพื้นที่ต่อไปนี้เป็นส่วน

- พื้นที่ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์
- พื้นที่ทำงานด้านเอกสาร
- พื้นที่ซักล้างทำความสะอาดและกำจัดขยะ
- พื้นที่อเนกประสงค์ที่ปลอดภัยติดเชื้อ
- พื้นที่ตรวจชั้นสุตรศพ พร้อมตู้เย็นเก็บศพ
- พื้นที่สำหรับผู้ป่วย ผู้มาส่งหรือรับส่งตรวจ อยู่ภายนอกห้องปฏิบัติการ

ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน (PAT.6.3)

- การจัดวางน้ำยา อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ และสิ่งส่งตรวจ เป็นระเบียบ สะดวกต่อการใช้ ไม่กีดขวางทางสัญจรในการใช้และให้บริการ
- มีที่ตั้งขยะปลอดภัย ขยะติดเชื้อ และของมีคม
- มีระบบป้องกันการติดเชื้อ (Biological hazard)
- มีระบบป้องกันอันตรายด้านกายภาพ ได้แก่ กระแสไฟฟ้า ความร้อน แสง เสียง ไรระเหย การระเบิด และอัคคีภัย
- มีอ่างน้ำหรือฝักบัวหรือที่ล้างตา สำหรับกรณีที่ได้รับอันตรายจากสารเคมี

PAT.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการพยาธิวิทยาภาค ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PAT.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

PAT.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

PAT.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

PAT.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

PAT.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

PAT.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยาภาค

เครื่องมือที่ควรมี (PAT.7.2)

หน่วยงานตรวจชิ้นเนื้อทางศัลยกรรม

- โต๊ะตรวจชิ้นเนื้อพร้อมอ่างล้างมือ
- อุปกรณ์ตัด ตรวจ และบันทึกชิ้นเนื้อด้วยตาเปล่า
- เครื่องตัดชิ้นเนื้อ Frozen section
- ตู้เก็บพาราฟินบล็อก, สไลด์, section ต่างๆ
- ตู้เก็บชิ้นเนื้อดองที่น่าสนใจเพื่อเป็นพิพิธภัณฑ์ในการศึกษา

หน่วยงานตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยา

- เครื่องเตรียมชิ้นเนื้อและทำพาราฟินบล็อก
- เครื่องตัด Microtome
- เครื่องเตรียมแผ่นสไลด์
- น้ำยาย้อมสี H/E, Papanicolaou และสีย้อมพิเศษต่างๆ
- Binocular microscope

การตรวจสอบเครื่องมือ น้ำยา (PAT.7.6)

- มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือวิเคราะห์อย่างน้อยเดือนละครั้ง
- มีการตรวจสอบคุณภาพของน้ำยาทุกครั้งที่เปลี่ยนชุดน้ำยาใหม่ และเปลี่ยน lot ใหม่
- มีการตรวจสอบลักษณะการติดสีของน้ำยาที่ใช้ย้อมทุกชนิดในแต่ละวัน
- มีการกรองหรือเปลี่ยนน้ำยาใหม่ในเวลาที่เหมาะสม เช่น เปลี่ยนน้ำยาย้อม pap ในขั้นตอนก่อนที่จะถึง 50-70% alcohol dehydration

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

PAT.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการพยาธิวิทยาภาคที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- PAT.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- PAT.8.2 มีการกำหนดรายการการตรวจวิเคราะห์ที่ควรทำได้
- PAT.8.3 มีการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างเหมาะสม
- PAT.8.4 มีการบันทึกข้อมูลแบบฟอร์มการขอส่งตรวจครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อการตรวจชั้นสูตร การรายงานและการสื่อสารเมื่อมีปัญหา
- PAT.8.5 มีระบบการรับสิ่งส่งตรวจอย่างเหมาะสม
- PAT.8.6 ได้รับการตรวจโดยบุคคลที่เหมาะสม
- PAT.8.7 มีการบันทึกการปฏิบัติการตรวจและผลการตรวจ
- PAT.8.8 มีการรายงานผลอย่างเป็นระบบ
- PAT.8.9 มีระบบการตรวจซ้ำและเปรียบเทียบผล
- PAT.8.10 มีการเก็บรักษาหลักฐานและเอกสารอย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาทบทวนหรือวิจัยได้สะดวก
- PAT.8.11 มีการจัดส่งชิ้นเนื้อ ตลอดจนศพออกนอกโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการทำลายหรือประกอบพิธีทางศาสนาอย่างถูกต้องตามระเบียบของโรงพยาบาล และถูกต้องตามกฎหมาย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาธิวิทยาภาค

การทำงานร่วมกันเป็นทีม (PAT.8.1)

- มีการปรึกษาระหว่างแพทย์เจ้าของไข้และพยาธิแพทย์ก่อนการตรวจศพ
- มีระบบนัดหมายระหว่างคัลยแพทย์และพยาธิแพทย์ในกรณีที่มีการตรวจ frozen section

การกำหนดรายการตรวจวิเคราะห์ (PAT.8.2)

- ควรมีการกำหนดรายการตรวจวิเคราะห์ที่ทำได้ให้สอดคล้องกับนโยบายและระดับของโรงพยาบาล
- ควรให้บริการส่งตรวจวิเคราะห์นอกในกรณีที่มีความสามารถของโรงพยาบาลจะทำได้

การเก็บสิ่งส่งตรวจ (PAT.8.3)

- ภาชนะเก็บส่งห้องปฏิบัติการที่ถูกต้อง มีฉลากติด
- มีฉลากปิด ระบุชื่อผู้ป่วย, หมายเลข, วันที่เก็บ, ชนิดของสิ่งส่งตรวจ
- สิ่งส่งตรวจติดเชื้อโรคอันตราย ต้องมีฉลากระบุชัดเจน

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

การบันทึกข้อมูลแบบฟอร์มการขอส่งตรวจ (PAT.8.4)

- ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล ของผู้ป่วย
- การวินิจฉัย แพทย์ผู้ตรวจ หอผู้ป่วย ชนิดของสิ่งส่งตรวจ
- รายการขอตรวจวิเคราะห์
- วัน เวลาที่เก็บสิ่งส่งตรวจ
- หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อกลับ

ระบบการรับสิ่งส่งตรวจ (PAT.8.5)

- มีการลงทะเบียนสิ่งส่งตรวจ
- มีเกณฑ์ในการปฏิเสธหรือการรับสิ่งส่งตรวจที่มีปัญหาพร้อมแจ้งปัญหาและคำแนะนำที่ถูกต้อง

ผู้ทำการตรวจ (PAT.8.6)

- gross specimen/การตรวจศพ ตรวจโดยพยาธิแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อื่นภายใต้การกำกับดูแลของพยาธิแพทย์
- เซลล์วิทยาแบบบอวียะสีบพันธุศาสตร์ ตรวจโดยเจ้าพนักงานเซลล์วิทยา/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์สาขาเซลล์วิทยา มีการยืนยันผลที่มีความผิดปกติโดยพยาธิแพทย์ มีการส่งตรวจสไลด์ที่ให้ผลลบซ้ำโดยพยาธิแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
- เซลล์วิทยาระบบอื่นๆ ตรวจโดยพยาธิแพทย์

การรายงานผล (PAT.8.8)

1. ผลการตรวจศพ

- ส่งรายงานเบื้องต้นให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยภายในระยะเวลาอันสมควร (2 วันทำการ)
- ส่งรายงานผลการตรวจศพฉบับสมบูรณ์ให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาอันสมควร (30 วันทำการสำหรับกรณีทั่วไป)
- พยาธิแพทย์เป็นผู้เขียนรายงานผลการตรวจโดยละเอียด ทั้งด้าน gross และ microscopic description

2. ผลการตรวจ frozen section

- ให้การวินิจฉัยเสร็จภายใน 15 นาทีหลังจากได้รับสิ่งส่งตรวจ
- การรายงานผลด้วยวาจา เป็นการติดต่อโดยตรงระหว่างพยาธิแพทย์กับแพทย์ผู้ผ่าตัด
- ชิ้นเนื้อทุกชิ้นที่ตรวจ frozen section ต้องทำ permanent section ทุกครั้ง

3. ผลการตรวจพยาธิวิทยาทั่วไป

- รายงานผลภายใน 3 วันทำการหลังจากรับสิ่งส่งตรวจในรายที่ไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย
- รายงานผลตรวจต้องได้รับการตรวจทานและลงนามโดยพยาธิแพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยทุกครั้ง

- มีบันทึกสำเนาผลตรวจเก็บไว้ที่ห้องปฏิบัติการ 1 ชุด และส่งออก 1 ชุด

ระบบการตรวจซ้ำและเปรียบเทียบผล (PAT.8.9)

1. การตรวจซ้ำ

- เซลล์วิทยาของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่มีความผิดปกติ
- ผลเซลล์วิทยาที่เป็น high grade malignant โดยที่เคยมีผลลบมาก่อนภายใน 5 ปี

2. การเปรียบเทียบผล

- ข้อมูลทางคลินิกกับการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยา
- การวินิจฉัยทาง histology กับ cytopathology

การเก็บรักษาหลักฐานและเอกสาร (PAT.8.10)

- ระยะเวลาในการเก็บ
 - เก็บทะเบียนรับส่งและการตรวจไว้ 2 ปี
 - เก็บ gross specimen ไว้ 2 สัปดาห์หลังรายงานผล
 - เก็บอวัยวะของศพไว้ 3 เดือนหลังรายงานผล
 - เก็บพยาธิเนบด็อกไว้ 5 ปี
 - เก็บสไลด์ทางเซลล์วิทยาไว้ 5 ปี
 - เก็บสไลด์ทางสัตวพยาธิวิทยา ไว้ 10 ปี
 - เก็บใบรายงานผลไว้ 10 ปี
- มีความเหมาะสมในการเก็บ เช่น เก็บพยาธิเนบด็อกไว้ในที่ที่อากาศไม่ร้อน ไม่หลอมติดกัน คั่นห่างง่าย
- มีระบบบันทึกการจัดเก็บ การค้นหา การยืม การเคลื่อนย้าย เอกสารและหลักฐานที่มีประสิทธิภาพ
- สามารถค้นหาข้อมูลจากดัชนีรายชื่อผู้ป่วยได้สะดวก
- มีดัชนีอ้างอิงในกรณีที่มีการตรวจร่วมกันหลายประเภท

PAT.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

PAT.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาล โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

PAT.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

PAT.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

PAT.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

PAT.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

PAT.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

PAT.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

PAT.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

PAT.9.2.7 มีระบบประกันคุณภาพทุกระดับของการปฏิบัติการ

PAT.9.3 สำหรับการส่งตรวจอื่นๆที่ต้องส่งไปทำการตรวจวิเคราะห์นอกโรงพยาบาล มีหลักประกันคุณภาพของห้องปฏิบัติการนั้นๆ

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล

รูปแบบของความร่วมมือในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (PAT.9.1)

อาจอยู่ในรูปแบบต่างๆ เช่น

- การประชุมปรึกษาหารือระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษาและพยาบาลเพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในทุกรายที่มีปัญหา

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- การประชุม Clinico-Pathological-Conference ในรายผู้ป่วยที่มีแง่มุมน่าสนใจทางวิชาการ และต้องการการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็นข้อยุติ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของแพทย์ทุกสาขา

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (PAT.9.2.2)

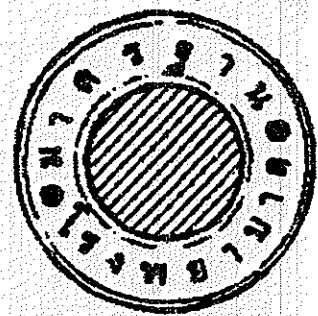
- ผู้ป่วยที่มีการส่งตรวจมากกว่า 1 ครั้ง
- ผล frozen section ไม่ตรงกับ final diagnosis
- ผลทางเซลล์วิทยาไม่ตรงกับ histology
- ผลการ rescreen เซลล์วิทยาระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็น false negative
- ผลการตรวจเซลล์วิทยาระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็น malignant หรือ high grade pre-malignant แต่ไม่สามารถติดตามค้นหาผลทาง histology ได้

ระบบประกันคุณภาพ (PAT.9.3)

- มีการทำ Quality Assurance จากคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง
- มี External Quality Control จากองค์กรภายนอก
- มี Internal Quality Control จากผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ และนำผลมาปรับปรุงงาน

18 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.14/17



ပြည်ထောင်စု
ဝန်ကြီးဌာန

กระทรวงพาณิชย์ ๒๕๕๙

เพื่อให้การบริการแก่ผู้บริโภคและผู้ประกอบการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
การบริการแก่ผู้บริโภคและผู้ประกอบการ

บริการเภสัชกรรม (PHA)

การบริการเภสัชกรรม (PHA) หมายถึง การบริการที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาจ่ายยา

และการให้บริการแก่ผู้บริโภคและผู้ประกอบการ

การบริการเภสัชกรรมมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มี

ขอบเขตการทำงานตั้งแต่การคัดเลือก จัดหา เก็บรักษา จัดจ่ายเวชภัณฑ์ ไปจนถึงการให้บริการ

เภสัชกรรมคลินิก การให้ข้อมูลและคำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

การให้บริการเภสัชกรรมที่ดี

มาตรฐานบริการเภสัชกรรมนี้กำหนดหลักการสำคัญของการบริหาร ครอบคลุมในเรื่องทิศ

ทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม

ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนา

คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการเภสัชกรรม มี 9 ข้อ ดังนี้

PHA.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการเภสัชกรรมเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

PHA.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเชื่ออำนวยการให้บริการเภสัชกรรม ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการเภสัชกรรมได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการเภสัชกรรม/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

PHA.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการเภสัชกรรมอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการเภสัชกรรมได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

PHA.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการเภสัชกรรม โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

PHA.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการเภสัชกรรม เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

PHA.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการเภสัชกรรม สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

PHA.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

PHA.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการเภสัชกรรมไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

PHA.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการเภสัชกรรม และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเภสัชกรรม

ตัวอย่างพันธกิจของบริการเภสัชกรรม

เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างปรัชญาของบริการเภสัชกรรม

- การจัดบริการเภสัชกรรมเป็นไปตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม
- ดำรงไว้ซึ่งความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาต่างๆ
- จัดให้มีบริการที่มีคุณภาพสูงภายใต้ระบบประกันคุณภาพ และประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ

ขอบเขตของการจัดบริการเภสัชกรรม

- การคัดเลือก จัดซื้อจัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่าย และการกระจายเภสัชภัณฑ์ที่ถูกต้องตามหลักการและระเบียบที่กำหนดไว้แล้ว
- การให้บริการทางเภสัชกรรมคลินิก การดูแลผู้ป่วยทางด้านเภสัชกรรม รวมถึงการติดตามให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
- การให้บริการข้อมูลทางยาและการศึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

PHA.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการเภสัชกรรม ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน/บริการเภสัชกรรม ชัดเจนและเหมาะสม

PHA.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้

PHA.2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

PHA.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

PHA.2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผน ดัดสินใจ และกำหนดนโยบาย ในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเภสัชกรรม

โครงสร้างองค์กร (PHA.2.1) ประกอบด้วย

- โครงสร้างปกติของหน่วยงานเภสัชกรรม
- ในกรณีที่มีการกระจายหน่วยบริการเภสัชกรรม แต่ละหน่วยจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลของเภสัชกรผู้มีความรู้และประสบการณ์ ซึ่งได้รับมอบหมายจากเภสัชกรหัวหน้าหน่วย และในหน่วยบริการย่อยต้องมีการะกิจเฉพาะที่ชัดเจน
- การจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดขึ้นเพื่อกำหนดนโยบาย และตัดสินใจในประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาในโรงพยาบาล

หัวหน้าหน่วยงานเภสัชกรรม

- เป็นเภสัชกรผู้ได้รับใบประกอบวิชาชีพซึ่งมีประสบการณ์ และคุณวุฒิทางการศึกษาเพิ่มเติมที่เหมาะสม
- นอกจากหน้าที่การบริหารหน่วยงานแล้ว หัวหน้าหน่วยงานเภสัชกรรมมีหน้าที่ควบคุมให้การดำเนินงานถูกต้องตามกฎหมายบังคับและแนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ

PHA.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการเกสซกรรมได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.3.1 การจัดกำลังคน

PHA.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งใน
ด้านปริมาณและคุณภาพ

PHA.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบ
กับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

PHA.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการ
ปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่อง

PHA.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเกสซกรรม

การจัดกำลังคน (PHA.3.1)

- เกสซกรรมในหน่วยงานทุกคนเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเกสซกรรม
- มีเกสซกรรมและผู้ช่วยงานเพียงพอที่จะทำงานให้บริการลูกค้าประสงค์ ผู้ช่วยงานจะต้อง
ทำงานภายใต้การดูแลของเกสซกรรม

PHA.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

PHA.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

PHA.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

PHA.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

PHA.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

PHA.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการเภสัชกรรม/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

PHA.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

PHA.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

PHA.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

PHA.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

PHA.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

PHA.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

PHA.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

PHA.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

PHA.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

PHA.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเภสัชกรรม

นโยบายและวิธีปฏิบัติงานที่ควรมี (PHA.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- การจ่ายยานอกเวลาทำการปกติ
- บทบาทของเจ้าหน้าที่ในระดับผู้ช่วยและการกำกับดูแลเจ้าหน้าที่เหล่านี้

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

1. การคัดเลือก จัดซื้อจัดหา ผลิต ควบคุม เก็บรักษา จัดจ่ายและกระจายยา

- การจัดทำบัญชียาโรงพยาบาล
- เกณฑ์ในการคัดเลือกยา
- การสั่ง จัดจ่าย สนับสนุน เก็บรักษาเภสัชภัณฑ์ในหน่วยงาน
- การสั่งจ่ายยาที่ไม่มีในโรงพยาบาล
- ผู้มีอำนาจในการสั่งจ่ายยาและวิธีการใช้คำสั่ง
- การสั่งจ่ายยาทางโทรศัพท์
- การจัดตู้ยาฉุกเฉินบริการหน่วยงานอื่นในช่วงนอกเวลาทำการ กรณีที่หน่วยเภสัชกรรมไม่ได้เปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง
- การควบคุมคลัง การสั่งยา และการส่งยา ในคลังใหญ่ หน่วยเภสัชกรรมสาขา และหน่วยการพยาบาล ให้มีปริมาณพอเหมาะกับความต้องการของผู้ป่วย

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- การใช้ยาที่อยู่ระหว่างการศึกษและการทดลอง
- การควบคุมยาที่ผู้ป่วยนำมาเอง
- การควบคุมยาตัวอย่าง
- การเรียกเก็บยาคืน
- การเขียนฉลากยาที่ชัดเจน ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งรวมทั้งการระบุข้อบ่งใช้และข้อควรระวัง
- การผลิตและการเตรียมผลิตภัณฑ์ปราศจากเชื้อตามมาตรฐานของการผลิตยาที่ดี (Good Manufacturing Practice)

- การเตรียม การส่ง และระบบการกำจัดของเสียจากยาด้านสารระเห็งและสารอันตรายอื่น ๆ
- การควบคุมเภสัชภัณฑ์ในอายุ

2. เกณฑ์กรรมคลินิกและการบริหารยา

- การทบทวนคำสั่งจ่ายยาเกี่ยวกับความเหมาะสมและความคุ้มค่าในการใช้ยา โดยร่วมปรึกษาแพทย์และพยาบาล
- คำสั่งหยุดยาโดยอัตโนมัติ
- ยาที่ผู้ป่วยสามารถใช้ได้เอง หรือพยาบาลสามารถให้ได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์
- การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเรื่องยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
- วิถีปฏิบัติเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนของการใช้ยา ปฏิกริยาระหว่างยา และอาการข้างเคียงของยา

ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

- การบันทึกการใช้ยาและการบริหารยาในเวชระเบียนผู้ป่วย รวมทั้งประวัติการแพ้ยา และปฏิกริยาระหว่างยา
- การบันทึกเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ความคลาดเคลื่อนของการจ่ายยา (medication error) อุบัติการณ์ คำร้องเรียน
- การบันทึกปฏิกริยาระหว่างการใช้ยา และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น
- การบันทึกกิจกรรมด้านคลินิกของเภสัชกร การตอบปัญหา หรือให้ข้อมูลยา

ด้านความปลอดภัย

- การกำจัดของเสียทางเภสัชกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาด้านระเห็งและสารอันตรายอื่น
- การเคลื่อนย้ายเภสัชภัณฑ์ที่เป็นพิษหรือมีอันตราย

(โปรดดูคำขยความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

PHA.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

มีสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการเภสัชกรรมมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง บริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

PHA.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

PHA.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

PHA.6.4 สถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

PHA.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเภสัชกรรม

พื้นที่ใช้สอยและการจัดแบ่งโครงสร้าง (PHA.6.2)

- มีสถานที่และระบบเก็บรักษาเภสัชภัณฑ์ที่เหมาะสม เพียงพอ ปลอดภัย และเก็บรักษาในภาวะมาตรฐานตามผู้ผลิตระบุ ในเรื่อง แสง อุณหภูมิ ความชื้น การถ่ายเทอากาศ ความปลอดภัย และมีการแยกเก็บผลิตภัณฑ์เป็นสัดส่วน
- มีจำนวนหน่วยบริการ ขนาดพื้นที่ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการเภสัชกรรม ทั้งในด้าน การบริหารจัดการ ด้านวิชาการ และด้านวิชาชีพ
- มีพื้นที่และสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับการเตรียมยา การบรรจุ การควบคุมคุณภาพ การจัดจ่าย เภสัชภัณฑ์ รวมถึงยาต้านมะเร็ง สารรังสี และสารอาหารที่ให้ทางหลอดเลือด
- หน่วยการพยาบาลมีพื้นที่สำหรับเก็บยาอย่างรัดกุม และมีพื้นที่สำหรับเตรียมยาที่เหมาะสม

PHA.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการเภสัชกรรม ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

PHA.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

PHA.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับกรปฏิบัติงาน

PHA.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

PHA.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

PHA.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

PHA.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเภสัชกรรม

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่ควรมี (PHA.7.2)

1. งานคลังเวชภัณฑ์

- ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์
- ตู้เหล็กเก็บยาแบบวงเวียน
- ตู้แช่เก็บยาเสพติดให้โทษ

2. งานการดูแลผู้ป่วยด้านเภสัชกรรม

- เครื่องตรวจวัดระดับยาในเลือด

3. งานผลิตยา

- Water deionizer & softener
- Still
- Autoclave
- HomoPHAizer (กรณีเตรียมยาน้ำ)
- Mixer and roller mill set (กรณีเตรียม ointment & cream)
- Lamina air flow (กรณีเตรียม aseptic dispensary)
- Lamina air flow ชนิด cytoguard (กรณีเตรียม cytotoxic drug)

4. งานบริการจ่ายยาผู้ป่วย

- Automatic tablet counter
- Medication trolley cart
- Automatic tablet dispensing machine

5. งานบริการข้อมูลข่าวสารด้านยา

- ฐานข้อมูลด้านยา (Drug database)

(โปรดดูค่าขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

PHA.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- PHA.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- PHA.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- PHA.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- PHA.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- PHA.8.5 กระบวนการบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care) แก่ผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะได้สถานการณ์ของโรงพยาบาล
- PHA.8.6 มีการบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- PHA.8.7 มีกระบวนการเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลรักษา
- PHA.8.8 การให้ข้อมูลข่าวสารด้านยา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเภสัชกรรม

การแลกเปลี่ยนข้อมูล (PHA.8.3)

- ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและการแพทย์
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำในการใช้ยา ปัญหาด้านยาที่อาจจะเกิดขึ้น และข้อพึงระวัง ในระดับที่ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาได้เป็นอย่างดี

การประเมินความต้องการและการวางแผน (PHA.8.4)

- มีการประเมินความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-related problems) ของผู้ป่วยแต่ละราย
- มีกลไกการค้นหาผู้ป่วยที่ต้องการการบริหารทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) อย่างใกล้ชิด
- มีการวางแผนการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และสมาชิกของทีมมีความเข้าใจบทบาทของสมาชิกอื่นๆ ในการดูแลรักษา

การบริหารทางเภสัชกรรม (PHA.8.5)

1. การจ่ายยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

- มีการทบทวนใบสั่งยาและการใช้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายโดยเภสัชกรเพื่อระมัดระวังปัญหาด้านยาอันอาจเกิดขึ้น ได้แก่ ขนาดยา ช่วงห่างระหว่างการใช้ยา การใช้ยาที่ซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น ปฏิกริยาจากยา การแพ้ยา ระยะเวลาในการให้ยา
- ระบบยาที่เตรียมจ่ายให้กับผู้ป่วย (patient medication dose system)
- มีระบบบริหารยาที่รัดกุมเพื่อให้เกิดความถูกต้องของยาและผู้ป่วยที่จะใช้ยา

2. การติดตามผลของยาต่อผู้ป่วย

- มีการติดตามผลการตอบสนองต่อยาในผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือแนวโน้มว่าจะเกิดปัญหาจากการใช้ยา
- มีการทบทวนและประเมินเพื่อดูความเหมาะสมของการเลือกใช้ยา (Drug use evaluation)

การบันทึกข้อมูล (PHA.8.6)

- บันทึกในเวชระเบียน (medical record) ระบุชื่อ อายุ เพศ ปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัย ยาที่ใช้อยู่ ประวัติการแพ้ยา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา
- บันทึกการใช้ยาของผู้ป่วย (medication profile)

ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (PHA.8.7)

- มีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การรักษาต่อเนื่อง
- มีระบบ/กลไกในการติดตามผู้ป่วยที่ขาดการมาตรวจตามนัด

การให้ข้อมูลข่าวสารด้านยา (PHA.8.8)

- มีการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยและญาติ
- มีระบบการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านยาของผู้ป่วยเฉพาะรายให้แก่แพทย์และพยาบาล

PHA.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการเภสัชกรรม โดยการดำเนินงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

PHA.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการเภสัชกรรม โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

PHA.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

PHA.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

PHA.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

PHA.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

PHA.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

PHA.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

PHA.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

PHA.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

PHA.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

PHA.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วย (Drug Use Evaluation) เพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

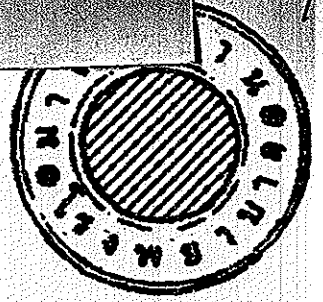
ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการเภสัชกรรม

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา (PHA.9.2.2)

- ข้อมูลจากกิจกรรม Drug Use Evaluation
- ข้อมูลจาก ADR monitoring
- Medication error
- Patient compliance
- ระยะเวลารอคอยรับยา
- ระดับยาคงคลังและความเพียงพอของยาในคลัง

13 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.15/17



R
บริษัท
สงขลา
สงขลา
D

บริการรังสีวิทยา (RAD)

บริการรังสีวิทยาหรืออาจเรียกให้ครอบคลุมกว้างขึ้นว่า Imaging Service เป็นการใช้อินเทอร์เน็ตหรือพลังงานอื่นเพื่อสร้างภาพสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรค รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ทำงานร่วมกับตรวจวินิจฉัยเหล่านี้ด้วย การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องแม่นยำ ในเวลาที่เหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนและการดูแลรักษาที่เหมาะสม

มาตรฐานบริการรังสีวิทยานี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการรังสีวิทยามี 9 ข้อ ดังนี้

RAD.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการรังสีวิทยาเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

RAD.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการรังสีวิทยาตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการรังสีวิทยาได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการรังสีวิทยา/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

RAD.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการรังสีวิทยาอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการรังสีวิทยาได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการรังสีวิทยาที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

RAD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการรังสีวิทยาโดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

RAD.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการรังสีวิทยา เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

RAD.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการรังสีวิทยา สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

RAD.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

RAD.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการรังสีวิทยาไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

RAD.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการรังสีวิทยา และทราบบทบาทของตนเอง

RAD.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการรังสีวิทยา ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน/บริการรังสีวิทยา ชัดเจนและเหมาะสม

RAD.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้ และได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม

RAD.2.3 มีการจัดทำคำบรรยายลักษณะงานเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

RAD.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

RAD.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ดัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการรังสีวิทยา

หัวหน้าหน่วยงาน (RAD.2.2)

ควรเป็นรังสีแพทย์หรือนักรังสีเทคนิคอาวุโสที่มีคุณวุฒิปริญญา

RAD.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการรังสีวิทยาได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้
อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.3.1 การจัดทำล้งคน

RAD.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งใน
ด้านปริมาณและคุณภาพ

RAD.3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอใจเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบ
กับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

RAD.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการ
ปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่าง
ต่อเนื่อง

RAD.3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง
หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการรังสีวิทยา

การจัดกำลังคน (RAD.3.1.1)

- มีรังสีแพทย์ประจำเต็มเวลาหรือประจำบางเวลาในปริมาณที่เหมาะสม
- มีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคที่ผ่านการอบรมครบหลักสูตร (อย่างน้อย 2 ปี) ปฏิบัติงาน
ตลอด 24 ชั่วโมง

RAD.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

RAD.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

RAD.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

RAD.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

RAD.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

RAD.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

RAD.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการรังสีวิทยา/ภาวะเบี่ยงที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

RAD.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

RAD.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

RAD.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

RAD.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

RAD.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

RAD.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

RAD.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

RAD.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

RAD.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

RAD.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการรังสีวิทยา

ตัวอย่างนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ควรมี (RAD.5.2)

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- วิธีการตรวจทางรังสีวิทยาทั่วไป
- วิธีการตรวจพิเศษทางรังสีวิทยา เช่น arteriography, arthrography, IVP, GI series
- การควบคุมคุณภาพของการถ่ายภาพรังสี
- การเตรียมและการนัดหมายผู้ป่วย
- การตรวจทางรังสีวิทยานอกหน่วยงาน
- การใช้สารทึบรังสี
- การดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาฉุกเฉิน เช่น การแพ้สารทึบรังสี
- การสื่อสารข้อมูลผลการตรวจให้แพทย์ผู้รักษา
- การเก็บรักษาฟิล์ม การทำสำเนาฟิล์ม การทำดัชนีฟิล์มที่ผิดปกติ

ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

- การเก็บบันทึกผลการตรวจในเวชระเบียนผู้ป่วย และในของฟิล์ม
- การตรวจสอบ ปรับแต่ง แก๊ส ซ่อมแซมเครื่องมือ
- การตรวจสอบความปลอดภัยจากรังสีโดยหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

RAD.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการรังสีวิทยาอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

RAD.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการรังสีวิทยามีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

RAD.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

RAD.6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

RAD.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

RAD.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการรังสีวิทยา

ความปลอดภัยของสถานที่ (RAD.3)

- สถานที่สามารถป้องกันอันตรายจากรังสีได้ โดยได้รับการตรวจสอบและอนุญาตจาก กองป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- มีเครื่องหมายและป้ายคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของรังสี โดยเฉพาะคำเตือนเตือนหญิง มีครรภ์
- มีระบบป้องกันอันตรายจากไฟ, ไฟฟ้า กลไก, สารเคมี, การระเบิด และการติดเชื้อ

RAD.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการรังสีวิทยาได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- RAD.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
- RAD.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- RAD.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- RAD.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
- RAD.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- RAD.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการรังสีวิทยา

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ควรมี (RAD.7.2)

1. เครื่องมือตรวจทางรังสีวิทยา

การจะมีเครื่องมือชนิดใด จำนวนเท่าใดขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นมีรังสีแพทย์อยู่หรือไม่ ชัดความสามารถของแพทย์ในโรงพยาบาลนั้นเป็นอย่างไร ปริมาณผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด ซึ่งพอจะจัดกลุ่มได้ดังนี้

1.1 เครื่องถ่ายภาพรังสีชนิดเคลื่อนที่

- Portable X-ray Unit มีขนาดเล็กสามารถยกเคลื่อนที่หรือถอดเป็นชิ้นๆได้ มีกำลังต่ำประมาณ 15-25 mA เหมาะสำหรับการใช้งานในขอบเขตจำกัด และทางติดต่อระหว่างสถานที่ที่จะตรวจมีปัญหา
- Mobile X-ray Unit เป็นเครื่องชิ้นเดียว เคลื่อนที่ได้โดยเข็นไป ถ่ายภาพรังสีได้เท่าเครื่องขนาดใหญ่ 300 mA แต่ช่องทางเข็นต้องเรียบและไม่สูงชัน
- Mobile C-arm with Image intensifier เหมาะสำหรับห้องผ่าตัดและหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ

โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งควรมีเครื่องถ่ายภาพรังสีในลักษณะ portable หรือ mobile x-ray unit อย่างน้อย 1 เครื่อง ตามลักษณะสถานที่และปริมาณผู้ป่วย

โรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไปควรมีเครื่อง mobile C-arm ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของแพทย์ที่ให้การรักษาด้วย

1.2 เครื่องถ่ายภาพรังสีชนิดติดตั้งกับห้อง

- Roentgenographic Unit ขนาดอย่างน้อย 300 mA (ไม่ควรใช้ generator ขนาด 100 mA เพราะต้องใช้เวลายาวและภาพไม่คมชัด)
- Roentgenographic Unit with Fluoroscopy ขนาด 300-650 mA ซึ่งอาจใช้ร่วมกับ Image Intensifier
- Multipurpose Roentgenographic Unit with Image Intensifier/Digital Fluorography

โรงพยาบาลทุกขนาดควรมีเครื่องถ่ายภาพรังสีขนาดอย่างน้อย 300 mA โดยจำนวนเครื่องขึ้นอยู่กับปริมาณผู้ป่วย

โรงพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไปควรมีเครื่องถ่ายภาพรังสีที่สามารถทำ fluoroscopy ได้อย่างน้อย 1 เครื่อง

โรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไปควรมีเครื่องถ่ายภาพรังสีที่สามารถทำ angiography ได้

1.3 เครื่อง Ultrasound

โรงพยาบาลทุกขนาดควรมีเครื่อง ultrasound อย่างน้อย 1 เครื่อง โดยมีคุณลักษณะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ให้บริการและแพทย์ผู้ใช้

1.4 เครื่อง CT scanner

โรงพยาบาลขนาด 500 เตียงขึ้นไปควรมีเครื่อง CT scanner ซึ่งมีคุณลักษณะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ให้บริการและขีดความสามารถของแพทย์ในโรงพยาบาล

1.5 เครื่องล้างฟิล์ม

- ระบบล้างด้วยมือ สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีงานน้อย
- เครื่องล้างฟิล์มอัตโนมัติ (Automatic Film Processor) ซึ่งมีขนาดและขีดความสามารถในการล้างเหมาะสมกับภาระงาน

2. อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการตรวจ

ได้แก่ cassette, film, marker

3. อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีที่จำเป็น

ได้แก่ เสื้อ ถุงมือ จาก ป้องกันรังสี

4. อุปกรณ์ช่วยชีวิตและยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสี

เช่น emergency cart, adrenalin, self-inflating bag, oxygen

RAD.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการรังสวัดทยาที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

RAD.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

RAD.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจรักษาทางรังสวัดทยา

RAD.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

RAD.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการตรวจรักษาทางรังสวัดทยาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

RAD.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสภาวะที่ได้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

RAD.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

RAD.8.7 มีระบบการจัดเก็บและค้นหาฟิล์มที่ดีเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการรังสวัดทยา

การให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วย (RAD.8.5)

- การตรวจทางรังสวัดทยาทุกชนิด ทำโดยเจ้าหน้าที่รังสวัดเทคนิคหรือรังสวัดแพทย์
- ถ้าการตรวจทำโดยผู้อื่น จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่รังสวัดเทคนิคหรือรังสวัดแพทย์

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (RAD.8.6)

- มีการบันทึกข้อมูลในใบส่งตรวจชัดเจนสมบูรณ์ ได้แก่ ชนิดของการตรวจ สิ่งที่ต้องการทราบพิเศษ ข้อมูลการเจ็บป่วยที่สำคัญ
- มีการลงทะเบียนอย่างเป็นระบบ
- มีบันทึกผลการตรวจทางรังสวัดโดยรังสวัดแพทย์ หรือแพทย์ผู้ชำนาญทางรังสวัดวิทยาทุกครั้ง และมีการเก็บผลการตรวจไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย และในช่องฟิล์ม

RAD.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการรังสีวิทยา โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

RAD.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการรังสีวิทยา โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

RAD.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

RAD.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

RAD.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

RAD.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

RAD.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

RAD.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

RAD.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

RAD.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

RAD.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

RAD.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการรังสีวิทยา

ข้อมูลและสถิติที่ติดตามศึกษา (RAD.9.2.2)

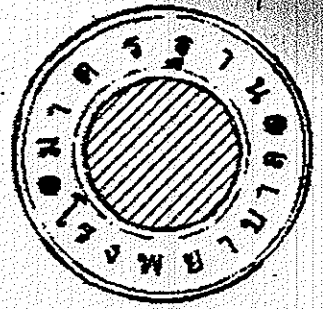
- ความเหมาะสมของการส่งตรวจ
- ระยะเวลาของการนัดตรวจ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- การตรวจ
- การตรวจและรายงานผลการตรวจ
- ความถูกต้องของการรายงานผล
- ปริมาณฟิล์มเสีย

13 ธันวาคม พ.ศ. 2539

4.16/17



R
บริษัท
ฟื้นฟูอุตสาหกรรม
แห่งประเทศไทย

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (REH)

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู แก่ ผู้ป่วย/ผู้พิการ ให้มีสุขภาพดี และสามารถกลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยพิจารณาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้ การทำงานเป็นทีมของบุคลากร การติดต่อประสานงานกับแพทย์สาขาอื่น และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมใน เรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่ เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำไปสู่กิจกรรม พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ มี 9 ข้อ ดังนี้

REH.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

REH.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามพันธ กิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

REH.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

REH.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติ หน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

REH.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

REH.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

REH.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

REH.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

REH.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

REH.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

REH.1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

REH.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

REH.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

REH.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ และทราบบทบาทของตนเอง

REH.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- REH.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน/บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ชัดเจนและเหมาะสม
- REH.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุพันธกิจที่กำหนดไว้
- REH.2.3 มีการจัดทำคำบรรยายลักษณะงานเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร
- REH.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
- REH.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล
- REH.2.6 มีการจัดตั้งระบบเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับบริการรักษาและฟื้นฟูอย่างครบถ้วนในกรณีที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ในด้านนั้น

REH.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

REH.3.1 การจัดกำลังคน

REH.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

REH.3.1.2 มีกลไกที่จะติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

REH.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และการส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

REH.3.3 เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตัวอย่างการจัดกำลังคน (REH.3.1)

- แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อย่างน้อย 1 คน หรือ 1 คน/10 เตียงผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู
- พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู อย่างน้อย 1 คน หรือ 2 คนต่อผู้ป่วยใน
- พยาบาลทั่วไป ตามอัตราปกติ
- นักกายภาพบำบัด 1 คน/ผู้ป่วย 10 ราย
- นักอาชีพบำบัด 1 คน/ผู้ป่วย 10 ราย
- นักอรรถบำบัด 1 คน/ผู้ป่วย 10 ราย
- ช่างกายอุปกรณ์ 1 คน/งานผลิต 5 ชิ้น/เดือน
- เจ้าหน้าที่งานเวชกรรมฟื้นฟู 1 คน/ผู้ป่วย 10 ราย

REH.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

REH.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

REH.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

REH.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

REH.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

REH.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เนื้อหาในการฝึกอบรม (REH.4.1)

ควรพิจารณาการสร้างเจตคติที่ดีของเจ้าหน้าที่ในเรื่องต่อไปนี้ร่วมด้วย

- มีความรับผิดชอบต่อนักที่, ผู้ป่วย,ญาติ และสังคม
- มีความสำนึกที่ดีต่องานฟื้นฟูสมรรถภาพ
- มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงานทุกระดับ

REH.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

REH.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

REH.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

REH.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

REH.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

REH.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

REH.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

REH.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

REH.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

REH.5.3 เจ้าหน้าที่ รับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

REH.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

REH.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่าง สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

- REH.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- REH.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือ
- REH.6.3 ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ
- REH.6.4 สถานที่ตรวจรักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิด พ้นสายตาและ การได้ยินโดยบุคคลอื่น
- REH.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่
- REH.6.6 มีการปรับโครงสร้างตัวอาคารและสิ่งแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ คนพิการ
- REH.6.7 มีเตียง หรือเตียงจัดสรร สำหรับผู้ป่วยใน เพื่อการรักษาและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ที่ตั้งของหน่วยบริการ (REH.6.1)

- ควรอยู่ชั้นล่างของตึกหรือไม่เกินชั้น 2 โดยอยู่ใกล้กับลิฟท์เพื่อความสะดวกในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือการเข้ารับบริการของผู้ป่วย
- การให้บริการที่เกี่ยวข้องทุกส่วนควรจะอยู่ในชั้นเดียวกัน

การจัดโครงสร้างภายใน (REH.6.2)

มีการจัดโครงสร้างภายในอย่างเหมาะสมสำหรับให้บริการตรวจรักษาและฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ พื้นที่สำหรับตรวจ, ประเมิน, กายภาพบำบัด, กิจกรรมบำบัด, กายอุปกรณ์, การจัดเก็บเครื่องมือ เป็นต้น

การจัดโครงสร้างภายในสำหรับหน่วยกายภาพบำบัด

ควรมีพื้นที่ส่วนการรักษายกจากกันเป็น 3 ส่วนคือ

- พื้นที่สำหรับการรักษาแบบกลุ่ม สำหรับการรักษาด้วยการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย (movement and exercise therapy) ขนาดอย่างน้อย 80 ตารางเมตร สำหรับผู้ป่วย 10 ราย

- พื้นที่สำหรับการรักษาเฉพาะคน สำหรับการรักษาด้วยมือ (manual therapy) และการรักษาด้วยไฟฟ้า (electrotherapy) มีการจัดให้เป็นสัดส่วนเฉพาะคนด้วยการกั้นห้องหรือผ้ามาเน ขนาด 4x3 ตารางเมตรสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- พื้นที่ส่วนเปียก สำหรับการรักษาด้วยน้ำ (hydrotherapy) เช่น ถังน้ำอุ่นน หากมีสระน้ำควรแยกออกมาเป็นเอกเทศ แต่อยู่ใกล้กับหน่วยกายภาพบำบัด (พื้นที่ส่วนนี้อาจจะมีหรือไม่ก็ได้)

การปรับโครงสร้างเพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการ (REH.6.6) เช่น

- ทางลาดเอียงสำหรับเข็นรถเข็นคนพิการ
- ห้องน้ำสำหรับคนพิการ
- blind block สำหรับชี้แนวทางเดินให้คนตาบอด
- ราวจับตามทางเดิน

REH.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- REH.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ
- REH.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน
- REH.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี
- REH.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา
- REH.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ
- REH.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงาน (REH.7.2)

1. เครื่องมือทางไฟฟ้า

- เครื่องดึงคอ/หลัง (traction)
- เครื่องให้ความร้อนลึกชนิดคลื่นเสียง (ultrasound)
- เครื่องกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า (electrical stimulator)
- เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อลดปวด (transcutaneous electrical nerve stimulator)
- เครื่องให้ความร้อนลึกชนิดไฟฟ้าคลื่นสั้น (short wave diathermy)
- เครื่องตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทด้วยไฟฟ้า (EMG)

2. เครื่องมือสำหรับการรักษาด้วยการออกกำลังกาย

- Mat หรือ elevated floor หรือ เติง สำหรับออกกำลังกาย
- บาร์คู่เพื่อให้ฝึกยืน, เดิน (parallel bar)
- ถุงประคบร้อน/เย็น (hot/cold pack)
- ชุดดัมเบลน้ำหนักขนาดต่างๆ (dumbbell set)
- รอกบริหารหัวไหล่และแขน (pulley)
- โตะปักหมุดสำหรับการเคลื่อนไหวของข้อ (peg board)
- รถเข็นนั่ง (wheel chair)
- กระจกเงา (stand mirror)
- อุปกรณ์ฝึกหัดเดิน ได้แก่ ไม้ค้ำยัน (crutches), ไม้เท้า (cane), เครื่องช่วยพยุงเดิน 4 ขา (walker)

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- เตียงปรับระดับความลาดเอียง (tilt table)
- ถังพาราฟิน (paraffin bath)
- ถังน้ำวน (whirl pool)
- วงล้อสำหรับบริหารข้อไหล่ (shoulder wheel)
- ชุดออกกำลังกายด้วยวิธีการแขวน และพยุง (suspension unit)
- ชุดอุปกรณ์ฝึกการใช้มือและกิจวัตรประจำวัน (ADL set)
- อุปกรณ์ฝึกการใช้มือและการหยิบจับ เช่น ลูกบอล, ลูกบิด

3. อุปกรณ์ที่จำเป็นอื่นๆ

เช่น ชุดช่วยชีวิต, เครื่องดูดเสมหะ, ชุดปฐมพยาบาล, ชุดทำแผล

4. เครื่องมือในการผลิตกายอุปกรณ์เสริม-เทียม (สำหรับหน่วยบริการที่มีความพร้อม)

เช่น

- หุ่นรองเท้า
- มอเตอร์หินเจียร
- เครื่องเชื่อมไฟฟ้า
- เครื่องคว้านไม้
- เครื่องตัดกระดาษทรายสายพาน
- ตู้อบน้ำอุ่นชาเทียม
- เครื่องดูดสูญญากาศ
- อุปกรณ์เย็บหนัง

REH.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- REH.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ
- REH.8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- REH.8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- REH.8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- REH.8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในสถานการณ์ของโรงพยาบาล
- REH.8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- REH.8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การทำงานเป็นทีม (REH.8.1)

- เจ้าหน้าที่ในสายงานฟื้นฟูสมรรถภาพเข้าใจบทบาท, ความหมาย และขอบเขตของเจ้าหน้าที่แต่ละประเภท ซึ่งประกอบด้วย
 - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
 - พยาบาลฟื้นฟู
 - นักกายภาพบำบัด
 - นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีพบำบัด
 - นักอรรถบำบัด
 - นัก/ช่างกายอุปกรณ์
 - นักจิตวิทยา
 - นักสังคมสงเคราะห์
 - นักฝึกอาชีพ
 - นักนันทนาการ
- ทีมงานร่วมกันวางแผนการรักษาที่เหมาะสมถูกต้อง
- มีการประสานการทำงานภายในสายงานฟื้นฟูสมรรถภาพ และกับแพทย์สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
- มีระบบที่จะส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นเมื่อจำเป็น

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

การวางแผนการดูแลรักษา (REH.8.4)

ควรมีการตั้งเป้าหมายการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกอาชีพและการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วยหรือผู้พิการ

กระบวนการให้บริการและดูแลรักษา (REH.8.5)

องค์ประกอบในการดูแลรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่

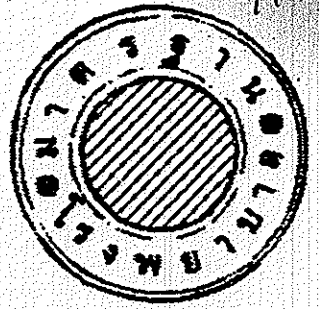
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด
- การกระตุ้นพัฒนาการและการเรียนรู้ในเด็ก
- การออกกำลังกายเพื่อรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- การฝึกการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
- การผลิตและซ่อมมกายอุปกรณ์เสริม/เทียม
- การพิจารณาเครื่องช่วยคนพิการ
- การแนะนำการปรับสภาพบ้าน/สิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยหรือความพิการ
- การเตรียมความพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคม
- กิจกรรมส่งเสริมด้านกีฬาแก่ผู้ป่วยและผู้พิการ

REH.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

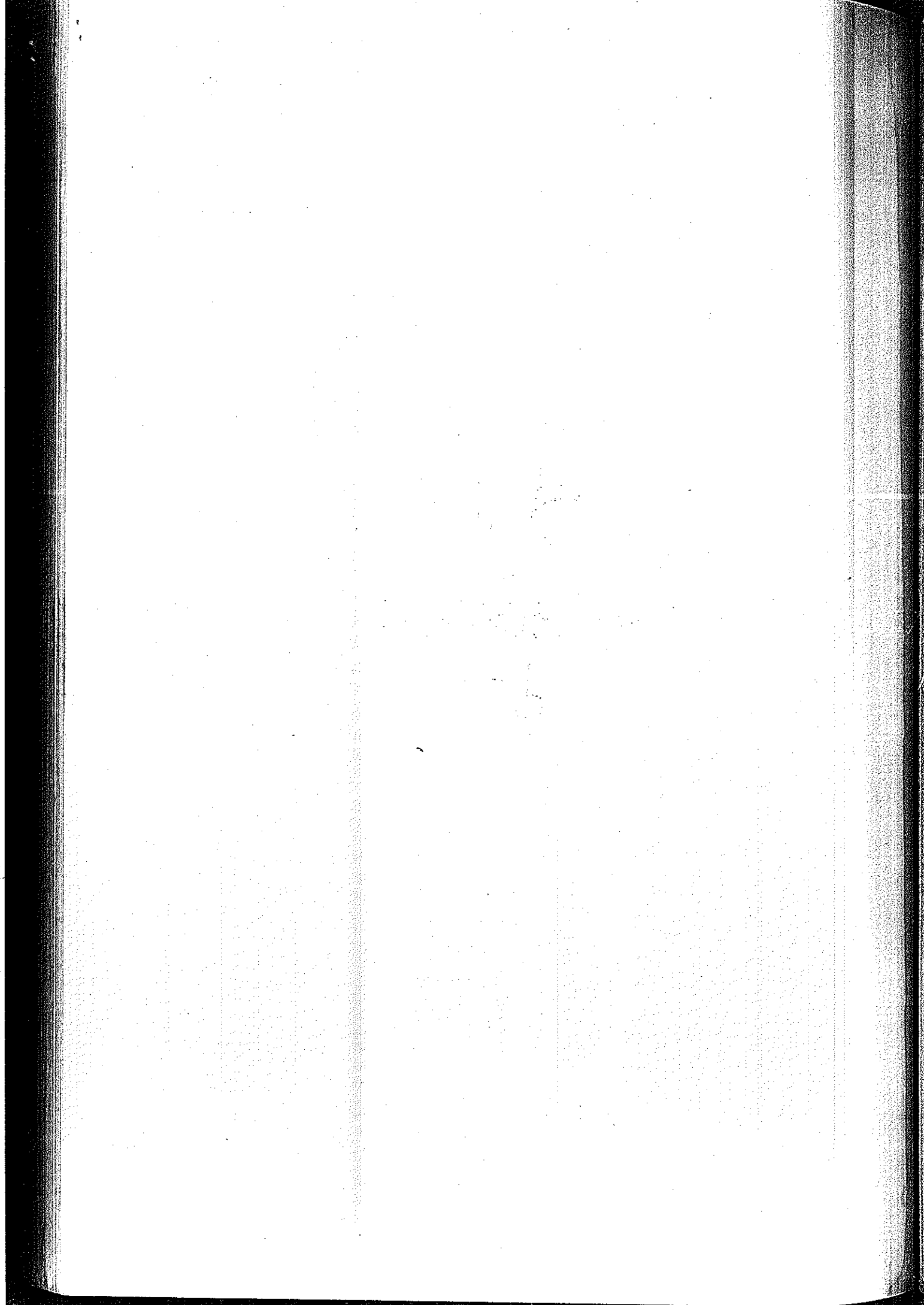
มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- REH.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน
- REH.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย
- REH.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - REH.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ
 - REH.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง
 - REH.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ
 - REH.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ
 - REH.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว
- REH.9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ
- REH.9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล
 - REH.9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

4.17/17



S
บริการ
สังคมสหกรณ์
C



บริการสังคมสงเคราะห์ (SOC)

บริการสังคมสงเคราะห์เป็นการดูแลช่วยเหลือทางด้านสังคมให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยซึ่งมีปัญหาทางด้านสังคมร่วมกับปัญหาการเจ็บป่วย ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนรอบด้าน รวมทั้งเป็นการเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

บริการสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลในที่นี่ไม่จำกัดเฉพาะการจัดตั้งหน่วยงานสังคมสงเคราะห์เท่านั้น แต่หมายถึงการให้บริการสังคมสงเคราะห์ซึ่งผู้ป่วยสมควรได้รับตามความเหมาะสมด้วย

มาตรฐานบริการสังคมสงเคราะห์นี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการทำงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการสังคมสงเคราะห์ มี 9 ข้อ ดังนี้

SOC.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสังคมสงเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

SOC.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสังคมสงเคราะห์ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการสังคมสงเคราะห์ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการสังคมสงเคราะห์/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

SOC.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสังคมสงเคราะห์อย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการสังคมสงเคราะห์ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสังคมสงเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

SOC.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการสังคมสงเคราะห์ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

SOC.

มีการ

บริการ

SOC.1

SOC.1

SOC.1

SOC.1

ขยาย

SOC.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ วัตถุประสงค์ ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

SOC.1.1 พันธกิจ วัตถุประสงค์ และขอบเขตของการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

SOC.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

SOC.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

SOC.1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการสังคมสงเคราะห์ และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

ตัวอย่างพันธกิจ

พันธกิจของบริการสังคมสงเคราะห์คือการดูแลทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน

ตัวอย่างปรัชญาบริการสังคมสงเคราะห์

- บริการสังคมสงเคราะห์ที่มีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่เอื้ออำนวยต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ
- การดูแลช่วยเหลือทางสังคมต้องเป็นไปอย่างครบวงจร ทั้งในด้านการแก้ไขปัญหา ป้องกันปัญหา ส่งเสริมฟื้นฟู พัฒนาศักยภาพ และพิทักษ์สิทธิประโยชน์
- การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จะดูแลครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

ตัวอย่างขอบเขตของบริการสังคมสงเคราะห์

- การตรวจวินิจฉัย และประเมินสภาพทางสังคมจิตวิทยา
- การบำบัดทางสังคมทั้งในเวลาปกติและบริการฉุกเฉิน ทั้งการให้ความช่วยเหลือความเดือดร้อน การให้คำปรึกษาแนะนำตามมาตรฐาน
- การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาทางสังคม
- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม
- การสังคมสงเคราะห์ชุมชน
- การจัดการทรัพยากรทางสังคม
- การจัดบริการสวัสดิการสังคมและสาธารณสุข
- การวิจัยและพัฒนาทางสังคมสงเคราะห์

SOC.2 การจัดการและการบริหาร

มีการจัดการและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการสังคมสงเคราะห์ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.2.1 โครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน/บริการสังคมสงเคราะห์ ชัดเจนและเหมาะสม

SOC.2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุตามพันธกิจที่กำหนดไว้ และได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม

SOC.2.3 มีการจัดทำคำบรรยายลักษณะงานเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

SOC.2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

SOC.2.5 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

SOC.2.6 มีการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานสังคมสงเคราะห์กับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

SOC.2.7 มีการจัดตั้งหรือบริหารกองทุนสังคมสงเคราะห์ไว้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

หัวหน้าหน่วยงาน (SOC.2.2)

หัวหน้าหน่วยงานเป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการฝึกอบรม หรือมีประสบการณ์

การติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานภายนอก (SOC.2.6)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่

- แรงงานจังหวัด
- ประชาสงเคราะห์จังหวัด
- พาณิชยจังหวัด
- ตำรวจ
- องค์กรภาครัฐที่เป็นแหล่งทรัพยากรทางสังคมสงเคราะห์อื่นๆ
- องค์กรภาคเอกชนที่เป็นแหล่งทรัพยากรทางสังคมสงเคราะห์

SOC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการสังคมสงเคราะห์ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.3.1 การจัดทำล้งคน

SOC.3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

SOC.3.1.2 มีกลไกที่จะติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

SOC.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และการส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

SOC.3.3 เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

การจัดกำลังคน (SOC.3.1)

- มีนักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติหน้าที่เป็นการประจำในเวลาทำการปกติ จำนวนเพียงพอกับผู้ป่วยที่มารับบริการ
- มีนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ช่วยนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการอบรม ปฏิบัติงานประจำนอกเวลาราชการ
- มีนักสังคมสงเคราะห์คอยรับปรึกษาตลอดเวลา
- มีนักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติงานเมื่อมีเหตุฉุกเฉินตามความจำเป็น
- ในกรณีที่ไม่มือนักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติงาน ควรมีระบบการขอคำปรึกษาจากนักสังคมสงเคราะห์ภายนอกตามความจำเป็น

SOC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

SOC.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/บริการ

SOC.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

SOC.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

SOC.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

แผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ (SOC.4.2)

ควรมีการจัดทำแผนต่อไปนี้

- แผนจัดอบรมฟื้นฟูในเรื่อง เทคนิคการให้คำปรึกษา การให้บริการผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย การเชื่อมโยงเครือข่ายบริการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตด้านจิตใจและสังคม เทคนิคการประสานงาน การพัฒนางานสังคมสงเคราะห์ตามสถานการณ์ของสังคม
- แผนการศึกษา ดูงาน ในหน่วยงานที่มีมาตรฐานการปฏิบัติงานสูงกว่า

SOC.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการสังคมสงเคราะห์/กฐระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

SOC.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

SOC.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

SOC.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

SOC.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

SOC.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

SOC.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

SOC.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

SOC.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

SOC.5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

SOC.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติงานด้านต่างๆที่ควรมี (SOC.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ เช่น

- ความสัมพันธ์ระหว่างงานสังคมสงเคราะห์กับหน่วยงานอื่นๆที่ให้การดูแลผู้ป่วย
- สถานการณ์ที่ต้องแจ้งให้หัวหน้างานสังคมสงเคราะห์ทราบ

ด้านการให้บริการสังคมสงเคราะห์ทั่วไป เช่น

- การแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักบริการสังคมสงเคราะห์
- การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ประชาชนเมื่อประสบปัญหาความยุ่งยากขณะเจ็บป่วย
- ข้อปฏิบัติสำหรับหน่วยงานในโรงพยาบาล เมื่อพบผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือด้านปัญหาสังคมและปัญหาส่วนตัว
- การแนะนำแหล่งทรัพยากรทั้งภาครัฐและเอกชน
- วิธีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการทางสังคมสงเคราะห์

ด้านการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

- การให้บริการสังคมสงเคราะห์แก่ผู้มีปัญหาทางสังคม ซึ่งแยกประเภทปัญหาสังคมออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้
 - ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน
 - ปัญหาเกี่ยวกับ พ่อ แม่ ลูก
 - ปัญหาเกี่ยวกับการแตกแยกของครอบครัว
 - ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ใช่ พ่อ แม่ ลูก
 - ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วย
 - ปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
 - ปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย
 - ปัญหาที่เกี่ยวกับบุคคลอื่นนอกครอบครัว
 - ปัญหาการแยกตัวจากสังคม
 - ปัญหาการเงิน
 - ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา
 - ปัญหาเกี่ยวกับอาชีพ
 - ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมาย
 - ปัญหาเกี่ยวกับตัวบุคคลที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ
 - ปัญหาด้านสภาพแวดล้อม
 - ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติตามสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ
 - ปัญหาสังคมอื่นๆ เช่น การทารุณกรรมเด็ก การทารุณกรรมทางเพศ ปัญหา ยาเสพติด
- การดูแลผู้ป่วยที่มีหลักประกันทางสุขภาพกลุ่มต่างๆและผู้ที่มีสังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูลตามนโยบาย ให้ได้รับสิทธิที่พึงมี

SOC.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ

SOC.6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการหรือหน่วยงานมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการและสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

SOC.6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์เครื่องมือ

SOC.6.3 ลักษณะสภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศ มีแสงสว่างและอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

SOC.6.4 สถานที่ตรวจ/รักษา/ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิด พ้นสายตาและได้ยินโดยบุคคลอื่น มีการจัดบรรยากาศให้มีความรู้สึกที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง

SOC.6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

SOC.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการสังคมสงเคราะห์ ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

SOC.7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

SOC.7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

SOC.7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งานเป็นอย่างดี

SOC.7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

SOC.7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

SOC.7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงาน (SOC.7.2)

เครื่องมือที่ควรมีได้แก่

- โทรศัพท์ติดต่อทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน
- เครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลทางสังคมสงเคราะห์

SOC.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/กระบวนการให้บริการสังคมสงเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

SOC.8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ

SOC.8.2 มีการค้นหา/เฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อการดูแลคุณภาพชีวิตโดยจัดทำประวัติด้านสังคมของผู้ป่วย

SOC.8.3 มีการประเมินผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ด้านสังคมสงเคราะห์

SOC.8.4 ใช้วิธีการทางสังคมสงเคราะห์เพื่อให้การดูแลทางสังคมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

SOC.8.5 มีการบันทึกข้อมูลด้านสังคมสงเคราะห์

SOC.8.6 มีการวางแผนอย่างเป็นระบบในงานบริการทุกงาน

SOC.8.7 มีระบบการติดตามผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

การประเมินผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ด้านสังคมสงเคราะห์ (SOC.8.3)

- พิจารณาว่าผู้ป่วยประเภทใดรายใด ควรได้รับการดูแลทางสังคมเป็นกรณีพิเศษ
- จัดลำดับความเร่งด่วนของการดูแลช่วยเหลือทางสังคม

วิธีการทางสังคมสงเคราะห์ (SOC.8.4)

- สัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหา วางแผนการช่วยเหลือ และประเมินผลการดูแลช่วยเหลือ
- วางแผนการดูแลทางสังคมร่วมกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายทางเลือกของการแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจ
- ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครบวงจร ครอบคลุมการแก้ไขปัญหาชีวิตและสังคม การดูแลสนับสนุนทางจิตใจ การฟื้นฟูศักยภาพ การป้องกันปัญหา การพิทักษ์สิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ และการประสานงานส่งต่อ
- มีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีการส่งมอบด้วยเอกสาร ในการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วย

การบันทึกข้อมูลด้านสังคมสงเคราะห์ (SOC.8.5)

ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน

- ข้อมูลที่ใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่น ได้แก่ เลขที่ผู้ป่วย วันเวลาที่มาโรงพยาบาล
- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อาชีพ รายได้ การศึกษา บทบาท/สถานภาพในครอบครัว
- ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆ ขณะเจ็บป่วย
- ผลการตรวจ/ประเมินสภาพทางสังคมของผู้ป่วย
- แผนการดูแลทางสังคม

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้และผลของการปฏิบัติ
- คำแนะนำสำหรับการมาติดต่อครั้งต่อไป

แบบบันทึกสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

- แบบสำรวจสภาพทางสังคมของผู้รับบริการ
- แบบสัมภาษณ์ประวัติเพื่อค้นหาข้อมูลด้านลึกของผู้รับบริการ
- แบบสรุปรายงานผลการตรวจสอบประเมินผู้ปวย
- แบบรายงานส่งต่อและประสานงาน

SOC.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการสังคมสงเคราะห์ โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

SOC.9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการสังคมสงเคราะห์ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

SOC.9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

SOC.9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

SOC.9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

SOC.9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

SOC.9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

SOC.9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

SOC.9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการสังคมสงเคราะห์

ตัวอย่างกิจกรรมติดตามศึกษาข้อมูล

- มีการเก็บข้อมูล ประเมินข้อมูลสถานภาพทางสังคม และการให้บริการ ประจำวัน
- มีการทบทวนและตรวจสอบข้อมูล สถิติที่ได้จัดทำไว้โดยหัวหน้างาน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน เพื่อประเมินความสมบูรณ์ครบถ้วน
- มีการสรุปข้อมูล ทบทวน ประเมินคุณภาพ การดำเนินงานสังคมสงเคราะห์ ประจำเดือน