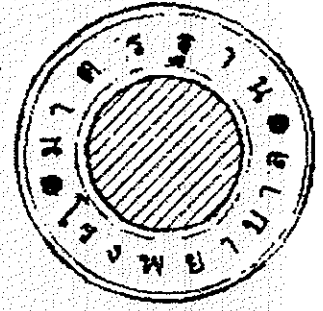


การบริหาร ระดับองค์กร

๖ ๖๖

3.1/6



FE

โครงสร้างกายภาพ

สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย

V

โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย (ENV)

โครงสร้างกายภาพ หรือสิ่งแวดล้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วย หมายถึงอาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ความสำคัญของโครงสร้างกายภาพหรือสิ่งแวดล้อมที่จะมีต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยคือเรื่องของความปลอดภัย ซึ่งจะครอบคลุมตั้งแต่ความปลอดภัยของอาคารสถานที่ และเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งการป้องกันอันตรายจากเชื้อโรค อักเสบ และการเจ็บป่วยจากการทำงาน

มาตรฐานโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย มี 4 ข้อ ดังนี้

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยังพอใจ

ENV.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

ENV.1 โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลมีโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับ การดูแลรักษาอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สะดวกสบาย และเป็นที่ยัง พพอใจ

- ENV.1.1 โครงสร้างกายภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งหมดเป็นไปตามข้อกำหนด ของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัย
- ENV.1.2 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาล อย่างชัดเจน
- ENV.1.3 มีระบบบริหารทรัพย์สินที่มีประสิทธิภาพ
- ENV.1.4 มีแผนผังของโรงพยาบาลในสภาพปัจจุบันเพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการและ เจ้าหน้าที่ทั้งในเวลาปกติและยามฉุกเฉิน
- ENV.1.5 มีระบบบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพ
- ENV.1.6 มีสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ENV.1.7 มีระบบการสนับสนุนฉุกเฉินที่จำเป็น
- ENV.1.8 มีระบบการสื่อสารของโรงพยาบาลที่สามารถใช้การได้ตลอดเวลา
- ENV.1.9 มีระบบบริหารจัดการเพื่อดูแลความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า ดึงแก๊ส ใอน้ำ สารเคมี วัตถุไวไฟ
- ENV.1.10 มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพได้ อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
- ENV.1.11 มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการจัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อม

ขยายความ

นโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพที่ควรมี (ENV.1.2)

- การใช้ที่ดิน อาคาร ทรัพย์สิน และการบำรุงรักษา
- การรายงานข้อขัดข้องเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพที่เกิดขึ้นทั้งในเวลาทำการและนอก เวลาทำการปกติ
- การระบายสิ่งต่างๆสู่อากาศ พื้นดิน และน้ำ
- การกำจัดของเสีย
- การประหยัดพลังงาน
- การจัดหาวัสดุโดยคำนึงถึงการลดปริมาณขยะ ของเหลือใช้

ระบบบริหารทรัพย์สินที่มีประสิทธิภาพ (ENV.1.3)

- มีทะเบียนทรัพย์สินของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน
- มีแนวทางการตัดสินใจเพื่อลงทุนหรือซ่อมบำรุงทรัพย์สินบนพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์
- มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบโครงการลงทุนที่สำคัญ
- มีระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายการลงทุนทุกโครงการ
- มีการใช้คอมพิวเตอร์ในการบริหารและบำรุงรักษาทรัพย์สินของโรงพยาบาล

แผนผังของโรงพยาบาล (ENV.1.4)

ควรแสดง

- พื้นที่และช่องทางหนีไฟ กรณีเกิดเพลิงไหม้
- แผนผังของอาคารต่างๆ
- แผนผังของอาคารแต่ละชั้น
- เส้นทางเดินภายในอาคาร และสถานที่ตั้งของหน่วยงานดูแลรักษาอาคาร
- ถนนและทิศทางการจราจร
- สถานที่ตั้งหน่วยบริการต่างๆและสาธารณูปโภค

ระบบบำรุงรักษา (ENV.1.5)

- มีผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้รับผิดชอบดูแลการบำรุงรักษาโครงสร้างกายภาพของโรงพยาบาล
- มีแผนการบำรุงรักษาและจัดหาทดแทนเพื่อลดโอกาสเกิดความขัดข้องและความเสี่ยงเกี่ยวกับโครงสร้างกายภาพของอาคาร รวมทั้งรางเท้า ถนน ไฟส่องสว่างภายนอกอาคาร
- มีการจัดลำดับความสำคัญในการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์
- มีการจัดความคั่งค้างในการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์
- มีการติดตามประเมินข้อมูลระยะเวลาที่ใช้ในการซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ

สิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัย (ENV.1.6)

- มีการจัดเตรียมโครงสร้างกายภาพเป็นพิเศษสำหรับเด็ก และผู้พิการ
- มีการติดอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ราวจับตามทางเดิน, ที่จับและระบบสัญญาณฉุกเฉินในห้องน้ำ/ห้องสุขา, สัญญาณเรียกพยาบาล, ราวกันเตียงที่เหมาะสมกับความสูงของเตียง, สายคาดนิรภัยบนเก้าอี้เข็น/รถเลื่อน
- มีการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อความสะดวกสบายของผู้ใช้บริการ ได้แก่ อุณหภูมิที่พอเหมาะ, แสงสว่างเพียงพอ, อุปกรณ์เพื่อความบันเทิง เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ
- มีระบบการระบายอากาศที่ดี สามารถควบคุมการติดต่อของเชื้อโรคที่ใช้อากาศเป็นสื่อ และสามารถขจัดอากาศเสียหรือก๊าซที่เป็นอันตรายได้
- มีการจัดสถานที่จอดรถให้เพียงพอ
- มีการจัดสถานที่จอดรถเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ระบบการสนับสนุนฉุกเฉิน (ENV.1.7)

- เครื่องกำเนิดไฟฟ้า
- ระบบไฟฟ้าฉุกเฉิน
- ก๊าซทางการแพทย์
- ตู้เย็นเก็บโลหิต
- ถังเก็บน้ำ

ระบบการติดต่อสื่อสาร (ENV.1.8)

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

ENV.2 การกำจัดของเสีย

มีการกำจัดของเสียด้วยวิธีการที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และสิ่งแวดล้อม

ENV.2.1 การกำจัดของเสียสอดคล้องกับระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม

ENV.2.2 มีเอกสารนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดของเสีย

ENV.2.3 มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และระบบสำหรับการกำจัดของเสียเหมาะสมและเพียงพอ

ENV.2.4 มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี

ENV.2.5 มีการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติที่กำหนดไว้

ENV.2.6 มีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของการกำจัดของเสีย

ขยายความ

นโยบายและวิธีปฏิบัติที่พึงมี (ENV.2.2)

- การแยกของเสียทั่วไปและของเสียที่มีการปนเปื้อน
- การกำจัดวัตถุมีคมในภาชนะที่เหมาะสม
- แนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับบาดเจ็บจากเข็ม
- การตัดป้ายและกำจัดของเสียที่มีผลทำลายเนื้อเยื่อ หรือมีกัมมันตภาพรังสี
- การขนย้ายของเสียที่ปนเปื้อนอย่างปลอดภัย รวมถึงการใช้ถุงตามข้อตกลงใส่ของเสียที่ปนเปื้อน การสวมชุดป้องกัน การจัดให้มีสารเคมีเก็บกักนำไปเผาหรือขนย้ายจากพื้นที่
- การกำจัดของเสียพิเศษอื่นๆ
- การวัดความสะอาดพาดหณะที่ใช้ขนส่งของเสีย

เครื่องมือ อุปกรณ์ ระบบสำหรับกำจัดของเสีย (ENV.2.3)

- ระบบบำบัดน้ำเสีย
- ภาชนะรองรับขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ไม่รั่วซึม
- ที่พักขยะ

การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ (ENV.2.4) ควรมีเนื้อหาเรื่องต่อไปนี้

- การขนย้ายของเสียจากผู้ป่วยที่ถูกวิธี
- การดูแลเตาเผาขยะ/ระบบบำบัดน้ำเสียสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

ENV.3 การป้องกันอัคคีภัย

โรงพยาบาลได้รับการก่อสร้าง จัดเตรียมเครื่องมือ ดำเนินงาน และบำรุงรักษา เพื่อป้องกันอันตรายและความเสียหายจากอัคคีภัย

- ENV.3.1 มีนโยบายด้านการป้องกันอัคคีภัยของโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้บริหารสูงสุดรับรอง
- ENV.3.2 มีผู้รับผิดชอบในการป้องกันอัคคีภัย ✓
- ENV.3.3 การก่อสร้างและต่อเติมอาคารเป็นไปตามข้อกำหนดของ พรบ.ควบคุมอาคาร ด้านการป้องกันอัคคีภัย ✓
- X ENV.3.4 มีการตรวจสอบและปรับปรุงเพื่อป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ → *none*
- ENV.3.5 มีเครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัยที่เหมาะสม ✓
- ENV.3.6 มีทางหนีไฟจากส่วนต่างๆของอาคารซึ่งสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย ✓
- ENV.3.7 มีการแสดงวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยและวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนทั่วทั้งโรงพยาบาล ✓
- ENV.3.8 มีการฝึกซ้อมวิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ

ขยายความ

ผู้รับผิดชอบในการป้องกันอัคคีภัย (ENV.3.2)

- ผู้บริหารสูงสุดรับผิดชอบในการปฏิบัติตาม พรบ. ควบคุมอาคารเพื่อป้องกันอัคคีภัยในทุกๆส่วนของโรงพยาบาล
- มีการแต่งตั้งผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์เป็นผู้รับผิดชอบด้านการป้องกันอัคคีภัย
- มีระบบให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักถึงความรับผิดชอบในการดูแลความปลอดภัยจากอัคคีภัยตามระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบและป้องกันอัคคีภัย (ENV.3.4)

- มีการตรวจสอบความปลอดภัยด้านอัคคีภัยโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ตามกำหนดเวลา และเมื่อมีการปรับปรุงดัดแปลงอาคาร
- มีการปฏิบัติตามข้อเสนอนแนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านอัคคีภัย และบันทึกหรือรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร
- มีการประเมินภาวะเสี่ยงจากอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอโดยผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาล
- มีการลดปริมาณการเก็บวัสดุไวไฟให้เหลือน้อยที่สุด และเก็บในบริเวณที่กำหนด
- มีการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องใช้ไฟฟ้าชนิดที่นำมาใช้ในโรงพยาบาล

เครื่องมือและระบบป้องกันอัคคีภัย (ENV.3.5)

- มีการจัดหาเครื่องมือดับเพลิงที่เหมาะสมและเพียงพอ เช่น เครื่องดับเพลิง ชุดผจญเพลิง ท่อน้ำต่อหัวสูบลม ม้วนปากกระบอกฉีด ซึ่งมีแรงดันในท่อน้ำไม่ต่ำกว่า 250 ปอนด์
- มีการติดตั้งเครื่องมือและวางระบบเกี่ยวกับอัคคีภัยไว้อย่างเหมาะสมตามประเภทของอัคคีภัยอันอาจเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ โดยให้ความสนใจต่อบริเวณที่มีอันตรายได้แก่
 - บริเวณที่จัดไว้ให้สูบบุหรี่
 - ห้องช่าง/ห้องเครื่องกำเนิดไฟฟ้า
 - ห้องไฟฟ้า รวมทั้งระบบพิเศษสำหรับการติดตั้งกระแสไฟแรงสูง
 - คลังเก็บน้ำมันและก๊าซ
 - ห้องเก็บเวชระเบียน
 - เตาเผาขยะ
 - ห้องครัว
 - ห้องปฏิบัติการชันสูตร
 - บริเวณห้องซักридและห้องผ้า
 - ห้องช่างซ่อมบำรุง
 - ห้องยา
 - บริเวณที่เก็บรวบรวมขยะ
 - ห้องหรือบริเวณที่ใช้สำหรับการเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือที่ไวไฟ
 - ร้านค้า
 - ห้องรักษาพยาบาลและบริเวณเตียงผู้ป่วยที่ใช้ออกซิเจน
- มีหลักฐานการทดสอบ/บำรุงรักษาเครื่องมือ และระบบป้องกันอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ โดยผู้มีความรู้ความสามารถ
- ไม่มีสิ่งกีดขวางที่เป็นอุปสรรคต่อการนำเครื่องมือดับเพลิงไปใช้
- มีป้ายแสดงตำแหน่งของเครื่องดับเพลิงชนิดเคมีแห้งชัดเจน

ทางหนีไฟ (ENV.3.6)

- เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมายควบคุมอาคาร
- ทางหนีไฟกว้างเพียงพอสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ทางหนีไฟไม่มีสิ่งกีดขวาง
- ไม่มีการเก็บวัสดุไวไฟไว้ในบริเวณทางหนีไฟ
- มีป้ายทางออกหนีไฟแสดงไว้ชัดเจน
- ห้องผู้ป่วยและประตูทางออกสู่ทางหนีไฟต้องเปิดได้ตลอดเวลา
- มีคำแนะนำรายละเอียดเรื่องการใช้ทางหนีไฟ

การฝึกซ้อมเมื่อเกิดอัคคีภัย (ENV.3.8)

- มีการซ้อมดับเพลิงอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้สภาวะการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งกลางวันและกลางคืน
- มีการฝึกซ้อมติดต่อประสานงาน กับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบด้านอัคคีภัยในพื้นที่ กรณีเกิดอัคคีภัย
- มีการประเมินผลการจัดซ้อม จัดทำรายงาน บันทึกรายชื่อผู้เข้าร่วมฝึกซ้อมดับเพลิง
- * เจ้าหน้าที่ทุกคนได้รับการฝึกอบรมแนวทางปฏิบัติด้านอัคคีภัยทุกปี รวมทั้งการแจ้งสัญญาณอัคคีภัย การใช้เครื่องมือดับเพลิง วิธีการ/เส้นทางเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และทราบว่าจะทำการเคลื่อนย้ายเมื่อใด อย่างไร

ENV.4 การจัดการด้านความปลอดภัย

มีการจัดการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่

ENV.4.1 มีเอกสารนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล

ENV.4.2 มีผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลรับผิดชอบดำเนินการตามนโยบายด้านความปลอดภัย

ENV.4.3 มีการวางแผนและดำเนินงานด้านความปลอดภัยอย่างเหมาะสม

ENV.4.4 มีบริการอาชีวอนามัยให้เจ้าหน้าที่

ENV.4.5 มีการให้ความรู้ ฝึกอบรม แจกจ่ายและคำเตือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงนโยบายและวิธีปฏิบัติด้านความปลอดภัย

ENV.4.6 มีการจัดทำรายงานประจำปีด้านความปลอดภัยเสนอต่อผู้บริหารระดับสูง

ขยายความ

การวางแผนและดำเนินงาน (ENV.4.3)

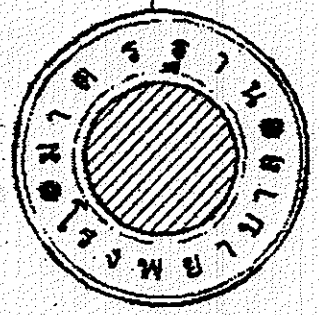
ประกอบด้วย

- การค้นหาและประเมินภาวะเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ ในโรงพยาบาล และบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- มาตรการในการป้องกันและควบคุมภาวะเสี่ยง
- การตรวจตราหน่วยงานต่างๆที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายอย่างสม่ำเสมอ
- ระบบรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ อันตราย ข้อผิดพลาดต่างๆ และการสอบสวนเมื่อจำเป็น
- ระบบการกระจายข่าวกิจกรรมความปลอดภัยและคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายต่างๆ
- การประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายด้านความปลอดภัย

บริการอาชีวอนามัย (ENV.4.4)

- มีนโยบายในการตรวจสุขภาพก่อนบรรจุทำงาน การคัดกรองสุขภาพและเฝ้าระวังโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่น หัดเยอรมัน, วัณโรค, ไรรัลดับอักเสบชนิด บี
- มีหลักประกันว่าเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสกับผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกัน หรือไม่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบชนิด บี และโรคติดเชื้ออื่นๆ
- มีนโยบายและมาตรการในการป้องกันอันตรายจากสารเคมี, จุลชีพ, กลไก และ ทำงในการทำงาน
- มีระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาแนวโน้มของปัญหาและกำหนดแนวทางป้องกัน

3.2/6



III
การคุ้มครอง
ทรัพย์สินทางปัญญา
MU

การบริหารทรัพยากรบุคคล (HUM)

ทรัพยากรบุคคลถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าที่สุดขององค์กร เนื่องจากเป็นทรัพยากรที่สามารถพัฒนาให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นได้ บุคคลเป็นทั้งผู้ที่จะกำหนดระบบงานที่เหมาะสม และเป็นผู้ปฏิบัติในระบบงานที่กำหนดไว้

องค์กรที่ประสบความสำเร็จคือองค์กรที่ให้ความสำคัญในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นอันดับต้นๆ สร้างสิ่งแวดล้อมให้เจ้าหน้าที่เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา ในภาวะที่ทรัพยากรบุคคลมีจำกัด การพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ให้มีศักยภาพสูงขึ้น การกำหนดบทบาทหน้าที่และภาระงานที่เหมาะสมตามความจำเป็นของโรงพยาบาล จะทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดบริการที่มีคุณภาพได้ ลักษณะพิเศษของโรงพยาบาลคือการให้บริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องมีกลไกที่จะส่งเสริมมาตรฐานและธำรงไว้ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

มาตรฐานการบริหารทรัพยากรบุคคล มี 5 ข้อ ดังนี้

HUM.1 การวางแผนทรัพยากรบุคคล

มีการวางแผนทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล

HUM.2 การสรรหา คัดเลือก บรรจุ

มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

HUM.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

HUM.4 การประกอบวิชาชีพของเจ้าหน้าที่

มีกลไกส่งเสริมให้มีการประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐานและธำรงไว้ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

HUM.5 การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล

HUM.1 การวางแผนทรัพยากรบุคคล

มีการวางแผนทรัพยากรบุคคลสอดคล้องกับพันธกิจ แผนยุทธศาสตร์ โครงสร้างองค์กร และทรัพยากรของโรงพยาบาล

HUM.1.1 มีนโยบายด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุด

HUM.1.2 มีผู้บริหารระดับสูงรับผิดชอบการบริหารทรัพยากรบุคคล ในด้านการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล

HUM.1.3 มีการจัดทำแผนทรัพยากรบุคคลเป็นลายลักษณ์อักษร โดยใช้ปริมาณงานและลักษณะงานเป็นตัวกำหนดจำนวนและคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่

HUM.1.4 มีการกำหนดคุณสมบัติ และความรู้ความสามารถเฉพาะตำแหน่ง

HUM.2 การสรรหา คัดเลือก บรรจุ

มีกระบวนการสรรหาและคัดเลือกเพื่อให้ได้เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

HUM.2.1 มีเอกสารวิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือกเจ้าหน้าที่

HUM.2.2 มีการจัดทำหนังสือสัญญาจ้างซึ่งกำหนดเงื่อนไขและระยะเวลาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร

HUM.2.3 มีการจัดทำทะเบียนประวัติเจ้าหน้าที่ และการรักษาความลับของข้อมูลเจ้าหน้าที่

ขยายความ

วิธีปฏิบัติในการสรรหาและคัดเลือก (HUM.2.1)

ควรประกอบด้วย

- เกณฑ์การคัดเลือก
- การตรวจประวัติและคุณสมบัติ
- การตรวจสอบภาพ

ทะเบียนประวัติของเจ้าหน้าที่ (HUM.2.3)

ควรประกอบด้วย

- ใบสมัคร
- ประวัติการศึกษาและการทำงาน
- หนังสือรับรองประวัติการทำงาน
- สัญญาจ้าง
- หน้าที่รับผิดชอบ
- บันทึกการลาและการป่วย
- บันทึกประเมินผลการปฏิบัติงาน

ในการรักษาความลับข้อมูลเจ้าหน้าที่จะต้องกำหนดผู้มีสิทธิดูข้อมูล และกำหนดให้ต้องขออนุญาตเจ้าของข้อมูลหากบุคคลอื่นต้องการใช้ข้อมูล



HUM.3 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

HUM.3.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

HUM.3.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน

HUM.3.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ เพื่อให้ทราบบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

HUM.3.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

HUM.3.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

HUM.3.6 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง

ขยายความ (เนื้อหาจะสอดคล้องกับมาตรฐาน GEN.4)

การประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาหลักสูตร (HUM.3.1)

ในการปฐมนิเทศ การพัฒนากำลังคน และการศึกษาต่อเนื่อง ควรมีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาหลักสูตร โดยใช้ข้อมูลต่อไปนี้

- ข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- ข้อมูลจากกิจกรรมคุณภาพ
- การเปลี่ยนแปลงพันธกิจ ขอบเขตงาน ความก้าวหน้าทางวิชาการ และเทคโนโลยี และมีการจัดลำดับความสำคัญให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่

แผนพัฒนากำลังคน (HUM.3.2)

แผนพัฒนากำลังคนอาจประกอบด้วย

- แผนการปฐมนิเทศ
- แผนการส่งเจ้าหน้าที่ไปรับการศึกษาต่อเนื่องในหลักสูตรต่างๆ ทั้ง หลักสูตรระยะสั้น และหลักสูตรระยะยาว
- แผนการฝึกอบรมภายในโรงพยาบาล

การเตรียมความพร้อมก่อนประจำการ (HUM.3.3)

เจ้าหน้าที่ใหม่ควรได้รับการปฐมนิเทศทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน การปฐมนิเทศระดับโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ควรได้รับทราบ

- นโยบาย
- วิธีปฏิบัติงานในยามปกติและเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
- การรักษาความปลอดภัย

- การรักษาความลับของผู้ป่วย
 - การจ่ายค่าตอบแทน
 - ความคาดหวังของโรงพยาบาลต่อตัวเจ้าหน้าที่
- การประชุมพิเศษระดับหน่วยงาน** เจ้าหน้าที่ควรได้รับทราบ
- เรื่องเกี่ยวกับหน่วยงาน
 - การเตรียมตัวรับบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
 - นโยบายและวิธีปฏิบัติของหน่วยงานในยามปกติและเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
 - การรายงานอุบัติเหตุ และ/หรือ อุบัติการณ์อื่นไม่พึงประสงค์
 - ระบบประสานงานและการขอคำปรึกษา/ความช่วยเหลือ
 - ความคาดหวังของหน่วยงานต่อตัวเจ้าหน้าที่

กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ (HUM.3.4)

กิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะควรจะต้องคล้องกับผลการประเมินความต้องการการฝึกอบรม และแผนพัฒนากำลังคน โดยเน้นหนักสิ่งที่จำเป็นสำหรับพัฒนาคุณภาพงาน

การจัดกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ อาจทำได้หลายรูปแบบ ซึ่งควรเลือกให้เหมาะสมกับปัญหาและสถานการณ์ของโรงพยาบาล เช่น

1) รูปแบบ อาจเป็นการบรรยายในที่ประชุมใหญ่ การประชุมกลุ่มย่อยระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพเดียวกันและร่วมกับวิชาชีพอื่น การส่งเจ้าหน้าที่ไปร่วมประชุมวิชาการกับกลุ่มวิชาชีพหรือสถาบันการศึกษา การชวนขยายหาความรู้ด้วยตนเอง การร่วมดำเนินการวิจัย เป็นต้น

2) เนื้อหา ควรครอบคลุม

- ✓ ● ความรู้ด้านเทคนิคบริการ ซึ่งกำหนดความต้องการจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี
- ✓ ● กระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานร่วมกันเป็นทีม ภาวะผู้นำ การใช้ข้อมูล
- พฤติกรรมบริการ

3) วิทยากร อาจจะเป็นวิทยากรภายนอก หรือวิทยากรในโรงพยาบาลเอง หรือเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งหากโรงพยาบาลสามารถจัดกิจกรรมการเพิ่มพูนความรู้ที่ไม่ต้องอาศัยวิทยากรภายนอกได้มากเท่าไร ก็ยิ่งเป็นผลดี เพราะสามารถจัดได้บ่อย และทันกับปัญหาการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น

4) สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่ประชุม เอกสารวิชาการและสื่อทัศนูปกรณ์ เพื่อใช้ในกิจกรรมส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาการ ซึ่งควรมีทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับโรงพยาบาล

5) การสนับสนุนให้มีการพัฒนาตนเอง ในเนื้อหาที่ไม่เกี่ยวกับเทคนิคการปฏิบัติหน้าที่โดยตรง แต่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในด้านความคิด ความมีเหตุผล บุคลิกภาพ การสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ทักษะในด้านการบริหารจัดการ ตลอดจนการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ โรงพยาบาลอาจประสานงานกับหน่วยงานการศึกษา เช่น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น เพื่อจัดหลักสูตรการศึกษาให้กับเจ้าหน้าที่

HUM.4 การประกอบวิชาชีพของเจ้าหน้าที่

มีกลไกส่งเสริมให้มีการประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐานและดำรงไว้ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

ขยายความ

มีการพิจารณาประเด็นเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของเจ้าหน้าที่ดังต่อไปนี้

- มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและข้อมูลวิชาการ
- การตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ
- การกำหนดขอบเขตของการให้บริการพิเศษบางอย่างซึ่งต้องการการฝึกอบรมเป็นพิเศษ
- กลไกเพื่อรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์
- การมีตัวแทนของผู้ประกอบวิชาชีพในคณะกรรมการต่างๆ
- ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพบางสาขา

HUM.5 การตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่

มีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ในด้านการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล อย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล

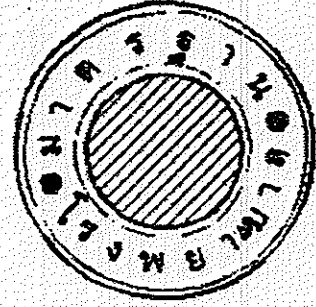
ขยายความ

มีการพิจารณาความต้องการของเจ้าหน้าที่ในประเด็นต่อไปนี้

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

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

3.3/6



I การควบคุมและป้องกัน การติดเชื้อในโรงพยาบาล C

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล (IC)

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นภาวะแทรกซ้อนซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียต่อทั้งผู้ป่วยและต่อโรงพยาบาล การมีระบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจะช่วยลดความสูญเสียดังกล่าวและส่งผลให้คุณภาพบริการดีขึ้น ระบบดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมเฝ้าระวัง กิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กิจกรรมสอบสวนโรค

มาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมี 7 ข้อ คือ

IC.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน ✓

IC.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

IC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

IC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

IC.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการที่ทันสมัย ให้เจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ พท๑๙ ✓

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

IC.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

IC.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

IC.1.1 มีนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน

IC.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

IC.1.3 มีแผนแม่บทและแผนการปฏิบัติงาน

IC.1.4 มีการสื่อสารนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

IC.1.5 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความ

มาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.1.1)

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

เจ้าหน้าที่ (IC.1.4 และ IC.1.5) หมายถึง

- เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)
- ทีมงานเจ้าหน้าที่ซึ่งปฏิบัติงานสัมผัสกับผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ฯลฯ

IC.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเอื้ออำนวยต่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- IC.2.1 โครงสร้างการบริหารงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจน
- IC.2.2 มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบของคณะกรรมการ, บุคคล, และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
- IC.2.3 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
- IC.2.4 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความ

โครงสร้างการบริหารงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC.2.1)

โครงสร้างนี้จะสะท้อนให้เห็นสายการติดต่อสื่อสารและความรับผิดชอบที่ชัดเจนระหว่างองค์กรกับผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบโครงสร้างการบริหารที่ควรจะเป็น คือ

1) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ประกอบด้วยผู้แทนจากสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ควรมีผู้แทนจากแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และฝ่ายบริหาร เป็นอย่างน้อย และมีแพทย์ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อรวมอยู่ด้วย
- มีแพทย์เป็นประธานคณะกรรมการ และมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) เป็นเลขานุการ

2) หน่วยป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หรือ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ

รับผิดชอบดำเนินการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ งานเฝ้าระวังโรค, งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, งานสอบสวนโรค, งานวิชาการ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วย หน่วยจ่ายกลาง ชักฟอก โภชนาการ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ชั้นสูตร เภสัชกรรม และหน่วยบริการผู้ป่วยทุกหน่วย

บทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ (IC.2.2)

1) คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(Infection Control Committee: ICC)

- กำหนดนโยบาย กลวิธี มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- กำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครอบคลุมงานเฝ้าระวังโรค งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และงานสอบสวนการระบาดของการติดเชื้อ
 - วางแผนพัฒนาการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ
 - ประเมินผลการดำเนินงาน และการปฏิบัติตามนโยบาย
- 2) แพทย์ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยา (Hospital Epidemiologist: HE)
- ให้คำแนะนำแก่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ในการวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
 - เป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - ดำเนินการสอบสวนกรณีที่เกิดความผิดปกติ หรือการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ
- 3) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse: ICN)
- ดำเนินการเฝ้าระวังตามมาตรการที่คณะกรรมการกำหนด
 - เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ ในเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - ประสานนโยบาย กลวิธี และกิจกรรมการดำเนินงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ค้นหาการระบาดและสอบสวนการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - รวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังฯ และแปลผลข้อมูล
 - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน
 - พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - นำเสนอข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

IC.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

IC.3.1 การจัดกำลังคน

IC.3.1.1 เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำนวนเพียงพอเหมาะสมกับภาระหน้าที่ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

IC.3.1.2 มีกลไกที่จะติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

IC.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขยายความ

การจัดกำลังคน (IC.3.1.1)

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

จำนวนที่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ ก.พ. คือ

ICN 3 คน สำหรับ รพ.ขนาด 500 เตียงขึ้นไป

ICN 2 คน สำหรับ รพ.ขนาด 250-500 เตียง

ICN 1 คน สำหรับ รพ.ขนาดต่ำกว่า 250 เตียง

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อควรปฏิบัติงานเต็มเวลาเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

IC.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

- IC.4.1 มีการประเมินความต้องการในการพัฒนาและมีกรอบ
- IC.4.2 มีแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน
- IC.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมพร้อมก่อนประจำการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- IC.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
- IC.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

IC.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการที่ทันสมัย ให้เจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

IC.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติงานที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

IC.5.2 มีนโยบาย/วิธีปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเฉพาะ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางคลินิก

IC.5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

IC.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาพการทำงาน

ขยายความ

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ควรมี (IC.5.2)

สำหรับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเฉพาะ

- คู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้งนิยามมาตรฐาน
- คู่มือการเฝ้าระวังและป้องกันการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ สารเคมี
- คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
- การควบคุมสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เช่น อุปกรณ์ป้องกัน ภาชนะบรรจุขยะ

สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางคลินิก

- คู่มือการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ รวมทั้งมาตรฐานการใช้น้ำยา antiseptic และ disinfectant
- Universal Precautions และ Isolation Precautions เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ การเก็บและปฏิบัติต่อสิ่งส่งตรวจ การล้างมือ การจัดการกับขยะติดเชื้อ การแต่งศพ การแยกผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคติดเชื้อ/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- คู่มือการป้องกันการติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น การติดเชื้อจากการสวนปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การติดเชื้อปอดอักเสบในโรงพยาบาล การติดเชื้อแผลผ่าตัด
- คู่มือการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล
- มาตรฐานการทำความสะอาดสถานที่

IC.6 กระบวนการดำเนินงาน

มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

- IC.6.1 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- IC.6.2 มีการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ✓
- IC.6.3 มีการเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ
- IC.6.4 มีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions และ Isolation Precautions
- IC.6.5 การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ
- IC.6.6 มีการสอบสวนโรคเมื่อพบแนวโน้มของการระบาด หรือเมื่อมีการระบาดของ การติดเชื้อในโรงพยาบาล

ขยายความ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (IC.6.1)

ขอบเขตการเฝ้าระวัง

- ควรทำทุกราย ทุกหอผู้ป่วย และทุกตำแหน่งของการติดเชื้อ (hospital wide) โดยเฉพาะในระยะพัฒนาระบบงาน
- หากโรงพยาบาลมีความพร้อมและมีศักยภาพเพิ่มขึ้นก็สามารถดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post discharge surveillance) จะช่วยให้ทราบปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลชัดเจนมากขึ้น
- หากยังไม่สามารถทำทุกราย ทุกหอผู้ป่วย และทุกตำแหน่งการติดเชื้อได้ ควรเริ่มต้นจากหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูงก่อน (unit directed surveillance) เช่น ICU ฯลฯ
- ควรมีการทำ prevalence survey ทุกรอบปี

แนวทางการดำเนินงานการเฝ้าระวังที่มีคุณภาพ

- ควรมีการกำหนดนิยามศัพท์ของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นกับตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายอย่างชัดเจนและเป็นไปได้ เพื่อจะเป็นเกณฑ์ตัดสินการเกิดการติดเชื้อ
- ขั้นตอนในการเฝ้าระวังควรประกอบด้วย
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - การแปลผล
 - การนำเสนอข้อมูล เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - การสอบสวนเมื่อมีการระบาด
- ควรใช้ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ (IC.6.2)

- มีการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ก่อนเข้าปฏิบัติงานหรือก่อนประจำการ
- มีการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ เช่น หน่วยงานจ่ายกลาง หน่วยซักฟอก ห้องปฏิบัติการ
- แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยติดเชื้อ หรือโรคติดต่อ หน่วยไตเทียม และเจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการควรมีการทำ Rectal Swab Culture เป็นข้อมูลพื้นฐาน
- มีการให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ตามสภาพความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- มีแนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ การเฝ้าระวังการติดเชื้อหลังเกิดอุบัติเหตุ และแนวทางแก้ไข
- มีการติดตามสภาวะสุขภาพอนามัยของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเจ็บป่วย

การเฝ้าระวัง/ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ สารน้ำ และน้ำยาทำลายเชื้อ (IC.6.3)

- มีการแยกขยะติดเชื้อจากขยะไม่ติดเชื้อ และมีการกำจัดขยะติดเชื้ออย่างเหมาะสม
- มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพซึ่งเพียงพอที่จะรองรับน้ำเสียของโรงพยาบาลได้ทั้งหมด
- มีการตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ
 - ตรวจสอบคุณภาพน้ำดื่มน้ำใช้ทุก 1-3 เดือน โดยตรวจหา Coliform bacteria, colonies count และ residual Chlorine
 - ตรวจสอบคุณภาพระบบท่อส่งน้ำประปาในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้ง
 - ตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านกระบวนการบำบัดแล้วตามระยะเวลาที่กระทรวงวิทยาศาสตร์กำหนด
- มีการวิเคราะห์ผลการตรวจสอบคุณภาพด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม หาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไขเมื่อมีปัญหา
- วิธีการทำความสะอาดอาคารสถานที่ เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- มีการสุ่มตรวจคุณภาพความปราศจากเชื้อในเครื่องมือปลอดเชื้อ สารน้ำ น้ำยา จากแหล่งต่างๆเป็นระยะ
- มีกระบวนการรวบรวมและทำความสะอาดผ้าเปื้อนที่ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และการนำส่งผ้าสะอาดที่มีการป้องกันการปนเปื้อน

การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลัก Universal Precautions และ Isolation Precautions (IC.6.4)

- ให้ความรู้
- มีคู่มือแนวทางการปฏิบัติ
- มีวัสดุและสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ
- มีห้องแยกเพียงพอ

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อมีประสิทธิภาพ (IC.6.5)

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

การสอบสวนการระบาด (IC.6.)

คือการค้นหาแหล่งโรคและวิธีการแพร่กระจายของโรค ตลอดจนกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง เพื่อจะได้หาแนวทางในการป้องกันและควบคุมการระบาดให้สงบ และดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดในอนาคต

ประเด็นที่ช่วยให้การสอบสวนการระบาดประสบผลสำเร็จ ดำเนินการได้รวดเร็ว ควรมีผู้รับผิดชอบในการสืบสวนโรคชัดเจน ตลอดทั้งขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อมีแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาดชัดเจน และมีผู้รับผิดชอบในการตัดสินใจปฏิบัติการเกี่ยวกับการสั่งการเพื่อแก้ไข ภายหลังจากสอบสวนได้ทันท่วงที โดยเฉพาะปัญหาที่จำเป็น รอไม่ได้ ที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ก่อนจะมีการรายงานคณะกรรมการฯ เพื่อกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระยะยาว

IC.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

IC.7.1 หน่วยบริการหรือหน่วยงานทุกหน่วยมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

IC.7.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

IC.7.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ให้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

IC.7.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

IC.7.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

IC.7.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและบริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

IC.7.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

IC.7.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

IC.7.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ด้านการระบาดวิทยาเข้ามาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

IC.7.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

IC.7.3.2 มีกิจกรรมทบทวนกระบวนการเฝ้าระวัง การสอบสวนโรค การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความ

ข้อมูลและสถิติซึ่งควรเฝ้าติดตาม (IC.7.2.2)

- อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จำแนกตามหน่วยงาน

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

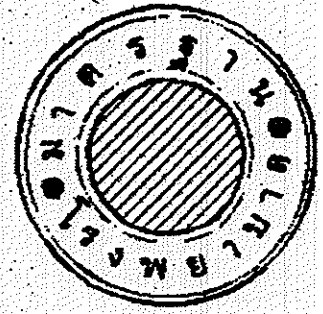
- อัตราการติดเชื้อจำแนกตามเชื้อที่เป็นสาเหตุ (pathogenic-specific)
- อัตราการปนเปื้อนเชื้อโรคในเครื่องมือ น้ำยา สารน้ำ น้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำเสีย
- อัตราอุบัติการณ์การติดเชื้อเฉพาะตำแหน่ง (target surveillance) หรืออัตราความชุกของการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งในโรงพยาบาล
- แนวโน้มของการดื้อยาหรือการไวต่อยาต้านจุลชีพ
- อัตราการใช้ยาต้านจุลชีพ
- ค่าใช้จ่ายของยาต้านจุลชีพที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อัตราการปฏิบัติ/ไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่สำคัญ
- ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังคิดเป็นร้อยละ (percent efficiency) เพื่อคุณภาพการเฝ้าระวังโรค ซึ่งมีสูตรคำนวณคือ

จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาลจากการสำรวจความชุกที่ตรงกับข้อมูลเฝ้าระวัง x 100

จำนวนครั้งของการติดเชื้อที่พบจากการสำรวจความชุก

18 ธันวาคม พ.ศ. 2539

3.4/6



I
ระบบสารสนเทศ
โรงพยาบาล
M

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (IM)

ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมีความสำคัญทั้งต่อการบริหารจัดการ การดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการศึกษาวิจัย และการเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การใช้สารสนเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากจะใช้เพื่อเป็นสื่อในการทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างทีมงานของผู้ให้บริการและทำให้เกิดการรักษาต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นส่วนสำคัญของการติดตามประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากออกแบบระบบสารสนเทศให้เหมาะสมแล้วจะเอื้อต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

มาตรฐานระบบสารสนเทศโรงพยาบาลมี 4 ข้อ ดังนี้

IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบ

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

IM.3 บริการเวชระเบียน

มีการจัดระบบบริการเวชระเบียนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

IM.4 บันทึกเวชระเบียน

มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และประเมินคุณภาพการดูแลรักษาได้

IM.1 การวางแผนและออกแบบระบบ

มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้

IM.1.1 มีการวางแผนการใช้สารสนเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ การบริหาร การศึกษา หรือการวิจัย

IM.1.2 มีการออกแบบระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับเป้าหมายขอ แผนในข้อ 1.1

IM.1.3 มีการออกแบบระบบสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม

IM.1.4 บุคคลที่เกี่ยวข้องมีส่วนให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ

IM.1.5 มีการจัดทำและทบทวนแผนบริหารระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย

IM.1.5.1 มาตรฐานข้อมูล

IM.1.5.2 มาตรฐานเทคโนโลยี

IM.1.5.3 ขั้นตอนดำเนินงานตามลำดับ

IM.1.5.4 เกณฑ์ในการเลือกเก็บข้อมูล ระยะเวลาและวิธีการในการคงเก็บข้อมูล

IM.1.5.5 มีเกณฑ์ในการปรับแก้ข้อมูลให้ทันสมัยและเป็นจริงอยู่เสมอ

IM.1.5.6 การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล

ขยายความ

การวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศ (IM.1)

ความเหมาะสมของระบบสารสนเทศ พิจารณาจากขนาด ความซับซ้อน พันธกิจ และความต้องการของผู้ใช้ในระดับต่างๆ

ผู้ใช้นี้นี้ครอบคลุมทั้งผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง หัวหน้าหน่วยงาน และผู้บริหารโรงพยาบาล

การออกแบบระบบสารสนเทศ (IM.1.2) ประกอบด้วย

- การวิเคราะห์ความต้องการใช้สารสนเทศ
- การกำหนดประเภทของข้อมูลนำเข้า
- วิธีการบันทึกข้อมูล
- วิธีการประมวลผลข้อมูล
- วิธีการเคลื่อนย้ายข้อมูลและสารสนเทศ
- วิธีการรายงานข้อมูลและสารสนเทศ

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง (IM.1.4)

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอาจมีลักษณะเฉพาะกิจหรือมีการจัดตั้งเป็นกรรมการถาวร การมีส่วนร่วมในลักษณะเฉพาะกิจ เช่น การประเมิน การคัดเลือกเทคโนโลยีสารสนเทศ

การมีส่วนร่วมในลักษณะกรรมการถาวร เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนแพทย์ ผู้แทนพยาบาล ผู้แทนวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง หัวหน้าหน่วยเวชระเบียน ทำหน้าที่

- กำหนดมาตรฐานและนโยบายสำหรับเวชระเบียนผู้ป่วย
- นำแบบฟอร์มใหม่เข้ามาใช้หรือเปลี่ยนแปลงแบบฟอร์มเดิม
- พิจารณานโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับหน่วยเวชระเบียน
- วิเคราะห์ความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและคุณภาพของการบันทึกรหัส ซึ่งควรมีการทบทวนอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

แผนบริหารระบบสารสนเทศ (IM.1.5)

มาตรฐานข้อมูล (IM.1.5.1)

การจัดทำมาตรฐานข้อมูล มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถแลกเปลี่ยนกันระหว่างระบบต่าง ๆ และกับหน่วยงานภายนอก องค์ประกอบที่พึงมีประกอบด้วย

- ชุดข้อมูลขั้นต่ำที่จะจัดเก็บ (minimal data set)
- คำจำกัดความข้อมูล
- การเข้ารหัส
- การจัดกลุ่ม
- คำศัพท์
- รูปแบบในการจัดเก็บข้อมูล

ทั้งนี้ควรจะต้องอิงกับมาตรฐานภายนอกที่มีอยู่แล้วให้มากที่สุด

ชุดข้อมูลขั้นต่ำ

ชุดข้อมูลขั้นต่ำสำหรับกรดูแลผู้ป่วยในควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย

- ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย ได้แก่ เลขประจำตัว, เพศ, วันเกิด, วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล และวันจำหน่าย
- การวินิจฉัยโรค ซึ่งควรแยกออกเป็น การวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาล, ภาวะการเจ็บป่วยร่วมเมื่อแรกรับ (co-morbidity) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (complication)
- เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยได้รับ
- สถานภาพจำหน่าย (กลับบ้าน, ส่งต่อ, เสียชีวิต)
- ค่าบริการที่เกิดกับผู้ป่วยแยกตามประเภทบริการ ควรแยกละเอียดตามหน่วยงานผู้ให้บริการ เพื่อให้สามารถคำนวณกลับไปเป็นต้นทุนได้โดยการใช้อัตราต้นทุนต่อค่าบริการของหน่วยงานนั้นมาคูณ

การคงเก็บข้อมูล (IM.1.5.4)

ระยะเวลาในการคงเก็บข้อมูลควรพิจารณาจาก กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง, การใช้ข้อมูลเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย, การใช้เป็นหลักฐานพยานทางศาล, การวิจัย, และการศึกษา

วิธีการคงเก็บข้อมูลอาจอยู่ในรูปของเอกสารต้นฉบับ, การถ่ายลงไมโครฟิล์ม หรือการแปลงไปอยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์

การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล (IM.1.5.6)

การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลจะต้องมีวิธีการที่สามารถป้องกันการสูญหายของข้อมูล, ความเสียหายทางกายภาพ, การแก้ไขดัดแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่

การป้องกันความเสียหายทางกายภาพจะต้องคำนึงถึงสถานที่เก็บรักษาข้อมูลเป็นสำคัญ เช่น สถานที่เก็บควรเป็นนครปลอดภัยจากความร้อน, ความชื้น, สัตว์กัดแทะ, และอัคคีภัย

การรักษาความลับของข้อมูลจะต้องมีการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องต่อไปนี้

- ระดับในการรักษาความลับและสิทธิการใช้ข้อมูลสำหรับผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ
- มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บได้ด้วยคอมพิวเตอร์
- การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
- การอนุญาตให้ผู้ป่วยดูและใช้เวชระเบียนของตนเอง

IM.2 การดำเนินงานระบบสารสนเทศ

มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพ

- IM.2.1 มีการเชื่อมโยงข้อมูล/สารสนเทศจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อประสิทธิภาพของการ กระจายข้อมูล/สารสนเทศ หรือ เพื่อลดความขัดแย้งกันของข้อมูลอันเกิดขึ้นจากความหลากหลายของฐานข้อมูล
- IM.2.2 มีการสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพ และการรายงานต่อส่วนราชการ
- IM.2.3 มีการกระจายข้อมูลและสารสนเทศที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้อย่างถูกต้อง ทันเวลา โดยมีรูปแบบและวิธีการที่เป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้
- IM.2.4 มีการสนับสนุนทางเทคนิค โดยให้คำปรึกษา และ/หรือให้ความรู้/ฝึกอบรม แก่ผู้ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศตามความเหมาะสม

ขยายความ

การสังเคราะห์ แปลผลข้อมูล/สารสนเทศ (IM.2.2)

ตัวอย่างการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพและการบริหาร ได้แก่การประมวลผลข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลทางการเงิน เพื่อให้ได้สารสนเทศต่อไปนี้

- ลักษณะการเสียชีวิตที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาที่มาคลอดบุตร และผู้ป่วยผ่าตัด
- ลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายโรค/หัตถการ หรือกลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ
- การกลับมารับบริการซ้ำโดยไม่ได้วางแผน เช่น การนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ การเข้ารับการผ่าตัดซ้ำภายใน 2 วัน
- ต้นทุนรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มผู้ป่วย ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้
- วันนอนโรงพยาบาลรายโรค/หัตถการ หรือ กลุ่มโรค/กลุ่มหัตถการ ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่มีวันนอนโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรมาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้

การจัดกลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะนำมาใช้วิเคราะห์คือการจัดกลุ่มตาม DRG (Diagnosis Related Group) ซึ่งอาศัยข้อมูลการวินิจฉัยโรค หัตถการ ภาวะการเจ็บป่วยร่วม/ภาวะแทรกซ้อน อายุ มาจัดกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในระบบอวัยวะเดียวกันและมีระดับการใช้ทรัพยากรใกล้เคียงกันไว้ด้วยกัน

IM.3 บริการเวชระเบียน

มีการจัดระบบบริการเวชระเบียนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

- IM.3.1 มีระบบดัชนีและระบบการจัดเก็บซึ่งเอื้อต่อการค้นหาเวชระเบียนได้อย่างรวดเร็วทันความต้องการของผู้ใช้
- IM.3.2 มีบริการค้นหาเวชระเบียนตลอด 24 ชั่วโมง
- IM.3.3 เวชระเบียนผู้ป่วยในทุกฉบับได้รับการบันทึกรหัสและทำดัชนีภายในเวลาที่กำหนดไว้
- IM.3.4 มีระบบบันทึกเพื่อให้สามารถสืบหาเวชระเบียนที่ถูกยืมออกไปจากหน่วยงานได้

ขยายความ

การบันทึกรหัสและจัดทำดัชนี (IM.3.3)

การบันทึกรหัสควรใช้รหัสมาตรฐานระหว่างประเทศที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ ICD10 สำหรับการวินิจฉัยโรค และ ICD9-CM สำหรับหัตถการต่างๆ โรงพยาบาลอาจจะพิจารณานบันทึกการวินิจฉัยโรคโดยใช้รหัสซึ่งบ่งบอกรายละเอียดได้อย่างครบถ้วน เช่น Read's code หรือรหัสที่โรงพยาบาลกำหนดเอง แต่ควรจะสามารถแปลงมาเป็นรหัส ICD ได้ทันที

ควรมีการปรึกษาหารือในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดระยะเวลาที่จะต้องบันทึกรหัสให้แล้วเสร็จอย่างเหมาะสม เช่น 14 วันหลังจำหน่ายผู้ป่วย

IM.4 บันทึกเวชระเบียน

มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายเพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และประเมินคุณภาพการดูแลรักษาได้

IM.4.1 มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการของโรงพยาบาล โดยมีข้อมูลและรายละเอียดเพียงพอสำหรับวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

- 1) ทราบว่าผู้ป่วยเป็นใคร
- 2) ทราบเหตุผลของการรับไว้นอนโรงพยาบาล
- 3) มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- 4) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 5) ทราบผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- 6) เชื้ออำนาจต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ให้บริการ
- 7) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง

IM.4.2 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียน

ขยายความ

ข้อมูลและรายละเอียดในเวชระเบียน (IM.4.1)

ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย เวชระเบียนทุกฉบับควรประกอบด้วยข้อมูลต่อไปนี้

- เลขที่ประจำตัวผู้ป่วย
- ชื่อ
- ที่อยู่
- วันเดือนปีเกิด
- เพศ
- บุคคลที่กำหนดให้ติดต่อเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน

บันทึกทุกหน้าของเวชระเบียนควรมีเลขที่ประจำตัวและชื่อผู้ป่วย

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐาน OPD.8.6 ด้วย)

- วันเวลาที่ลงทะเบียนผู้ป่วย
- วิธีการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย
- การจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
- เวลาที่แพทย์หรือพยาบาลทำการประเมินผู้ป่วยครั้งแรกและผลการประเมิน
- บันทึกการประเมินทางคลินิกประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย การซักถาม การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกาย

- เวลาที่ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เวลาที่แพทย์ที่ปรึกษาให้การรักษาผู้ป่วย (กรณีที่ส่งปรึกษา)
- คำสั่งการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการ
- บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการ
- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- การตอบสนองต่อการดูแลรักษา
- ผลลัพธ์ของการดูแลรักษา
- คำแนะนำสำหรับการมาตรวจซ้ำ
- วันเวลาที่จำหน่ายผู้ป่วย
- การส่งต่อและเหตุผล (กรณีส่งต่อ)
- ชื่อและลายเซ็นของแพทย์ผู้ดูแลรักษาพร้อมเวลา
- ชื่อและลายเซ็นของพยาบาลผู้ดูแล

บันทึกการติดตามรักษาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยนอกที่มาติดตามรักษาต่อเนื่องตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ควรมีการทำตารางสรุปข้อมูลต่อไปนี

- การวินิจฉัยโรคที่สำคัญ
- หัตถการที่เคยได้รับ
- การแพ้ยา
- ยาที่ได้รับ

การบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐาน INP.8.6 ด้วย)

บันทึกการประเมินและวางแผนรักษาเมื่อแรกรับ

- ประวัติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาครั้งนั้น
- บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
- การวินิจฉัยโรคขั้นต้น
- เหตุผลในการรับไว้รักษา เป้าหมายในการรักษา แผนการรักษา

บันทึกประวัติและการตรวจร่างกายควรมีรายละเอียดเพียงพอสำหรับให้แพทย์ผู้อื่นให้การดูแลฉุกเฉินได้

บันทึกระหว่างการนอนโรงพยาบาล

- บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น การเปลี่ยนแปลงภาวะของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการรักษา

บันทึกเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย

- การวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย
- สรุปการตรวจพบและเหตุการณ์ที่สำคัญระหว่างนอนโรงพยาบาล
- หัตถการและการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วย
- ผลลัพธ์จากการรักษา
- สภาพผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
- คำแนะนำที่ให้แก่ผู้ป่วย

• การนัดหมาย

ควรจัดทำบันทึกสรุปเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยภายใน 14 วันหลังจำหน่าย

ในกรณีที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่น ควรมีจดหมายส่งตัวซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเช่นเดียวกับบันทึกสรุปเมื่อจำหน่ายให้กับผู้ป่วยไปด้วย และมีสำเนาเก็บไว้ในแฟ้มเวชระเบียน

เมื่อมีการตรวจศพ ควรมีการบันทึกการวินิจฉัยทางกายวิภาคขั้นต้นไว้ในเวชระเบียน ภายใน 72 ชั่วโมงและบันทึกเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ใน 1 เดือนหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

บันทึกการผ่าตัด/หัตถการ/การระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด/หัตถการ และ/หรือบริการระงับความรู้สึก ควรมีการบันทึก ข้อมูลต่อไปนี้เพิ่มเติม

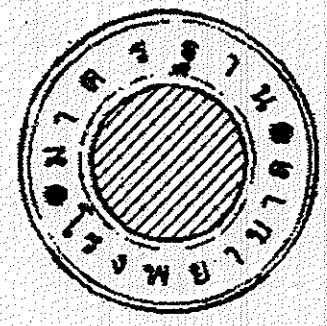
- การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัด
- บันทึกการผ่าตัด ซึ่งบรรยายสิ่งตรวจพบ, วิธีการผ่าตัด, สิ่งที่ถูกตัดออก, การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด, ชื่อแพทย์ผู้ผ่าตัดและลายเซ็น
- บันทึกการระงับความรู้สึก (รายละเอียดในมาตรฐานวิชาชีพวิทยา)
- บันทึกหลังการผ่าตัด (รายละเอียดในมาตรฐานวิชาชีพวิทยา)

นโยบายและวิธีปฏิบัติ (IM.4.2)

ในการบันทึกและการเก็บรายงานผลในเวชระเบียนควรมีการกำหนดวิธีปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

- การใช้คำย่อและสัญลักษณ์ที่ทางโรงพยาบาลรับรอง
- การระบุข้อมูลเกี่ยวกับการแพ้ยา ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ของผู้ป่วยแต่ละราย
- การออกคำสั่งรักษาด้วยคำพูด ผู้มีหน้าที่ในการบันทึกคำสั่ง ควรกำหนดประเภทของ คำสั่งที่อาจจะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยซึ่งแพทย์ผู้สั่งต้องมาลงนามกำกับภายในเวลาที่ กำหนดไว้
- การลงวันที่ เวลา และการลงนามผู้บันทึก
- ระบบที่จะค้นหาข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย หากมีการเก็บแยกไว้คนละที่
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องบันทึกข้อมูลให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ สำหรับการบันทึกเมื่อแรกรับ การทำหัตถการ และการบันทึกเมื่อจำหน่าย
- กำหนดระยะเวลาที่จะต้องเก็บบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา เข้าในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายก่อนที่จะได้รับ ผลการตรวจ

3.5/6



M บริการทางภาษี / องค์การ D

บริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์ (MED)

บริการทางการแพทย์ (medical service) ในที่นี้หมายถึงบริการที่แพทย์เป็นผู้ให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะต้องประสานกับบริการที่ให้โดยผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ แพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจต่างๆที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยยึดผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นหลัก โดยทั่วไปแพทย์จะได้รับความเชื่อมั่นจากบุคคลอื่นๆ และเปิดโอกาสให้มีอิสระทางวิชาชีพ (professional autonomy) อย่างสูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่แพทย์จะต้องแสดงให้เห็นว่ามีกลไกในการแสดงความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพซึ่งสามารถตรวจสอบได้ (professional accountability)

มาตรฐานบริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์ มี 7 ข้อ ดังนี้

MED.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขา เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

MED.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อจัดให้มีบริการทางการแพทย์ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

MED.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน

MED.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การพัฒนา และการฝึกอบรมให้กับแพทย์ เพื่อส่งเสริมและเลือกอำนาจให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน

MED.5 ธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงาน

มีธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจของบริการทางการแพทย์/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และทุกคนยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

MED.6 การดูแลผู้ป่วย

แพทย์ทุกคนให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย

MED.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

MED.1 เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขา เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

MED.1.1 มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตงานของการจัดบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์เป็นลายลักษณ์อักษร

MED.1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

MED.1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการทางการแพทย์ไปยังแพทย์ เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

MED.1.4 แพทย์ เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการทางการแพทย์ และทราบบทบาทของตนเอง

ขยายความ

พันธกิจ ปรัชญา ขอบเขตงานของหน่วยให้บริการทางการแพทย์
(MED.1.1)

หน่วยให้บริการทางการแพทย์มีความหมายครอบคลุมทั้ง ภาควิชา กลุ่มงาน แผนก หน่วยงาน ตามลักษณะการจัดองค์กรของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

พันธกิจของหน่วยให้บริการทางการแพทย์ควรสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล และควรมีการทบทวนเมื่อจำเป็น หรืออย่างน้อยทุก 3 ปี

ขอบเขตงานของหน่วยให้บริการทางการแพทย์ประกอบด้วย

- การดูแลรักษาผู้ป่วย
- การศึกษาต่อเนื่อง
- การปรับปรุงคุณภาพ
- การบริหารความเสี่ยง
- การทบทวนการใช้ทรัพยากร
- การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- การเรียนการสอน และการวิจัย (ในโรงเรียนแพทย์)

MED.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารเพื่อจัดให้มีบริการทางการแพทย์ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- MED.2.1 มีการจัดองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพแพทย์ รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติงานเพื่ออำนวยการซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหารสูงสุดและทีมผู้บริหาร
- MED.2.2 มีการจัดองค์กรเป็นภาควิชา/กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก/หน่วย เพื่อให้บริการทางการแพทย์ตามลักษณะและปริมาณงาน โดยมีแพทย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่เป็นหัวหน้า ดูแลระบบบริหารจัดการภายใน
- MED.2.3 มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ
- MED.2.4 มีกลไกให้แพทย์มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวกับบริการทางการแพทย์

ขยายความ

องค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล (MED.2.1)

รูปแบบขององค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับขนาดและประเภทของโรงพยาบาล เช่นจัดตั้งเป็นคณะกรรมการแพทย์อิสระเป็นทางการ สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือหมายถึงที่ประชุมแพทย์ทุกคน สำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก

การจัดตั้งองค์กรแพทย์เป็นไปตามธรรมนูญของโรงพยาบาล องค์กรทำหน้าที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพในการที่จะดูแลการทำงานของบุคลากรวิชาชีพด้วยกันเอง โดยประสานงานกับทีมผู้บริหารอย่างใกล้ชิด แต่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของฝ่ายบริหาร ประธานคณะกรรมการแพทย์กับผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์จึงควรเป็นคนละคนกัน

ควรมีการประชุมขององค์กรแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และมีบันทึกการประชุมให้เป็นลายลักษณ์อักษร

ควรมีตัวแทนขององค์กรแพทย์เข้าร่วมในการประชุมขององค์กรบริหารสูงสุดและทีมผู้บริหาร (องค์กรบริหารสูงสุดอาจหมายถึงเจ้าของ คณะกรรมการผู้มีอำนาจสูงสุด หรือส่วนราชการต้นสังกัด)

การจัดองค์กรในระดับภาควิชา/กลุ่มงาน/ฝ่าย/แผนก/หน่วย (MED.2.2)

ควรมีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานอย่างชัดเจน นอกเหนือจากการให้บริการทางการแพทย์ในสาขานั้นๆแล้ว หน่วยงานควรมีหน้าที่ในการ

- ดูแลการประกอบวิชาชีพของแพทย์ในแผนก/หน่วย

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- กำหนดและนำมาตราฐานทางการแพทย์มาปฏิบัติ
- ติดตามประเมินและปรับปรุงคุณภาพบริการ
- ป้องกันความเสี่ยงต่อผู้ป่วย
- ประเมินการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาล

ผู้ทำหน้าที่หัวหน้าหน่วยควรเป็นผู้ได้รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีพื้นฐานการศึกษาและประสบการณ์ในสาขานั้นๆ มีทักษะที่จำเป็นในการทำหน้าที่หัวหน้าหน่วย ได้แก่ ทักษะด้านการบริหารจัดการ การเป็นผู้นำ มนุษยสัมพันธ์ การสอน

ควรมีการกำหนดอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบของหัวหน้าหน่วยเป็นลายลักษณ์อักษร มีการกำหนดระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของหัวหน้าหน่วย

โครงสร้างและกลไกการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหา (MED.2.3)

ตัวอย่างของโครงสร้างและกลไก ได้แก่

- การกำหนดระบบรายงาน
- การประชุมแพทย์
- การแต่งตั้งคณะกรรมการ
- ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร
- การประชุมร่วมระหว่างแผนก
- จดหมายข่าวสำหรับผู้ป่วย
- การตั้งกลุ่มผู้ป่วย

ควรมีการประชุมแพทย์ทุกคนเพื่อเป็นเวทีในการพิจารณาประเด็นซึ่งผู้บริหารหรือแพทย์เสนอ อย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง

คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ที่ควรกำหนดไว้ในธรรมนูญของโรงพยาบาลได้แก่คณะกรรมการที่ทำหน้าที่ต่อไปนี้

- การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ และประเมินผลการนำไปปฏิบัติ
- ติดตามประเมิน และปรับปรุงคุณภาพของบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงต่อผู้ป่วย
- ติดตามประเมินการใช้ทรัพยากร
- ติดตามประเมินกิจกรรมทางคลินิกซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่น เช่น
 - ♦ กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
 - ♦ กรรมการควบคุมการติดเชื้อ
 - ♦ กรรมการเวชระเบียน
 - ♦ กรรมการประกันคุณภาพ
- การคัดเลือกกับแพทย์เข้าทำงาน
- การรักษาวินัยธรรมในการประกอบวิชาชีพ

ควรมีระบบการประเมินประสิทธิผลในการทำงานของกรรมการต่างๆข้างต้น

กลไกให้แพทย์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (MED.2.4)

ตัวอย่างของกลไกดังกล่าวได้แก่ การร่วมเป็นกรรมการ การให้ข้อมูล รายงาน การนำเสนอเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควรให้แพทย์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้แก่ งบประมาณ บริการทางคลินิก การจัดการกับของเสีย การออกแบบสถานที่ การวางแผนอุบัติเหตุ การศึกษา จริยธรรม การวางแผนกำลังคน สุขภาพของเจ้าหน้าที่ การประกันคุณภาพ การวิจัย การบริหาร ความเสี่ยง การวางแผนยุทธศาสตร์ การทบทวนการใช้ทรัพยากร

MED.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการคัดเลือก การกำหนดสิทธิการดูแลผู้ป่วย การจัดอัตรากำลัง และการดูแลการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้แพทย์ที่มีความรู้ ทักษะ และจำนวนที่เหมาะสมกับภาระงาน

MED.3.1 มีกลไกการคัดเลือกรับแพทย์เข้าปฏิบัติงานและการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ

MED.3.2 มีการจัดจำนวนแพทย์ปฏิบัติงานเพียงพอตามความจำเป็นของผู้ป่วย

MED.3.3 มีกลไกดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ

ขยายความ

กลไกการคัดเลือกรับแพทย์เข้าปฏิบัติงานและการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์ (MED.3.1)

กลไกดังกล่าวควรกำหนดไว้ในธรรมนูญหรือข้อบังคับของโรงพยาบาล เป็นหน้าที่รับผิดชอบขององค์กรบริหารสูงสุด ดำเนินการผ่านคณะกรรมการคัดเลือก หรือคณะกรรมการทบทวนการทำเวชปฏิบัติ มีความชัดเจน เป็นธรรม และยืดหยุ่นในระดับที่เหมาะสม

การพิจารณารับรองความเหมาะสม (credential) ในการรับแพทย์เข้าทำงานหรือต่ออายุการจ้างงานควรประกอบด้วย การทบทวนความรู้สามารถ, การประเมินคุณภาพของเวชปฏิบัติ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น, การปฏิบัติตามธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติ, การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ, การพัฒนาเจ้าหน้าที่และการศึกษาต่อเนื่อง

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

กลไกควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ (MED.3.3)

กลไกควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม ประกอบด้วย ระบบให้คำปรึกษา, การกำหนดขอบเขตหน้าที่และข้อจำกัด, การประเมินความเหมาะสมของหน้าที่รับผิดชอบและภาระงาน

กลไกควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ ประกอบด้วย การตรวจสอบความเหมาะสมของคุณสมบัติและความสามารถ, การส่งมอบเวร, ระบบให้คำปรึกษา, การประเมินผลการปฏิบัติงาน

MED.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การพัฒนา และการฝึกอบรมให้กับแพทย์ เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และสมรรถนะของแพทย์แต่ละคน

MED.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการฝึกอบรม

MED.4.2 มีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านแพทย์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน

MED.4.3 มีการจัดปฐมนิเทศสำหรับแพทย์ใหม่ หัวหน้าหน่วยงาน และประธานคณะกรรมการ ที่ได้รับแต่งตั้งใหม่ ในเรื่องนโยบาย, วิธีการทำงาน, และความคาดหวังขององค์กร

MED.4.4 มีการพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ที่สอดคล้องกับปัญหาการดูแลรักษาผู้ป่วย

MED.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อ การดูแล/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความ (เนื้อหาจะสอดคล้องกับมาตรฐาน GEN.4 และมาตรฐาน HUM.3)

การพัฒนา ฝึกอบรม และศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ (MED.4.4)

ควรมีการกระตุ้นและสนับสนุนให้แพทย์เข้าร่วมประชุมวิชาการและการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่โรงพยาบาลจัดเองหรือหน่วยงานภายนอกจัด

ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางวิชาการเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ และร่วมกับวิชาชีพอื่น เช่น การวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับบริการของหน่วยงาน, การทบทวนวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง, การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน, การร่วมงานวิจัย, การศึกษาดูด้วยตนเอง, การเรียนรู้วิชาการในสาขาอื่น

MED.5 ธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงาน

มีธรรมนูญ ข้อบังคับ นโยบายและวิธีปฏิบัติงานเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจของบริการทางการแพทย์/กฏระเบียบที่เกี่ยวข้อง และทุกคนยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

MED.5.1 มีการจัดทำธรรมนูญหรือข้อบังคับขององค์กรแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมการทำงานโดยกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพด้วยตนเอง โดยคณะแพทย์มีส่วนร่วมในการจัดทำ และได้รับการรับรองจากองค์กรบริหารสูงสุด

MED.5.2 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

MED.5.3 เนื้อหาของนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์มีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, การบริหารจัดการ, ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม, ความปลอดภัย, และการพัฒนากำลังคน

MED.5.4 แพทย์ทุกคนรับทราบ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

ขยายความ (เนื้อหาจะสอดคล้องกับมาตรฐาน GEN.5)

ธรรมนูญหรือข้อบังคับขององค์กรแพทย์ (MED.5.1)

ควรระบุสิ่งต่อไปนี้

- โครงสร้างองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน
- ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติของแพทย์และกระบวนการในการรับแพทย์เข้าปฏิบัติงาน
- ข้อกำหนดเกี่ยวกับวิธีการในการกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับแพทย์แต่ละคน
- การดำเนินการเมื่อมีการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับจริยธรรมแห่งวิชาชีพ
- การจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับแพทย์

การจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติ (มาตรฐานข้อ MED.5.2)

ควรจัดทำโดยแพทย์ ร่วมกับผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาอื่น และหน่วยงานอื่นตามความเหมาะสม โดยได้รับการรับรองจากผู้บริหารในระดับที่เหมาะสม หรือจากองค์กรบริหารสูงสุด มีกลไกที่จะทำให้แพทย์ได้รับทราบนโยบายและวิธีปฏิบัติงานในรูปแบบต่างๆ เช่น จัดหมายข่าว การประชุม มีการทบทวนปรับปรุงเมื่อจำเป็นหรืออย่างน้อยทุก 3 ปี และมีการประเมินผลการนำไปปฏิบัติ

ตัวอย่างนโยบายและวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ (MED.5.3)

การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

- สถานการณ์ที่จำเป็นต้องมีการปรึกษา
- กลไกการมอบหมายความรับผิดชอบ
- การจัดกิจกรรมประกันคุณภาพทางการแพทย์
- การดำเนินการในกรณีแพทย์ยังไม่มาดูแลผู้ป่วย
- กลไกการจัดทำตารางเวร

การบันทึกและจัดทำเอกสาร

- ข้อกำหนดในเรื่องความสมบูรณ์และระยะเวลาในการบันทึกเวชระเบียน
- ข้อกำหนดในการสรุปเวชระเบียนและบทลงโทษ
- หลักการและเอกสารที่ใช้ในกรณีต่าง ๆ เช่น ใบนยินยอมรับการรักษา, ทางเลือกในการรักษาและการปฏิเสธการรักษา, การบริจาคอวัยวะ, การทำแท้ง, การทดลองในคน, การช่วยให้ฟื้นคืนชีพและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

MED.6 การดูแลผู้ป่วย

แพทย์ทุกคนให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ และอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ทันสมัย

- MED.6.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ และภายในวิชาชีพแพทย์
- MED.6.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- MED.6.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- MED.6.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ
- MED.6.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดในภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล ซึ่งเน้นการให้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประสิทธิภาพของวิธีการรักษา
- MED.6.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- MED.6.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ขยายความ (โปรดดูรายละเอียดในมาตรฐาน GEN.8)

MED.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ โดยการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานของโรงพยาบาล และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

MED.7.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการทางการแพทย์ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน/ระหว่างหน่วยงาน ภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารทางการแพทย์

MED.7.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

MED.7.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

MED.7.2.2 การควบคุมกำกับ (monitor) ข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

MED.7.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

MED.7.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการ ค้นหาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

MED.7.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

MED.7.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและเกิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

MED.7.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) มาเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

MED.7.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

MED.7.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนนำไปปรับปรุง

ขยายความ

เครื่องชี้วัดคุณภาพ (MED.7.2.2)

ควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อแสดงเครื่องชี้วัดคุณภาพของบริการทางการแพทย์ในระดับโรงพยาบาล เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด, การเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผน, การผ่าตัดซ้ำโดยไม่มีแผน, การติดเชื้อในโรงพยาบาล, ความเหมาะสมในการใช้ยา

ควรนำเครื่องชี้วัดเหล่านี้ไปใช้ในการประเมินและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย (MED.7.3.2)

กิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนในระบบและนำไปปรับปรุง ซึ่งอาจจะทำได้หลายรูปแบบ คำเรียกที่ใช้ดั้งเดิมได้แก่ การตรวจสอบทางการแพทย์ (medical audit) ซึ่งให้ความรู้สึกที่เป็นลบเสมือนเป็นการจับผิด ปรัชญาการปรับปรุงคุณภาพในปัจจุบันพยายามหลีกเลี่ยงการตรวจสอบเอาผิดที่ตัวบุคคล แต่พยายามค้นหาจุดอ่อนในระบบและวางแผนป้องกัน

รูปแบบที่ควรดำเนินการ ได้แก่

- การทบทวนทางการแพทย์ (medical review)
- การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก (clinical review)
- การทบทวนเฉพาะด้าน เช่น การเสียชีวิต การติดเชื้อ การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ วันนอนโรงพยาบาล การใช้ทรัพยากร เป็นต้น

เมื่อมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสียชีวิตของมารดา, เด็กแรกเกิดหรือตายคลอด, ระหว่างหรือหลังการผ่าตัด ควรมีการไต่สวนอย่างเป็นทางการลับเพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก

ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยของแต่ละแผนกให้ชัดเจน และมีการกำหนดกลุ่มผู้ทบทวน (peer) ที่เหมาะสม

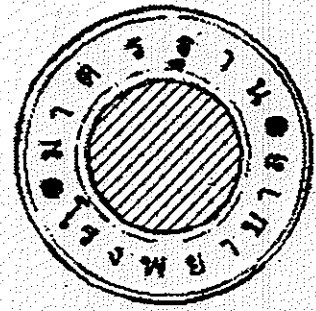
ควรมีการเก็บบันทึกการประชุมทบทวนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม หัวข้อกว้างๆที่มีการอภิปราย ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ (ไม่มีการบันทึกรายชื่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการ)

จะต้องไม่มีการนำเสนอชื่อของผู้ป่วยตลอดกระบวนการทบทวน

ผู้บริหารควรจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อสนับสนุนกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วย เช่น คอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ข้อมูล (MED.7.1.)

16 ธันวาคม พ.ศ. 2539

3.6/6



**บริการพยาบาล
/ องค์การพยาบาล
RU**

บริการพยาบาล/องค์กรพยาบาล(NUR)

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีจำนวนผู้ปฏิบัติงานมากที่สุดในโรงพยาบาล และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นบุคคลแรกๆที่จะรับทราบปัญหาและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การปฏิบัติงานของวิชาชีพพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

การจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกันทั้งโรงพยาบาลจำเป็นต้องมีการจัดระบบและองค์กรรับผิดชอบ มาตรฐานนี้จึงครอบคลุมทั้งองค์กรพยาบาล (เน้นในมาตรฐาน NUR.2) และบริการพยาบาล (เน้นในมาตรฐาน NUR.6 และ NUR.7)

มาตรฐานบริการพยาบาล/องค์กรพยาบาล มี 7 ข้อ คือ

NUR.1 พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

NUR.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการพยาบาลซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

NUR.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

NUR.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่บริการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

NUR.2 การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารบริการพยาบาลซึ่งเอื้ออำนวยต่อพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUR.2.1 โครงสร้างการบริหารการพยาบาลชัดเจนและเหมาะสม

NUR.2.2 กำหนดบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาลชัดเจน

NUR.2.3 กำหนดขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบทางการบริหารของผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร

NUR.2.4 ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารการพยาบาล

NUR.2.5 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

NUR.2.6 มีกลไกที่จะให้หน่วยงานมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ และกำหนดนโยบายในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาล/องค์กรพยาบาล

โครงสร้างการบริหารการพยาบาล (NUR.2.1)

มีรูปแบบที่เป็นไปได้คือ

- การจัดตั้งกลุ่มงานการพยาบาลหรือฝ่ายการพยาบาลอย่างเป็นทางการ เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลในโรงพยาบาลสามารถนำปรัชญาและมาตรฐานแห่งวิชาชีพพยาบาลมาใช้ได้อย่างเต็มที่
- การจัดตั้งคณะกรรมการซึ่งมีผู้แทนจากแผนก สาขา/หน่วยงานย่อย ที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมเข้าร่วมเป็นกรรมการ เพื่อให้เกิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม

บทบาทหน้าที่ขององค์กรพยาบาล (NUR.2.2)

- เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะแก่องค์กรบริหารสูงสุดและทีมบริหารของโรงพยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวกับบริการพยาบาล
- ประสานงานกิจกรรมและนโยบายของงานบริการพยาบาล รวมทั้งการประสานงานกับหน่วยงานหรือคณะกรรมการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ดูแล เสริมสร้าง อำนวยความสะดวก และควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกคน ให้มีหลักประกันว่ามีการปฏิบัติงานอยู่บนพื้นฐานของจรรยาบรรณ จรรยาบรรณ และกฎหมายวิชาชีพ รวมทั้งความรู้ที่ถูกต้องทันสมัย
- กำหนดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- กำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ทั้งด้านการบริหาร บริการ และวิชาการ ให้สอดคล้องกับปรัชญาวิชาชีพ และภาระหน้าที่ในทีมงาน
- จัดระบบการติดตามและประเมินคุณภาพบริการพยาบาลใน แผนก/สาขา/หน่วยงานย่อย
- กำหนดหลักการ/วิธีการในการส่งเสริม สนับสนุนสมรรถนะในการพึ่งและดูแลตนเอง ด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ใช้บริการ ทั้งขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน

บทบาทหน้าที่ของผู้นำทีมการพยาบาล (NUR.2.3)

- การบริหารหน่วยงาน จัดระบบงาน จัดทำแผน พัฒนาเจ้าหน้าที่ ประสานงาน วางระบบประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล
- นิเทศ ติดตาม สนับสนุน และเป็นพี่ปรึกษาหรือที่ปรึกษาในการนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมได้อย่างมีคุณภาพ

คุณสมบัติของผู้นำทีมการพยาบาล (NUR.2.4)

- ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีคุณสมบัติเหมาะสมกับตำแหน่งโดยการศึกษา การฝึกอบรม หรือประสบการณ์ ดังนี้

| | คุณสมบัติ | ประสบการณ์ |
|--|--|---|
| ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง รอง ผอ.ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล/หัวหน้ากลุ่ม งานพยาบาล | ปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า และประกาศนียบัตรการอบรมทางด้านการบริหารการพยาบาล ปฏิบัติงานเต็มเวลา | การบริหารและปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี |
| | ไม่ต่ำกว่าปริญญาโท | การบริหารการพยาบาลไม่น้อยกว่า 3ปี |
| หัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย | ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | ปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 ปี และในสาขานั้นๆไม่น้อยกว่า 1 ปี |
| หัวหน้าเวร | ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | ปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 เดือน |

- ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับมีความสามารถในการถ่ายทอดพันธกิจ ปรัชญา นโยบาย เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลและของวิชาชีพไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงาน

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

โครงสร้างและกลไกการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหา (NUR.2.5)

ตัวอย่างของโครงสร้างและกลไกได้แก่

- การกำหนดระบบรายงาน
- การประชุมพยาบาล
- การแต่งตั้งคณะกรรมการ
- ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร
- การประชุมร่วมระหว่างแผนก
- จดหมายข่าวสำหรับผู้ป่วย
- การตั้งกลุ่มผู้ป่วย

คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาลซึ่งควรมีตัวแทนขององค์กร/วิชาชีพพยาบาลเข้าร่วมเป็นกรรมการได้แก่

- กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
- กรรมการเวชระเบียน
- กรรมการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- กรรมการหน่วยบำบัดพิเศษ
- กรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- กรรมการประกัน/พัฒนาคุณภาพ

NUR.3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUR.3.1 การจัดกำลังคน

NUR.3.1.1 ทีมให้บริการพยาบาล/พยาบาลประจำการแต่ละหน่วยเป็นพยาบาลวิชาชีพ และ พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล

NUR.3.1.2 การจัดอัตรากำลังคนทางการพยาบาลของแต่ละหน่วยงานอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย ความชำนาญของกำลังคน ที่ตั้งของหน่วยงาน และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

NUR.3.1.3 พยาบาลแต่ละคนได้รับการมอบหมายหน้าที่ตามความรู้ความสามารถเป็นลายลักษณ์อักษร

NUR.3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติเชิงบวกเพื่อก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

NUR.3.3 เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามที่ระบุไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง หรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาล

ทีมให้บริการพยาบาล/พยาบาลประจำการ (NUR.3.1.1)

- พยาบาลวิชาชีพต้องได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1
- พยาบาลเทคนิค หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล สาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 2 โดยปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2530

การมอบหมายหน้าที่ (NUR.3.1.3)

- ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล/ให้การพยาบาลผู้ป่วยมากกว่า 1 ประเภท ต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละประเภทได้
- การมอบหมายหน้าที่ให้กับผู้ที่ไม่ได้รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพหรือนักเรียนฝึกงาน ควรดำเนินการภายในข้อตกลงหรือหลักการดังนี้
 - มั่นใจว่าจะเกิดความปลอดภัยและไม่เป็นอันตรายกับผู้ให้บริการ
 - ผู้รับมอบอำนาจมีความรู้และทักษะเพียงพอ
 - พยาบาลวิชาชีพที่มอบหมายงานนั้นยังคงมีความรับผิดชอบต่อนักเรียนฝึกงานโดยตรง
 - มีข้อปฏิบัติ (protocol) ในการทำงานไว้เพื่อการสอน การให้คำแนะนำ และฝึกฝน

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

NUR.4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

NUR.4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

NUR.4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านการพยาบาล

NUR.4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

NUR.4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

NUR.4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และผลกระทบต่อการศึกษา/บริการแก่ผู้ป่วย

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาล

เนื้อหาในการฝึกอบรม (NUR.4.1)

ควรครอบคลุม

- หลักการ/ทฤษฎี/เทคนิคในงานบริการพยาบาล
- คุณธรรมและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
- การสร้างคุณภาพงานบริการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- ความต้องการด้านสังคมจิตวิทยาของผู้ป่วยและญาติ
- การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการ
- เทคโนโลยีใหม่ที่เกี่ยวข้อง
- กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพ
- การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลื่อนระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น

NUR.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบริการพยาบาลรวมทั้งกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

NUR.5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

NUR.5.2 นโยบาย/วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านต่อไปนี้

NUR.5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

NUR.5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

NUR.5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

NUR.5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

NUR.5.2.5 ด้านความปลอดภัย

NUR.5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

NUR.5.3 เจ้าหน้าที่ รับประทาน เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/วิธีปฏิบัติ

NUR.5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และสอดคล้องกับสภาวะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาล

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ควรมี (NUR.5.2)

ด้านการบริหารจัดการ

- คู่มือการบริหารงานฝ่ายการพยาบาล
- การมอบหมายงานให้แก่ทีมงานการพยาบาล

ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

- การรับคำสั่ง การประสานงาน การปฏิบัติตามข้อวินิจฉัย/แผนการรักษา และการส่งต่อทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
- บทบาทของพยาบาลในการวางแผนและการจำหน่ายผู้ป่วย
- บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว
- เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยซึ่งใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล (รวมทั้งระบุการใช้ประโยชน์จากการจำแนกประเภทผู้ป่วย) เช่น จำแนกผู้ป่วยออกเป็น
 - ผู้ป่วยวิกฤติ
 - ผู้ป่วยประเภท 1 มีภาวะการเจ็บป่วยหนักมาก
 - ผู้ป่วยประเภท 2 มีภาวะการเจ็บป่วยหนัก
 - ผู้ป่วยประเภท 3 มีภาวะการเจ็บป่วยปานกลาง
 - ผู้ป่วยประเภท 4 มีภาวะการเจ็บป่วยเบา

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

- หลักการและวิธีการจัดบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับประเภทและระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- มาตรฐานการพยาบาลหรือแนวทางปฏิบัติพยาบาลด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร
- บันทึกทางการพยาบาล การรายงาน ข้อมูลทางสถิติ

NUR.6 ระบบงาน/กระบวนการบริการพยาบาล

ระบบงาน/กระบวนการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

- NUR.6.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งในวิชาชีพพยาบาลและกับวิชาชีพอื่น
- NUR.6.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา
- NUR.6.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ
- NUR.6.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย
- NUR.6.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม
- NUR.6.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการ และเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา
- NUR.6.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการพยาบาล (โปรดดูรายละเอียดในมาตรฐาน GEN.8)

การทำงานร่วมกันเป็นทีม (NUR.6.1) เช่น

- การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยขณะรับส่งเวร
- การทำ pre-post conference
- การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับวิชาชีพอื่น

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยด้านการพยาบาล (NUR.6.4)

- พิจารณาปัจจัยด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตามที่เหมาะสม
- สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล
- ปรับเปลี่ยนตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
- ครอบคลุมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลสำคัญใกล้ชิด
- ครอบคลุมการวางแผนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเพื่อฟื้นฟูสภาพ

กระบวนการให้บริการ (NUR.6.5)

- นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้บริการพยาบาลแบบองค์รวม และผสมผสานครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ
- มีกิจกรรมสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

(โปรดดูคำขยายความในมาตรฐานทั่วไปประกอบด้วย)

การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (NUR.6.6)

มีการบันทึกทางการพยาบาล ครบคลุม

- ภาวะสุขภาพ ปัญหา ความต้องการ ความสามารถ ข้อจำกัด ของผู้ป่วย
- การปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลรักษาอื่นๆรวมทั้งผลลัพธ์จากการปฏิบัติ
- ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนย้ายหรือจำหน่าย
- ความเข้าใจและพฤติกรรมของผู้ป่วย/ครอบครัว/ญาติ ต่อคำแนะนำที่ได้รับ

NUR.7 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการพยาบาล โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

NUR.7.1 หน่วยบริการพยาบาลทุกหน่วยมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

NUR.7.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

NUR.7.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและลูกค้า (customer) หรือ บุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

NUR.7.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

NUR.7.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญ มาประเมินและปรับปรุง

NUR.7.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (root causes) ที่แท้จริง ดัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่ม สร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

NUR.7.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

NUR.7.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

NUR.7.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

NUR.7.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (clinical practice guideline) ของโรงพยาบาล

NUR.7.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง