



HealthCare
Expert GROUP
Thailand

มาตรฐานการรับรอง JCI สำหรับโรงพยาบาล (ฉบับภาษาไทย)

มาตรฐาน
JCI^{6th}
Edition

—ใช้สำหรับอบรมในหลักสูตรของ Healthcare Expert Group เท่านั้น

โรงพยาบาล

ครอบคลุม โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

ฉบับ ๖

มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ใช้ภายในสถานพยาบาลห้ามจำหน่าย

สารบัญ

สรุปการเปลี่ยนแปลงของมาตรฐาน	4
ตอนที่ ๑ ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง	25
ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง (APR)	26
ตอนที่ ๒ มาตรฐานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	36
เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล (IPSG)	37
การเข้าถึงการดูแลและความต่อเนื่อง ของการดูแล (ACC)	51
สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (PFR)	74
การประเมินผู้ป่วย (AOP)	92
การดูแลผู้ป่วย (COP)	124
การดูแลด้านระบับความรู้สึกและศัลยกรรม (ASC)	149
การจัดการด้านยาและการใช้ยา (MMU)	164
การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (PFE)	183
ตอนที่ ๓ มาตรฐานการจัดการสถานพยาบาล	188
การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (QPS)	189
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (PCI)	203
การกำกับดูแลกิจการ การนำและทิศทาง (GLD)	222
การบริหารจัดการอาคารสถานที่และ ความปลอดภัย (FMS)	257
คุณสมบัติและการศึกษาของบุคลากร (SQE)	281
การจัดการสารสนเทศ (MOI)	313
ตอนที่ ๔ มาตรฐานโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษา	330
การฝึกอบรมวิชาชีพแพทย์ (MPE)	332
โครงการวิจัยในมนุษย์ (HRP)	340

สรุปการเปลี่ยนแปลงของมาตรฐาน

ตารางต่อไปนี้เป็นสรุปการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในมาตรฐานฉบับที่ 6 ของมาตรฐานการรับรอง JCI สำหรับโรงพยาบาล หลาย มาตรฐานในตารางมีการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด (เมื่อเทียบกับฉบับที่ 5) บางมาตรฐานใหม่ในฉบับที่ 6 และหลายมาตรฐานไม่มี การเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด แต่ถูกปรับปรุงเพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ ความคาดหวัง รวมข้อกำหนดที่คล้ายกันและ/หรือ การให้ตัวอย่างเพิ่มเติมในเจตจำนง

ตารางครอบคลุมข้อปัจจุบันของแต่ละมาตรฐานในฉบับที่ 6 เช่นเดียวกับข้อที่มาจากฉบับที่ 5 ในบางกรณีข้อมีการเปลี่ยนแปลง (ตัวอย่างเช่น มาตรฐานอาจได้ย้ายไปยังตำแหน่งใหม่ในฉบับที่ 6 หรือสองมาตรฐานในขณะนี้อาจจะ รวมกันเป็นหนึ่ง) นอกจากนี้ยังมีรายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงให้และถ้าเป็นมาตรฐานใหม่หรือมาตรฐานมี องค์ประกอบที่วัดได้ใหม่จะมีเครื่องหมายถูกปรากฏในคอลัมน์สุดท้ายสองคอลัมน์

การเปลี่ยนแปลงมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับที่ 6 ได้รับอิทธิพลและคำแนะนำจากหลายแหล่งที่มาได้แก่

- ข้อเสนอแนะจากองค์กร JCI ที่ได้รับการรับรอง ที่ปรึกษาและผู้เยี่ยมชมสำรวจของ JCI คณะที่ปรึกษา มาตรฐาน JCI สำหรับประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในการดูแลที่ไม่ได้อยู่ในมาตรฐาน โรงพยาบาลฉบับที่ 5
- การสื่อสารกับองค์กร JCI ที่ได้รับการรับรอง ผู้เยี่ยมชมและผู้ปรึกษา JCI และ บุคลากรของ JCI เกี่ยวกับความจำเป็นในการขยายความของข้อกำหนดและความคาดหวังเฉพาะสำหรับมาตรฐาน
- วิวัฒนาการการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
IPSG.2 จนถึง IPSG.2.2	IPSG.2 จนถึง IPSG.2.2	- ขยายความ IPSG.2.2, ME 2 ว่ามีการใช้เครื่องมือหรือวิธีการในรูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อสนับสนุนกระบวนการส่งมอบการดูแล - เพิ่มภาษาใน IPSG.2.2, ME 3 เพื่อระบุว่าข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มีการติดตามและนำมาใช้เพื่อค้นหาการพัฒนาการสื่อสารในการส่งมอบการดูแล		
IPSG.3 และ IPSG.3.1	IPSG.3 และ IPSG.3.1	- ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความคำนิยามของยาที่ต้องระมัดระวังสูง - ปรับปรุง ME ใน IPSG.3 เพื่อแยกข้อกำหนดสำหรับยาที่ต้องระมัดระวังสูงจากยาข้อพึงมองคล้ายเพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
IPSG.4 และ IPSG.4.1	IPSG.4 และ IPSG.4.1	- ใน IPSG.4 ย้าย ME 3 (ฉบับที่ 5) ไป ME1 และเพิ่ม ผลลัพธ์ของเลือดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ฝังในร่างกายเป็นรายการที่ต้องตรวจสอบว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัด - ขยายความข้อกำหนดใน IPSG.4.1, ME1 ว่า ความ สมบูรณ์ของการขอเวลานอกได้รับการบันทึกและรวมการอ้างอิงข้ามไปที่ MOI.1.1.1 เช่นเดียวกับภาษาในเจตจำนงที่ขยายความข้อกำหนดว่าการบันทึกรวมถึงวันและเวลาที่ทำการขอเวลานอกเสร็จสมบูรณ์ - เปิดตัวข้อกำหนดใหม่ IPSG.4.1, ME 2 สำหรับกระบวนการขานออกจากระบบภายหลังการผ่าตัด/การทำหัตถการที่รุกราน - ย้ายข้อกำหนดของ IPSG.4.1, ME 2 ก่อนหน้านี้ (ฉบับที่ 5) ไปยังตัวรายการตัวอักษร a) จนถึง c) ในเจตจำนงซึ่งเป็นองค์ประกอบของกระบวนการขอเวลานอกและในฉบับนี้กำหนดใน IPSG.4.1, ME1 - ปรับเจตจำนงและให้ตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อขยายความโดยรวม เพิ่มภาษาในเจตจำนงระบุว่า "X" อาจจะไม่เหมาะสมสำหรับใช้เป็นเครื่องหมายสำหรับการผ่าตัด/หัตถการรุกราน		✓
IPSG.6 และ IPSG.6.1	IPSG.6	- แยก IPSG.6 (ฉบับที่ 5) เป็นสองมาตรฐาน (IPSG.6 และ IPSG.6.1) เพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกแยกจากกัน - เพิ่มภาษาใน IPSG.6, ME 1 เพื่อขยายความว่า เครื่องมือ /วิธีการในการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ที่ถูกนำมาใช้มีความเหมาะสม	✓	

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้าคือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		สำหรับผู้ป่วยที่ให้การดูแล - เพิ่มข้อกำหนดใน IPSP.6, ME 3 สำหรับการดำเนินการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มให้มีการบันทึกไว้ - ย้ายข้อกำหนดสำหรับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยนอกจาก IPSP.6, ME 1 (ฉบับที่ 5) ไปยัง IPSP.6.1, ME 1 และปรับเปลี่ยนภาษาเพื่อกำหนดให้มีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยนอกสำหรับความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม เพิ่มภาษาที่ขยายความว่าเครื่องมือ/วิธีการมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ให้การดูแล - ตัดข้อกำหนดสำหรับการประเมินและการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยนอกจาก IPSP.6, ME 2 (ก่อนหน้านี้เป็นข้อกำหนดบางส่วนของ ME ในฉบับที่ 5) - ย้ายข้อกำหนดสำหรับการดำเนินการสำหรับผู้ป่วยนอก ที่เสี่ยงต่อการพลัดตกจาก IPSP.6, ME 2 ไปยัง IPSP.6.1, ME 2 และปรับเปลี่ยนข้อกำหนดดังกล่าว ว่าการดำเนินการจะกระทำบนพื้นฐานของผลการตรวจ คัดกรอง เพิ่มข้อกำหนดว่าการตรวจคัดกรองและการ ดำเนินการได้รับการบันทึกไว้ปรับปรุงเจตจำนงและให้ตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อขยายความโดยรวม		
ACC.1	ACC.1	เพิ่ม ME.3 ใหม่ที่กำหนดให้โรงพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสำหรับการโอนย้าย การส่งต่อ หรือ ความช่วยเหลือในการได้รับจากแหล่งการดูแลอื่น ๆ เมื่อพันธกิจและทรัพยากรของโรงพยาบาลไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและมีการจัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
ACC.1.1	ACC.1.1	- เพิ่ม ME.1 ใหม่และเพิ่มภาษาในเจตจำนงเกี่ยวกับความ จำเป็นในการรวมการรับรู้การและอาการแสดงของ โรคติดต่อตั้งแต่ช่วงแรกเข้ามาไว้ในกระบวนการคัดกรอง (triage) - ขยายความว่ามีการใช้กระบวนการคัดกรองที่ได้รับการ ยอมรับในภาวะแวดล้อมการดูแลแบบผู้ป่วยนอกที่เร่งด่วน/ทันทีเช่นเดียวกับแผนฉุกเฉิน		✓
ACC.2.2	ACC.2.2	เพิ่ม ME.1 และภาษาในมาตรฐานและเจตจำนงเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ความรู้และ ปฐมนิเทศผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน		✓
ACC.2.2.1	ACC.2.2.1	- เพิ่มสัญลักษณ์นโยบายในมาตรฐาน - ปรับภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความข้อกำหนด		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		- ตัด ME.3 (ฉบับที่ 5) ออก ในขณะที่ข้อกำหนดนี้ครอบคลุมอยู่ใน ME.2 (ฉบับที่ 6) - แยกข้อกำหนดสำหรับการดำเนินการจำกัดเวลาพัก ของผู้ป่วยในการรอเตียงผู้ป่วยในไป ME.3 (ฉบับที่ 6) ซึ่งก่อนหน้านี้เป็นส่วนหนึ่งของ ME.2 (ฉบับที่ 5)		
ACC.2.3 และ ACC.2.3.1	ACC.2.3 และ ACC.2.3.1	ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
ACC.4	ACC.4	- ย้ายข้อกำหนดของ ACC.6, ME.1 และ 2 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ACC.4, ME.5 และ 6 (ฉบับที่ 6) - เพิ่มภาษาในเจตจำนงจาก ACC.6 (ฉบับที่ 5) เพื่อขยายความความคาดหวัง - ปรับปรุงภาษาใน ME.3 เพื่อขยายความข้อกำหนด		
ACC.4.3.1	ACC.4.3.1	- เพิ่ม ME.1 ใหม่และการเรียงหมายเลข ME ใหม่ตามลำดับ - เพิ่มภาษาใน ME 2 (ฉบับที่ 6) เพื่อขยายความข้อกำหนด		✓
ACC.4.4	ACC.4.4	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME.2 และ 3 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
ACC.6	ACC.6	- ย้ายข้อกำหนดของ ME.1 และ 2 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ACC.4, ME 5 และ 6 (ฉบับที่ 6) - เพิ่ม ME 3 ใหม่กำหนดบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยในระหว่างการเคลื่อนย้ายที่ต้องมีคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้าย - จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
PFR.1.1	PFR.1.1	เพิ่มภาษาใน ME 1 เพื่อขยายความข้อกำหนด		
PFR.1.2	PFR.1.2	เพิ่ม ME 1 ใหม่และภาษาในมาตรฐานและเจตจำนงเกี่ยวกับการให้ความเคารพและพิจารณาศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและคุณค่าแห่งตนจัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
PFR.2	PFR.2 และ PFR.2.1	รวม PFR.2 และ PFR.2.1 (ฉบับที่ 5) เพราะเป็นข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกัน		
PFR.2.1	PFR.2.2	จัดเรียงข้อ PFR.2.2 (ฉบับที่ 5) ใหม่		
PFR.2.2	PFR.2.3	จัดเรียงข้อ PFR.2.3 (ฉบับที่ 5) ใหม่ ไม่มี PFR.2.3 ในฉบับที่ 6		
PFR.4	PFR.4	เพิ่ม ME 1 เพื่อสะท้อนภาษาเดียวกันในข้อความมาตรฐานและขยายความความคาดหวังจัดเรียงข้อใน ME ใหม่ ให้สอดคล้องกัน		✓

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้าคือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		รวมข้อกำหนดของ ME 3 (ฉบับที่ 5) กับ ME 2 (ฉบับที่ 6)		
PFR.5	PFR.5	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 3 รวมทั้งเพิ่ม ME 4 ใหม่เกี่ยวกับสารสนเทศที่ต้องสื่อสารโดยไม่คำนึงถึงว่าองค์กรจะใช้กระบวนการขอความยินยอมแบบทั่วไปหรือไม่ก็ตาม		✓
PFR.5.1	PFR.5.1	- รวมข้อกำหนดของ PFR.5.1, ME 2 (ฉบับที่ 5) กับ PFR.5.1, ME 1 (ฉบับที่ 6) - เพิ่ม ME 2 ใหม่ เกี่ยวกับความจำเป็นที่จะต้องแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการขอความยินยอม - ย้าย ME 6 จาก PFR.5.2 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ME 6 ของ PFR.5.1 (ฉบับที่ 6)		✓
PFR.5.2	PFR.5.2	ย้ายข้อกำหนดของ PFR.5.2, ME 6 (ฉบับที่ 5) ไปยัง PFR.5.1, ME 6 (ฉบับที่ 6)		
PFR.5.3	PFR.5.3	- เพิ่มภาษาในมาตรฐาน เจตจำนง และ ME เพื่อขยายความว่าผู้ป่วยได้รับการแจ้งองค์ประกอบในเจตจำนงเกี่ยวกับการรักษา/หัตถการที่จะเกิดขึ้น - เพิ่ม ME ใหม่ 1 (ฉบับที่ 6) เพื่อขยายความว่าผู้ป่วย ได้รับการแจ้งองค์ประกอบในเจตจำนง เมื่อกำหนดให้มีการขอความยินยอมสำหรับการรักษา/หัตถการขึ้น - จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
AOP.1	AOP.1	เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความว่าการประเมินที่ครบถ้วนทำเมื่อผู้ป่วยลงทะเบียนหรือรับไว้ในโรงพยาบาลไม่ว่าจะโดยบุคคลในพื้นที่หรือผ่านวิธีการเสมือนจริง (virtual mean)		
AOP.1.1	AOP.1.1	- เพิ่ม ME 4 ใหม่ เพื่อขยายความข้อกำหนดว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินแรกรับด้านจิตวิญญาณ/วัฒนธรรมตามความเหมาะสม - จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
AOP.1.2.1	AOP.1.2.1	ขยายความ ME 3 ในความจำเป็นอย่างน้อยที่สุด มีบันทึกย่อและการวินิจฉัยก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการผ่าตัดฉุกเฉิน		
AOP.1.3	AOP.1.3	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 3 เพื่อขยายความ ความคาดหวังเกี่ยวกับประวัติและตรวจร่างกายที่ทำมา น้อยกว่าหรือมากกว่า 30 วัน		
AOP.1.3.1	AOP.1.3.1	- เพิ่มคำว่าทางแพทย์ในการประเมินเพื่อขยายความว่ามาตรฐานเน้นเกี่ยวกับการประเมินทางแพทย์ก่อนผ่าตัด - ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME 2		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		เพื่อขยายความว่าความต้องการด้านสังคมเศรษฐกิจ และการจำหน่ายเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินและตัดข้อกำหนดให้ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณ/วัฒนธรรมออกไป		
AOP.1.4	AOP.1.4	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 1 และ 3 เพื่อขยายความว่าเกณฑ์การคัดกรองได้รับการนำสู่ปฏิบัติอย่างคงเส้นคงวาทั่วทั้งโรงพยาบาลในที่ที่จำเป็น		
AOP.1.5	AOP.1.5	เพิ่มภาษาใน ME 1 เพื่อเป้าหมายในการขยายความ		
AOP.1.6	AOP.1.6	- ปรับปรุงภาษาในมาตรฐานและเจตจำนงเพื่อเป้าหมายในการขยายความ - เพิ่ม ME 4 ใหม่เพื่อขยายความว่ามีการทำการประเมินทางการแพทย์และพยาบาลเฉพาะรายและบันทึกไว้		✓
AOP.1.7	AOP.1.7	- เปลี่ยนแปลงในเจตจำนงจาก bullet เป็นตัวอักษร bullet แบ่งรายการเป็น 1) อาการสภาวะ และความต้องการการดูแลสุขภาพ และ 2) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ จิตสังคมและบริการสนับสนุน - ปรับเปลี่ยน ME 1 กำหนดให้มีการประเมินและการประเมินซ้ำอาการ สภาวะและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต - เพิ่ม ME 2 เพื่อตอบสนองต่อการประเมินและการประเมินซ้ำด้านจิตวิญญาณ จิตสังคมและความต้องการบริการสนับสนุนของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตและครอบคลุมตามความเหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการและความชอบทางวัฒนธรรม		✓
AOP.1.8	AOP.1.8	- เพิ่มสัญลักษณ์นโยบายในมาตรฐาน - ปรับโครงสร้าง ME โดยการรวม ME 1 และ 2 (ฉบับที่ 5) มาเป็น ME 1 (ฉบับที่ 6) - ย้าย ME 3 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ME 2 (ฉบับที่ 6) - เพิ่ม ME 3 เพื่อขยายความข้อกำหนด		✓
AOP.5.1.1	มาตรฐานใหม่ไม่มีในมาตรฐานก่อนหน้านี้คือฉบับที่ 5	- ย้ายข้อกำหนดในการกำกับดูแลการตรวจทดสอบ ณ จุดการดูแล (POCT) จาก AOP.5.1 (ฉบับที่ 5) มายังมาตรฐานใหม่นี้ ระบุการกำกับดูแลและการกำกับติดตามแผนงานใน ME 1 - รวมข้อกำหนดสำหรับคุณสมบัติ การฝึกอบรมและความสามารถของบุคลากรเป็น ME 2 - รวมข้อกำหนดสำหรับการรายงานความผิดปกติของผลการทดสอบเป็น ME 3 - รวมข้อกำหนดการควบคุมคุณภาพเป็น ME 4	✓	

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้าคือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		รวมข้อกำหนดสำหรับ POCT อยู่ในกิจกรรมการ พัฒนาคุณภาพ ME 5		
AOP.5.3.1	AOP.5.3.1	เพิ่มภาษาในมาตรฐานและเจตจำนงเพื่อขยาย ความข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อทั่วโลก		
AOP.5.6	AOP.5.6	ปรับภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME 2 และ 4 เพื่อขยายความข้อกำหนด		
AOP.5.7	AOP.5.7	เพิ่ม ME 5 เพื่อให้สะท้อนถึงภาษาในข้อความ มาตรฐานเกี่ยวกับการทำลายสิ่งส่งตรวจ จัดเรียง ข้อใน ME ใหม่ ให้สอดคล้องกัน		
AOP.5.11	AOP.5.11	- เพิ่มสัญลักษณ์นโยบายในมาตรฐาน - เพิ่มการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคเข้ากับรายการ ตัวอักษรในเจตจำนงและ ME 2		
AOP.6	AOP.6	ปรับภาษาใน ME 3 เพื่อขยายความข้อกำหนด		
AOP.6.3	AOP.6.3	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความความจำเป็น ของการใช้ภาพเพื่อการวินิจฉัยที่ความปลอดภัย - เพิ่มภาษาใน ME 1 กำหนดให้แผนงานความ ปลอดภัยทางรังสีที่ครอบคลุมรวมทั้งผู้ป่วยและ บุคลากร - เพิ่ม ME 2 ใหม่ที่กำหนดให้มีการให้การศึกษา สำหรับแผนภาพวินิจฉัยสำหรับการใช้ขนาดที่ เหมาะสม - เพิ่ม ME 3 ใหม่ที่กำหนดให้การน้อมรับและการ ดำเนินการของโปรโตคอลที่ระบุนาขนาดสูงสุดสำหรับการ ตรวจแต่ละประเภท - ย้าย ME 2 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ME 6 (ฉบับที่ 6) - จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓ ✓
AOP.6.6	AOP.6.6	- รวม ME 1 และ 2 (ฉบับที่ 5) มายัง ME1 (ฉบับ ที่ 6) และจัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้ สอดคล้องกัน - ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อ วัตถุประสงค์ในการขยายความ		
AOP.6.7	AOP.6.7	ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME 4 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
AOP.6.8	AOP.6.8	เพิ่มภาษาในมาตรฐานเจตจำนงและ ME เพื่อ ขยายความว่าแหล่งบริการตรวจวินิจฉัยจาก ภายนอกต้องมีสัญญา		
COP.2.1	COP.2.1	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 6 ขยายความ ว่าแผนของการดูแลมีหลักฐานในเวชระเบียนผ่าน การบันทึกโดย ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพ		
COP.2.2	COP.2.2	เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความข้อกำหนด		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้าคือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		สำหรับการใช้คำสั่งโดยการส่งข้อความอย่างปลอดภัยหากมีการใช้โดยโรงพยาบาล - เพิ่มภาษาใน ME 1 ที่กำหนดให้มีกระบวนการสำหรับวิธีการรับคำสั่ง - เพิ่ม ME 5 ใหม่ ระบุข้อกำหนดสำหรับโรงพยาบาลที่อนุญาตให้มีการใช้คำสั่งโดยการส่งข้อความ - เพิ่ม ME 6 ใหม่ กำหนดให้โรงพยาบาลที่อนุญาตให้มีการใช้คำสั่งโดยการส่งข้อความเก็บรวบรวมข้อมูลและเฝ้าติดตามกระบวนการสื่อสารเพื่อ ความชัดเจนของคำสั่งที่ส่งด้วยข้อความ - จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
COP.2.3	COP.2.3	ปรับปรุงภาษาในมาตรฐานและ ME 1 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
COP.3	COP.3	- ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ - เพิ่มข้อกำหนดสำหรับการใช้งานตัวแจ้งเตือนที่เหมาะสมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการในการเฝ้าติดตามผู้ป่วย		
COP.4	COP.4	- จัดเรียงและเพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ - เพิ่ม ME 6 ใหม่เพื่อขยายความข้อกำหนด		✓
COP.7	COP.7 และ COP.7.1	รวม COP.7 และ COP.7.1 (ฉบับที่ 5) เพราะเป็นข้อกำหนดที่มีความสัมพันธ์กัน		
COP.8.1	COP.8.1	- เพิ่ม ME 1 ใหม่ กำหนดให้มีโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนแผนงานการเปลี่ยนอวัยวะ - ปรับปรุงภาษาใน ME 2 เพื่อวัตถุประสงค์ขยายความ		✓
COP.8.2	COP.8.2	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 3 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
COP.8.4	COP.8.4	- ปรับปรุงภาษาใน ME 1 เพื่อขยายความข้อกำหนด - เพิ่ม ME 2 ใหม่ เกี่ยวข้องกับการบันทึกความเหมาะสมทางจิตวิทยาและความเหมาะสมทางสังคมจัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
COP.8.5	COP.8.5	ปรับปรุงภาษาใน ME 4 และ 5 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
COP.8.6	COP.8.6	เพิ่มภาษาในมาตรฐานและ ME 1, 3, และ 4 เพื่อขยายความข้อกำหนดในการบันทึก		
COP.8.7	COP.8.7	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 4 เกี่ยวข้องกับการประเมินทางจิตวิทยาเพื่อขยายความข้อกำหนด		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
COP.9	COP.9	- เพิ่มภาษาในมาตรฐานเพื่อขยายความความคาดหวัง - เพิ่ม ME 1 ใหม่ เกี่ยวกับการยึดมั่นในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
COP.9.2	COP.9.2	เพิ่มภาษาใน ME 5 เพื่อขยายความข้อกำหนด		
ASC.1	ASC.1	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME ที่ 1 และ 5 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
ASC.3	ASC.3	- ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME ที่ 3 และ 4 เพื่อขยายความข้อกำหนด - เพิ่มคำนิยามสำหรับการระบุประเภทเพื่อทำหัตถการในเจตจำนง		
ASC.3.1	ASC.3.1	ให้ตัวอย่างในเจตจำนงสำหรับประเภทของบุคคลที่สามารถดำเนินการเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระหว่างการระบุประเภทเพื่อทำหัตถการโดยให้มีคุณสมบัติและมีความสามารถตามองค์ประกอบที่ระบุไว้ในเจตจำนง		
ASC.5.1	ASC.5.1	ปรับปรุงภาษาในมาตรฐานและ ME 2 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
ASC.7.2	ASC.7.2	ตัดตัวอักษร g) (ฉบับที่ 5) จากเจตจำนงเพราะข้อกำหนดครอบคลุมใน ASC.7.4 (ฉบับที่ 6) แล้ว		
ASC.7.4	ASC.7.4	- เพิ่มตัวอักษร e) ใหม่ ในเจตจำนงที่กำหนดให้รายงานความผิดปกติของอุปกรณ์ที่ฝังในร่างกายให้กับหน่วยงานกำกับดูแล - เพิ่ม ME 3 ใหม่ก่อนหน้านี้คือตัวอักษร g) ในเจตจำนง (ฉบับที่ 5) ซึ่งกำหนดให้มีกระบวนการสำหรับการตามรอยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ฝังในร่างกาย - เพิ่ม ME 4 ใหม่ ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำและดำเนินการกระบวนการสำหรับนัดติดตามผู้ป่วยในกรณีที่มีการเรียกคืนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ฝังในร่างกาย - ตัดข้อกำหนดสำหรับให้รวมอุปกรณ์ฝังในร่างกายเข้าเป็นการเฝ้าติดตามที่สำคัญของแผนก (ME 3 ฉบับที่ 5) เนื่องจากมีข้อกำหนดอยู่สำหรับการตามรอยและนัดติดตาม - ปรับปรุงเจตจำนงโดยรวมครอบคลุมการให้ตัวอย่างเพื่อความขยายความและการกำหนดเครื่องมือทางการแพทย์ที่ฝังในร่างกาย		✓ ✓
MMU.1	MMU.1	จัดเรียงและเพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อ		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้าคือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		วัตถุประสงค์ในการขยายความ ปรับปรุง ME 1 และ 4 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
MMU.1.1	มาตรฐานใหม่ ไม่มีในมาตรฐาน ก่อนหน้าคือ ฉบับที่ 5	- เปิดตัวมาตรฐานใหม่ที่ระบุข้อกำหนดสำหรับองค์กรในการจัดทำและดำเนินการแผนงานสนับสนุนการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล - ME 1 ถึง 5 ครอบคลุมข้อกำหนดสำหรับ - แผนงานที่นำบุคลากรทุกคนรวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม - แผนงานที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ - การใช้จ่ายปฏิชีวนะเพื่อการป้องกันอย่างเหมาะสม - การกำกับดูแลแผนงาน - การเฝ้าติดตามประสิทธิผลของแผนงาน	✓	
MMU.2.1	MMU.2.1	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 4 และ 5 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
MMU.3	MMU.3	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 1 และ 4 เพื่อขยายความว่าถ้ามีการใช้รพยาบาลจะรวมอยู่ในข้อกำหนดสำหรับการเก็บรักษายาที่ปลอดภัยและที่เหมาะสม		
MMU.3.1	MMU.3.1	- เพิ่มภาษาในมาตรฐานและเจตจำนงกำหนดให้ติดฉลากที่เหมาะสมและการควบคุมยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการกำหนดข้อพิจารณาเป็นพิเศษ - ให้ตัวอย่างของผลิตภัณฑ์ที่ครอบคลุมอยู่ในข้อกำหนด - เพิ่มภาษาใน ME 1 ถึง 4 ระบุข้อกำหนดของกระบวนการในการติดฉลากและควบคุมที่เหมาะสม		
MMU.3.2	MMU.3.2	ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME 2 ขยาย ความว่ายาฉุกเฉินจะถูกเก็บไว้ในรูปแบบเดียวกันเสมอ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงยาที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว		
MMU.3.3	MMU.3.3	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 2 เพื่อขยายความข้อกำหนดสำหรับยาหมดอายุและเปิดใช้แล้ว		
MMU.4	MMU.4	เพิ่มภาษาใน ME 4 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
MMU.4.1	MMU.4.1	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 1 เพื่อขยายความข้อกำหนด		
MMU.5	MMU.5	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 1 และ 3 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
MMU.5.1	MMU.5.1	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 2 ขยายความผู้ที่อาจ กระทำการทบทวนเหมาะสม - เพิ่ม ME 4 ใหม่ และภาษาในเจตจำนงเพื่อระบุมุมมองสำคัญของการทบทวนความเหมาะสมเวลาในการทบทวนความเหมาะสมสำหรับมุมมองสำคัญและกรอบ เวลาที่จะดำเนินการทบทวนความเหมาะสมเต็มรูปแบบ - ตัด ME 3 (ฉบับที่ 5) ซึ่งกำหนดให้มีกระบวนการที่จะติดต่อผู้ส่งจ่าย/ส่งยาแต่ละบุคคลเมื่อมีคำถามเกิดขึ้น ข้อกำหนดครอบคลุมอยู่ใน MMU.4.1 ME 2 - เพิ่มภาษาใน ME 6 ขยายความว่าวัสดุอ้างอิงที่จัดพิมพ์ เช่นเดียวกับโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับการตรวจสอบข้ามกันจะต้องเป็นปัจจุบันและทันสมัย		✓
MMU.5.2	MMU.5.2	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงขยายความความหมายของยาที่จ่ายในรูปแบบที่พร้อมต่อการบริหารมากที่สุด - ให้ตัวอย่างของสถานการณ์ที่ยาที่อยู่ในรูปแบบที่พร้อมต่อการบริหารมากที่สุดเป็นสิ่งสำคัญ - เพิ่มภาษาใน ME 1 ระบุนว่าการจ่ายและกระจายยาปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ - เพิ่มภาษาใน ME 2 เพื่อตอบสนองความพร้อมใช้ของยาที่อยู่ในรูปแบบที่พร้อมต่อการบริหารมากที่สุด - เพิ่ม ME 3 ใหม่ ที่ต้องใช้ระบบสนับสนุนการจ่ายยาที่ถูกต้องและทันเวลารวมทั้งการบันทึกการจ่ายยาที่ปฏิบัติ - เพิ่มภาษาใน ME 4 (ของเดิมคือ ME 2 ฉบับที่ 5) ที่กำหนดให้ใช้ตัวบ่งชี้ผู้ป่วยสองตัวในการติดตามยาที่เตรียมแล้วแต่ไม่ได้บริหารทันที		✓
MMU.6.1	MMU.6.1	เพิ่ม ME 4 ใหม่และจัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
PFE.3	PFE.3	- ปรับปรุงภาษาในมาตรฐานเพื่อวัตถุประสงค์ในการ ขยายความ - เพิ่ม ME 1 ใหม่ และจัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
QPS.5	QPS.5	เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อวัตถุประสงค์ในการ ขยาย ความ		
QPS.6	QPS.6	เพิ่มตัวอย่างในเจตจำนงเพื่อขยายความว่าบุคคลที่สามที่เป็นอิสระสำหรับการทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลสามารถเป็นบริษัทคู่สัญญาภายนอกของ		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		โรงพยาบาล		
QPS.7	QPS.7	เพิ่ม ME 3 ใหม่ กำหนดว่าการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงเสร็จสมบูรณ์โดยโรงพยาบาลระบุต้นกำเนิดของเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่การพัฒนาและ/หรือการดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อเหตุการณ์พึงสังวรซ้ำ จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
QPS.8	QPS.8	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อวัตถุประสงค์ในการขยาย ความ - เพิ่ม ME 1 ใหม่ เกี่ยวข้องกับการจัดทำและดำเนินการกระบวนการสำหรับการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล - รวมข้อกำหนดของ ME 2 ถึง 7 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ME 3 (ฉบับที่ 6) - เพิ่ม ME 4 ใหม่ เกี่ยวข้องกับการใช้การวิเคราะห์เพื่อทำการพัฒนา - เพิ่ม ME 5 ใหม่ เกี่ยวข้องกับการรายงานผลไปยังผู้กำกับดูแลกิจการ		✓ ✓ ✓
QPS.9	QPS.9	เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความว่าเหตุการณ์เกือบพลาดนำไปประยุกต์ใช้นอกเหนือจากเรื่องยา		
QPS.11	QPS.11	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความแผนงานการบริหารความเสี่ยงครอบคลุมความเสี่ยงห้าประเภทที่สามารถมีผลกระทบต่องานโรงพยาบาลและขยายความความจำเป็นในการจัดทำแผนการจัดการความเสี่ยง - เพิ่ม ME 2 ใหม่ กำหนดให้ผู้มีอำนาจระบุและจัดลำดับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
PCI.2	PCI.2	- ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 1 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ - เพิ่ม ME 3 ใหม่ กำหนดให้ทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลรวมอยู่ในแผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ย้ายข้อกำหนดของ PCI.5.1, ME 2 (ฉบับที่ 5) ไปยัง PCI.2, ME 4 (ฉบับที่ 6) - ตัดมาตรฐาน PCI.5.1 (ฉบับที่ 5) เพราะข้อกำหนดจะครอบคลุมใน PCI.2 (ฉบับที่ 6)		✓
PCI.3	PCI.3	- ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 2 เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ - ย้ายข้อกำหนดในการบริหารจัดการผ้าเปื้อนและผ้าปูเตียง		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		• ที่นอนจาก PCI.7.1 (ฉบับที่ 5) ไป ME 3 เพื่อการจัดเรียงให้สอดคล้องขึ้น		
PCI.5	PCI.5 และ PCI.7	• รวม PCI.5 (ฉบับที่ 5) และ PCI.7 (ฉบับที่ 5) ไปยัง PCI.5 (ฉบับที่ 6) เพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและขยายความข้อกำหนด		
PCI.7	PCI.7.1	• เพิ่มข้อกำหนดใหม่ในมาตรฐานและ ME เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อและการเก็บรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์และศัลยกรรมที่เหมาะสม • เพิ่ม ME 2 ใหม่ เกี่ยวกับการใช้แนวทางการปฏิบัติในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อในระดับต่ำและระดับสูง • เพิ่ม ME 3 ใหม่ กำหนดให้บุคลากรได้รับการปฐมนิเทศ การฝึกอบรมและมีความสามารถ • ย้ายข้อกำหนดในการจัดการเวชภัณฑ์หมดอายุจาก PCI.7.1.1 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ME 6 เพื่อการจัดเรียงตำแหน่งที่ดีกว่า • เพิ่มภาษาในเจตจำนง ให้ความหมายของคำศัพท์ การทำความสะอาด การจัดซื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ และเพิ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละประเภท • เพิ่ม ME 5 ใหม่ เกี่ยวกับการเก็บรักษาที่เหมาะสม		✓ ✓ ✓
PCI.7.1	PCI.7.1.1	• เรียงชื่อมาตรฐาน PCI.7.1.1 (ฉบับที่ 5) ใหม่ ใน PCI.7.1 ไม่มี PCI.7.1.1 ในฉบับที่ 6 • ปรับมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อขยายความข้อกำหนด		
PCI.7.4	PCI.7.4	• เพิ่มภาษาในเจตจำนง เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
PCI.8 และ PCI.8.1	PCI.8 และ PCI.8.1	• แยก PCI.8, ME 3 (ฉบับที่ 5) ไปเป็น PCI.8, ME 3 และ 4 (ฉบับที่ 6) ปรับปรุงภาษาของข้อกำหนดใน PCI.8, ME 4 (ฉบับที่ 6) เพื่อขยายความ • ย้าย PCI.8, ME 4 (ฉบับที่ 5) ไปยัง PCI.8, ME 5 (ฉบับที่ 6) • จัดเรียงชื่อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน • ปรับภาษาในเจตจำนง เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
PCI.8.2	มาตรฐานใหม่ ไม่มีในมาตรฐานก่อนหน้านี้คือฉบับที่ 5	• เปิดตัวมาตรฐานใหม่ที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลในการตอบสนองต่อการเกิดขึ้นของโรคติดต่อทั่วโลก • ระบุในเจตนาและกำหนดใน ME 1 หัวพื้นที่ที่จะถูก	✓	

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้าคือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		รวมอยู่ในแผนงาน - กำหนดใน ME 2 จำเป็นที่จะต้องระบุจุดแรกในการติดต่อ/เข้ามาและระบุเป้าหมายการศึกษาในพื้นที่เหล่านั้น - ระบุใน ME 3 ข้อกำหนดในการทดสอบแผนงานประจำปี (ย้ายส่วนการแพร่ระบาดของการจัด การในภาวะฉุกเฉินมาจากเจตจำนงและ ME 1 ของ FMS.6 [ฉบับที่ 5]) - กำหนดให้มีการอภิปรายสรุปและการดำเนินการ ติดตามจากการทดสอบใน ME 4 และ ME 5		
PCI.9	PCI.9	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 2 และ 4 เพื่อ ขยายความ เกี่ยวกับการการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคลและการจัดการสบุ้เหลวที่เหมาะสม		
PCI.11	PCI.11	- ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME เพื่อขยาย ความข้อกำหนด - รวมเนื้อหาของ ME เพื่อปรับปรุงข้อกำหนดให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้นโดยลดจำนวนจากห้า (ฉบับ ที่ 5) เหลือสี่ (ฉบับที่ 6) เปลี่ยนแปลงลำดับของ ME เพื่อความชัดเจน		
GLD.1	GLD.1	- ปรับปรุง ME 2 เพื่อจัดเรียงภาษาให้ถูกต้อง สอดคล้องกับข้อความในมาตรฐาน - ตัด ME 3 (ฉบับที่ 5) ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาล อธิบายวิธีการประเมินผลนิติบุคคลผู้กำกับดูแล กิจการและเกณฑ์การอนุมัติสำหรับกระบวนการ ประเมินผล - ย้าย ME 5 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ME 3 (ฉบับที่ 6) - เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความว่าเมื่อนิติ บุคคลผู้กำกับดูแลกิจการไม่ตอบสนองต่อความ พยายามของโรงพยาบาลในการทบทวน อนุมัติ และดำเนินการเกี่ยวกับรายงานของแผนงาน คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความพยายามที่ นำเชื่อถือในการปฏิบัติผ่านการบันทึก ความ พยายามและผลลัพธ์ของการสื่อสาร - ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อความคงเส้นคงวาในการใช้คำศัพท์ นิติบุคคลผู้ กำกับดูแลกิจการ เพื่ออ้างอิงผู้กำกับดูแลกิจการ ของโรงพยาบาล		
GLD.1.1	GLD.1.1	- เพิ่มภาษาใน ME 5 กำหนดให้มีการบันทึกผลการ ประเมินผลของผู้บริหารระดับสูง - ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อความคงเส้นคงวาในการใช้คำศัพท์ นิติบุคคลผู้		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		กำกับดูแลกิจการ เพื่ออ้างอิงผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาล		
GLD.1.2	GLD.1.2	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความว่าเมื่อนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการไม่ตอบสนองต่อความพยายามของโรงพยาบาลในการทบทวนการอนุมัติและดำเนินการเกี่ยวกับรายงานของแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โรงพยาบาลแสดงให้เห็นถึงความพยายามที่น่าเชื่อถือในการปฏิบัติผ่านการบันทึกความพยายามและผลลัพธ์ของการสื่อสาร - ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อความคงเส้นคงวาในการใช้คำศัพท์ นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการเพื่ออ้างอิงผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาล		
GLD.4.1	GLD.4.1	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 1 และ 2 ทำให้เวลารายงานนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการคงเส้นคงวาอย่างน้อยไตรมาสละครั้ง		
GLD.5	GLD.5	ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อ ขยายความว่าผู้บริหารระดับสูงและผู้นำมีความ รับผิดชอบในข้อกำหนดของมาตรฐาน		
GLD.6.2	GLD.6.2	- เพิ่มภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME 2 และ 3 เพื่อขยายความที่เกี่ยวข้องกับการมอบสิทธิในการรักษา - เพิ่ม ME 4 ใหม่ กำหนดให้บุคลากรที่มาพร้อมกับผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอิสระได้รับการทวนสอบไปยังแหล่งปฐมภูมิตามมาตรฐาน SQE จัดเรียงข้อใน - ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
GLD.7	GLD.7	- เพิ่มภาษาใหม่ในเจตจำนงเพื่อขยายความความจำเป็นที่ผู้นำจะต้องรับผิดชอบกำกับดูแลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ - ตัด ME 1 (ฉบับที่ 5) เพราะซ้ำซ้อนกับ ME 2 (ฉบับที่ 5) ย้าย ME 2 (ฉบับที่ 5) ไปยัง ME 1 (ฉบับที่ 6) - เพิ่ม ME 4 ใหม่ สำหรับทิศทางการนำ การสนับสนุนและการกำกับดูแลทรัพยากรเทคโนโลยีสารสนเทศ - จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
GLD.7.1	GLD.7.1	- ปรับปรุงภาษาใน ME 1 กำหนดให้โรงพยาบาลร่างขั้นตอนในห่วงโซ่อุปทานสำหรับเวชภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด - ปรับปรุงภาษาใน ME 2 กำหนดให้โรงพยาบาลระบ		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		จุดเสี่ยงที่มีนัยสำคัญในขั้นตอนของโซ่อุปทาน - ตัด ME 4 (ฉบับที่ 5) ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลติดตามเวชภัณฑ์ที่สำคัญเพื่อป้องกันการฉ้อฉลหรือทดแทน - เพิ่ม ME 4 ใหม่ กำหนดให้มีกระบวนการติดตามย้อนหลังของเวชภัณฑ์เมื่อพบว่าไม่มีเสถียรภาพปนเปื้อน มีข้อบกพร่องหรือปลอม - เพิ่ม ME 5 ใหม่ ที่กำหนดให้โรงพยาบาลแจ้งผู้ผลิต / ผู้จัดจำหน่ายเมื่อพบเวชภัณฑ์ที่ไม่มีเสถียรภาพ ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องหรือปลอม - ปรับปรุงมาตรฐานและเจตจำนงเพื่อขยายความและให้รายละเอียดของเวชภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงมากที่สุด		✓
GLD.11.1	GLD.11.1	ปรับปรุงภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อขยายความเกี่ยวกับการวัดเพื่อทบทวนผลการปฏิบัติงานของบุคลากรเมื่อมีความเหมาะสม		
GLD.15	GLD.15	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความข้อกำหนดในการรับผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโปรโตคอลการทําวิจัย - เพิ่ม ME 5 ใหม่ เกี่ยวกับเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าร่วมในโปรโตคอลการทําวิจัยเมื่อมีความเหมาะสม		✓
FMS.1	FMS.1	- เพิ่มภาษาใหม่ในมาตรฐานและเจตจำนงเพื่อขยายความความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามประมวลข้อบังคับด้านอาคารและความปลอดภัยจากอัคคีภัยนอกเหนือกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับและข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ - เพิ่มภาษาใน ME 1 และ ME 2 เพื่อขยายความความจำเป็นที่จะต้องรวมเอาประมวลข้อบังคับด้านอาคารและความปลอดภัยจากอัคคีภัยเข้ามาไว้ในข้อกำหนด		
FMS.4.2.1	มาตรฐานใหม่ไม่มีในมาตรฐานก่อนหน้านี้คือฉบับที่ 5	- เปิดตัวมาตรฐานใหม่ในการระบุความจำเป็นสำหรับการ ประเมินความเสี่ยงก่อนการก่อสร้าง (ซึ่งเป็นอิสระและ แตกต่างจาก PCI.7.5–การประเมินความเสี่ยงในการ ควบคุมการติดเชื้อ) - ระบุข้อกำหนดของการประเมินเป็น a) ถึง h) ในเจตจำนงและ ME 1 - กำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการตามการประเมินใน ME 2 - กำหนดให้โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ ตามของว่าผู้รับเหมาใน ME 3	✓	
FMS.5 และ FMS.5.1	FMS.5 และ FMS.5.1	ทบทวนภาษาในมาตรฐาน FMS.5 และเจตจำนงเพื่อขยายความว่าขอบเขตของมาตรฐานคือวัสดุ		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		อันตรายและของเสียอันตราย ปรับปรุงภาษาใน FMS.5.1, ME 4 เพื่อขยายความข้อกำหนดสำหรับการกำจัดวัสดุอันตรายและของเสียอันตรายที่ปลอดภัยและเหมาะสม		
FMS.6	FMS.6	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 3 เกี่ยวข้องกับการกำหนดคุณภาพด้านโครงสร้างของสภาพแวดล้อมที่มีการดูแลผู้ป่วยและวิธีการดำเนินการในกรณีของภัยพิบัติ		
FMS.7	FMS.7	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและข้อกำหนดใน ME 2 เกี่ยวข้องกับความจำเป็นในการประเมินผลการปฏิบัติตามประมวลข้อบังคับด้านความปลอดภัยจากอัคคีภัยอย่างต่อเนื่อง		
FMS.9.2 และ FMS.9.2.1	FMS.9.2 และ FMS.9.2.1	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงที่จะระบุองค์ประกอบขั้นต้นของการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากอัคคีภัย - เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อให้ตัวอย่างของการทดสอบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าฉุกเฉินที่ยอมรับได้		
FMS.9.3	FMS.9.3	- เพิ่มภาษาใน ME 1 กำหนดการทดสอบน้ำบริโภคน้ำและการบันทึกผลการทดสอบ - เพิ่ม ME 2 ใหม่กำหนดให้มีการทดสอบน้ำอุปโภคอย่าง น้อยทุกหกเดือนหรือถี่กว่านั้นขึ้นกับกับกฎหมายและ ระเบียบข้อบังคับท้องถิ่น สภาพของแหล่งน้ำและปัญหา คุณภาพน้ำก่อนหน้านี้มีการบันทึกผลการทดสอบ - เพิ่มภาษาใน ME 3 กำหนดประเภทการทดสอบเฉพาะและกรอบเวลาในการทดสอบน้ำที่ใช้ในการฟอกไต - เพิ่ม ME 4 ใหม่ กำหนดให้มีการดำเนินงานของมาตรการและการเฝ้าติดตามประสิทธิผลเพื่อป้องกันการปนเปื้อนและการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในน้ำ - จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		✓
FMS.10	FMS.10	เพิ่มภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME 1 เพื่อขยายความความจำเป็นที่จะรวมเอาแผนงานความปลอดภัยเข้ามาในการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล		
FMS.11 จนถึง FMS.11.2	FMS.11 จนถึง FMS.11.2	ตัดข้อกำหนดใน FMS.11, ME 2 (ฉบับที่ 5) สำหรับ ผู้มาเยือนที่จะต้องได้รับการฝึกอบรมแผนงานความปลอดภัยจากอัคคีภัยออกไป		
SQE.3	SQE.3	เพิ่มภาษาใน ME 2 ขยายความว่าบุคลากรทางคลินิกใหม่อาจได้รับการประเมินอย่างใดอย่างหนึ่งคือก่อนหรือหลังการรับแจ้งการทำงานทางเฉพาะ		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		รับผิดชอบ		
SQE.4	SQE.4	เพิ่มภาษาใน ME 2 ขยายความว่าบุคลากรใหม่อื่น ๆ อาจได้รับการประเมินอย่างใดอย่างหนึ่งคือก่อนหรือในขณะที่เริ่มต้นการทำงานตามความรับผิดชอบ		
SQE.5	SQE.5	- ให้ภาษาในเจตจำนงและ ME เพื่อขยายความเนื้อหาที่กำหนดของไฟล์บุคลากร - เพิ่มข้อกำหนดให้ ME 1 ว่าไฟล์บุคลากรจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ - รวม ME 4 (ฉบับที่ 5) และ ME 2 (ฉบับที่ 5) เป็น ME 2 (ฉบับที่ 6) - เพิ่ม ME 4 ใหม่ กำหนดให้มีการบันทึกการปฐมนิเทศ เช่นเดียวกับบันทึกการให้การศึกษาในระหว่างประจำการจาก ME 6 ในฉบับที่ 5 - เพิ่ม ME 6 ใหม่ กำหนดให้มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพ		✓ ✓
SQE.8.2	SQE.8.2	- เปิดตัวการเปลี่ยนแปลงในมาตรฐานที่ตอบสนองการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคลากรและสภาพการทำงานที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร - แผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรเปิดตัวข้อกำหนดใหม่ (ระบุไว้ในเจตจำนงและ ME 2) ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินต่อไปนี้ - การตรวจสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นการจ้างงาน - การควบคุมอันตรายจากการประกอบอาชีพ เช่น ยาที่เป็นพิษและเสียงที่เป็นอันตราย - การศึกษา การฝึกอบรมและการดำเนินการสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ปลอดภัย - การศึกษา การฝึกอบรมและการดำเนินการสำหรับบุคลากรที่อาจจะตกเป็นเหยื่อที่สองของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์พึงสังวร - การรักษาสถานะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่พบบ่อย เช่น บาดเจ็บที่หลัง		✓
SQE.8.2.1	มาตรฐานใหม่ไม่มีในมาตรฐานก่อนหน้านี้คือฉบับที่ 5	- สร้างมาตรฐานใหม่เพื่อตอบสนองการให้วัคซีนบุคลากรและกลยุทธ์การลดการสัมผัสของผู้ป่วยต่อการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ก่อนหน้านี้คือข้อกำหนด ของ SQE.8.2, ME 2 (ฉบับที่ 5) - เปิดตัวแนวคิดที่ว่าโรงพยาบาลรับผิดชอบในการระบุกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการสัมผัสโรคติดเชื้อจากบุคลากรที่ไม่ได้รับวัคซีน	✓	
SQE.9 จนถึง SQE.9.2	SQE.9 จนถึง SQE.9.2	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 2 ของ SQE.9.2 เพื่อขยายความข้อกำหนดเกี่ยวกับแพทย์ที่การทวน		

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือมาตรฐานฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐานใหม่	ME ใหม่
		ลบจากแหล่งปฐมภูมิ (PSV) มีความล่าช้า		
SQE.11	SQE.11	ปรับภาษาในเจตจำนงเพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ		
SQE.13	SQE.13	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 1 2 และ 3 เพื่อขยายความข้อกำหนดสำหรับความคาดหวังของ PSV		
SQE.15	SQE.15	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงและ ME 1 2 และ 3 เพื่อขยายความข้อกำหนดสำหรับความคาดหวังของ PSV		
MOI.2	MOI.2	- เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความความจำเป็นที่เพื่อธำรงรักษาคุณภาพของข้อมูลในระหว่างการหยุดทำงานทั้งจากที่วางแผนไว้และหยุดทำงานโดยทันที - เพิ่มภาษาใน ME 5 เพื่อขยายความการดำเนินการเมื่อมีการละเมิด การรักษาความลับการรักษาความปลอดภัยหรือคุณภาพของข้อมูล		
MOI.4	MOI.4	- รวม ME 1 และ 2 (ฉบับที่ 5) ไป ME 1 ที่ปรับปรุงใหม่ - ตัด ME 3 (ฉบับที่ 5) ซึ่งกำหนดให้ใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน - ปรับปรุง ME 2, 3, และ 4 เพื่อความชัดเจน - เพิ่มภาษาใน ME 3 ขยายความว่าแต่ละตัวย่อมีเพียงหนึ่งความหมาย - เพิ่ม ME 5 ใหม่ ห้ามใช้ตัวย่อในเอกสารยินยอมคำแนะนำเมื่อจำหน่าย สรุปรเมื่อจำหน่ายและเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการ ดูแลของผู้ป่วย - รวมข้อกำหนดสำหรับการเฝ้าติดตามการใช้รหัสสัญลักษณ์และตัวย่อที่เป็นรูปแบบเดียวกันใน ME 6 และขยายความว่าจะมีการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการเมื่อมีความจำเป็น - เพิ่มภาษาและตัวอย่างในมาตรฐานและเจตจำนงเพื่อ ความชัดเจนโดยรวม		✓
MOI.6	MOI.7	เรียงหมายเลขข้อ MOI.7 (ฉบับที่ 5) ใหม่		
MOI.7	MOI.8	เรียงหมายเลขข้อ MOI.8 (ฉบับที่ 5) ใหม่		
MOI.8	MOI.9	- เรียงหมายเลขข้อ MOI.9 (ฉบับที่ 5) ใหม่ - ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงเพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ - เพิ่มภาษาของเจตจำนงใน MOI.9.1 (ฉบับที่ 5) ไปยัง MOI.8 (ฉบับที่ 6) - เพิ่ม ME 3 ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการติดตามนโยบาย		✓

มาตรฐานฉบับที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้าคือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		และระเบียบปฏิบัติใหม่และที่มีการปรับปรุง จัดเรียงข้อใน ME ใหม่ให้สอดคล้องกัน		
MOI.8.1	MOI.9.1	- ย้ายภาษาของเจตจำนงใน MOI.9.1 (ฉบับที่ 5) ไปยัง MOI.8 (ฉบับที่ 6) - เรียงหมายเลขข้อ MOI.9.1 (ฉบับที่ 5) ใหม่		
MOI.9	MOI.10	- ปรับภาษาในมาตรฐาน เจตจำนงและ ME เพื่อวัตถุประสงค์ในการขยายความ - เรียงหมายเลขข้อ MOI.10 (ฉบับที่ 5) ใหม่		
MOI.9.1	MOI.10.1	เรียงหมายเลขข้อ MOI.10.1 (ฉบับที่ 5) ใหม่		
MOI.11.1.1	มาตรฐานใหม่ ไม่มีในมาตรฐาน ก่อนหน้าคือ ฉบับที่ 5	- เปิดตัวมาตรฐานใหม่เพื่อตอบสนองการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดลอกและวางในองค์กรที่ใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ - ME 1 กำหนดให้มีการใช้การคัดลอกและวางอย่างเหมาะสม - ME 2 กำหนดให้มีการศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการคัดลอกและวาง - ME 3 กำหนดให้การเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการคัดลอกและวางรวมทั้งการดำเนินการแก้ไขตามความจำเป็น - ME 4 กำหนดให้มีการประเมินการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ถูกต้อง	✓	
MOI.12	MOI.12	ปรับภาษาของเจตจำนงและ ME 1 ให้ดีขึ้นนิยามข้อกำหนดสำหรับขนาดตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของเวชระเบียน		
MOI.13	MOI.6	เรียงหมายเลขข้อ MOI.6 (ฉบับที่ 5) ใหม่		
MOI.14	มาตรฐานใหม่ ไม่มีในมาตรฐาน ก่อนหน้าคือ ฉบับที่ 5	- เปิดตัวมาตรฐานใหม่ที่กำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำ บำรุงรักษาและทดสอบแผนงานสำหรับการตอบสนอง ต่อการหยุดทำงานที่วางแผนและโดยทันที - ME 1 กำหนดให้มีการทดสอบของแผนงานอย่างน้อยปีละครั้ง - ME 2 กำหนดให้โรงพยาบาลระบุผลกระทบของการหยุดทำงานที่น่าจะเป็น - ME 3 กำหนดให้มีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อความต่อเนื่อง - ME 4 กำหนดให้มีการใช้กลยุทธ์ในการกู้คืนการหยุดทำงานและการสำรองข้อมูลอย่างต่อเนื่อง - ME 5 กำหนดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรในการดำเนินการเมื่อมีการหยุดทำงาน	✓	
MPE.4	MPE.4	เพิ่มภาษาในเจตจำนงและ ME 1 ขยายความ		

มาตรฐานฉบับ ที่ 6 ข้อ	ก่อนหน้านี้คือ มาตรฐาน ฉบับที่ 5 ข้อ	คำอธิบายการเปลี่ยนแปลง	มาตรฐาน ใหม่	ME ใหม่
		ข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแล		
MPE.5	MPE.5	เพิ่มภาษาในเจตจำนงเพื่อขยายความว่าการบันทึกของสถานภาพการเป็นนักศึกษาอาจจะจำกัดขึ้นอยู่กับระดับของการฝึกอบรม		
MPE.7	MPE.7	ปรับปรุงภาษาใน ME 2 เพื่อขยายความข้อกำหนดของผู้รับการฝึกอบรมทางการแพทย์ที่ทำงานนอกเหนือจากแผนงานการฝึกอบรม		
HRP.2	HRP.2	ปรับปรุงภาษาในเจตจำนงให้สอดคล้องกับเกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการทำการวิจัยทางการแพทย์ในองค์กร		
HRP.4	HRP.4	ปรับปรุงภาษาใน ME 4 กำหนดให้ผู้นำเสนอสร้างความมั่นใจว่ามีการระบุการวิจัยได้รับการยกเว้น		

ตอนที่ ๑ ข้อกำหนดในการเข้าร่วม การรับรอง



ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง (APR)

ภาพรวม

มาตรฐานตอนนี้ประกอบด้วยข้อกำหนดเฉพาะสำหรับการเข้าร่วมในกระบวนการรับรอง JCI และสำหรับการดำรงสถานภาพการรับรอง.

สำหรับโรงพยาบาลที่แสวงหาการรับรองครั้งแรก, จะมีการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน APR หลายข้อ ในระหว่างการเยี่ยมสำรวจครั้งแรก. สำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองเรียบร้อยแล้ว, จะมีการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน APR ตลอดระยะวงรอบการรับรอง, ผ่านการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร, แผนพัฒนาเชิงกลยุทธ์ (SIP) และ ข้อมูลและสารสนเทศที่จำเพาะของโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบันเป็นระยะ ๆ.

องค์กรอาจจะยินยอมทำตามหรือไม่ยินยอมทำตามมาตรฐาน APR. เมื่อใดที่โรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน APR บางข้อ, โรงพยาบาลอาจจะได้รับการขอให้ส่ง SIP, หรือ การไม่ปฏิบัติตามอาจจะส่งผลให้เข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรอง, อย่างไรก็ตามการปฏิเสธไม่ให้งิจกรรมการเยี่ยมสำรวจในสถานที่ที่มีประสิทธิภาพของการทำงาน เช่น การจำกัดหรือปฏิเสธไม่ให้บุคลากร JCI ผู้มีอำนาจเข้าถึง (APR.4) อาจจะนำไปสู่การสูญเสียหรือปฏิเสธสถานภาพการรับรอง วิธีการประเมินผลข้อกำหนดและผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามได้รับการระบุไว้ในมาตรฐาน APR แต่ละข้อ.

โปรดระลึกเสมอว่าจะไม่มีการให้คะแนนข้อกำหนด APR เหมือนกับมาตรฐานบทอื่น, และการประเมินผลจะไม่มีผลกระทบโดยตรงต่อผลลัพธ์การเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง

ข้อกำหนด, เหตุผล, วิธีการประเมินผล และ ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม

เพื่อรับข้อกำหนดในการเข้าร่วมการรับรอง (APR) ฉบับล่าสุด กรุณาเข้าไปดู APR ได้ที่เว็บไซต์

<http://www.jointcommissioninternational.org/hospital-accreditation-participation-requirements/>

ข้อกำหนด : APR.1

โรงพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดทั้งหมดสำหรับการส่งข้อมูลและสารสนเทศต่อ JCI ทันเวลา.

เหตุผลสำหรับ APR.1

มีหลายจุดในกระบวนการรับรองซึ่งกำหนดเรื่องข้อมูลและสารสนเทศ. บางตัวอย่างได้แก่ การลงข้อมูลในใบสมัครอิเล็กทรอนิกส์ (E-App), การส่งแผนพัฒนาเชิงกลยุทธ์ (SIP), การส่งข้อมูลสำหรับตัววัดจากห้องสมุด ตัววัดของ JCI, การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในผู้นำระดับบริหารของโรงพยาบาล เช่น การเปลี่ยนแปลงความเป็นเจ้าของ, การขอสารสนเทศโดยสำนักงานเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัย, แผนงานการรับรอง JCI ขอให้มีการยืนยันความถูกต้อง ของสารสนเทศที่ได้รับจากองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมหรือผู้มีอำนาจภาครัฐอื่น ๆ หรือ การแจ้งเจตจำนงที่จะอุทธรณ์ ผลการตัดสินรับรองที่ทันเวลา. นโยบายและระเบียบปฏิบัติการรับรองที่เกี่ยวข้องจะให้ข้อมูลโรงพยาบาลเกี่ยวกับ ข้อมูลและ/หรือสารสนเทศที่ต้องส่งรวมถึงกรอบเวลาในการส่ง.

การประเมินผลของ APR.1

การประเมินผลเกิดขึ้นตลอดทั้งวงรอบการรับรองในส่วนที่สัมพันธ์กับการส่งตามที่กำหนด.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.1

ถ้าโรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดสำหรับการส่งข้อมูลและสารสนเทศต่อ JCI อย่างทันเวลา, โรงพยาบาลจะได้รับการพิจารณาว่าเข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรองและอาจจะกำหนดให้มีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง.

หากไม่สามารถแก้ไขประเด็นนี้ในลักษณะที่ทันเวลาหรือ ณ เวลาที่ทำการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องอาจจะส่งผลให้ปฏิเสธการรับรอง. ผลสืบเนื่องจะระบุเพียงว่ามีการปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างเดียวนั้นและจะไม่มีเนื้อหาสาระของโรงพยาบาลที่ส่งไปยัง JCI. ยกตัวอย่างเช่น, ถ้าสารสนเทศใน E-App ของโรงพยาบาลนำไปสู่การคิดระยะเวลา วันเยี่ยมสำรวจที่เหมาะสมไม่ถูกต้องและกำหนดให้ต้องมีการเยี่ยมสำรวจที่นานขึ้น, โรงพยาบาลจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมของการเยี่ยมสำรวจที่นานขึ้นนี้. ยิ่งไปกว่านั้น, ถ้ามีหลักฐานว่าโรงพยาบาลให้สารสนเทศอันเป็นเท็จ หรือ ละเว้นการให้สารสนเทศ หรือ จงใจทำลายสารสนเทศที่ต้องมอบให้แก่ JCI, จะมีการนำข้อกำหนดใน APR.2 และผลสืบเนื่องไปประยุกต์ใช้.

ข้อกำหนด : APR.2

โรงพยาบาลให้สารสนเทศที่ถูกต้องและครบถ้วนแก่ JCI ตลอดทุกระยะของกระบวนการรับรอง.

เหตุผลสำหรับ APR.2

JCI กำหนดให้แต่ละโรงพยาบาลที่แสวงหาการรับรองหรือได้รับการรับรองแล้วให้มีส่วนร่วมในกระบวนการรับรองด้วยความซื่อสัตย์, ซื่อตรง และด้วยความโปร่งใส. หลักฐานแสดงถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการรับรองประเภทนี้คือการให้สารสนเทศที่ครบถ้วนและถูกต้องตลอดทุกระยะในวงรอบกระบวนการรับรองสามปี.

โรงพยาบาลให้สารสนเทศแก่ JCI ในทุกช่องทางดังต่อไปนี้ :

- ทางวาจา
- การสังเกตโดยตรง, หรือการสัมภาษณ์หรือการสื่อสารประเภทอื่น ๆ, โดยบุคลากรของ JCI
- เอกสารทั้งที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์หรือกระดาษผ่านทางภาคีอื่น เช่น ทางสื่อ หรือ รายงานภาครัฐ

สำหรับเป้าหมายของข้อกำหนดนี้, การปลอมแปลง (falsification) สารสนเทศได้รับคำนิยามว่าเป็นการปลอมสารสนเทศใด ๆ ที่จัดทำโดยผู้สมัครหรือองค์กรที่ได้รับการรับรองแล้วทั้งหมดหรือบางส่วนมอบแก่ JCI. การปลอมแปลง อาจจะครอบคลุมการเขียนใหม่, การจัดรูปแบบใหม่ หรือ การตัดเนื้อหาของเอกสาร หรือ การส่งสารสนเทศ, รายงาน, ข้อมูลหรือวัสดุอื่น ๆ อันเป็นเท็จ.

การประเมินผลของ APR.2

การประเมินผลของ APR นี้เริ่มต้นระหว่างกระบวนการสมัครและต่อเนื่องนานตามเท่าที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองหรือแสวงหาการรับรองโดย JCI.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.2

ถ้ามีการทำให้ JCI เชื่ออย่างสมเหตุสมผลว่าโรงพยาบาลมีการส่งสารสนเทศที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จแก่ JCI หรือมีการนำเสนอสารสนเทศที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จแก่ผู้เยี่ยมชมสำรวจ, โรงพยาบาลจะได้รับการพิจารณาให้เข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรองและอาจจะกำหนดให้มีการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่อง. หากไม่สามารถแก้ไขประเด็นนี้ในลักษณะที่ทันเวลา หรือ ณ เวลาที่ทำการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่อง อาจจะส่งผลให้ถูกปฏิเสธการรับรอง.

ข้อกำหนด : APR.3

โรงพยาบาลรายงานการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล (ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์) หรือ สารสนเทศที่ให้แก่ JCI ผ่านทาง E-App ก่อนและระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจแต่ละครั้ง ภายใน 15 วัน.

เหตุผลสำหรับ APR.3

JCI เก็บรวบรวมสารสนเทศสำคัญเกี่ยวกับภาพรวมของแต่ละโรงพยาบาลไว้ใน E-App เพื่อทำความเข้าใจความเป็นเจ้าของ, การได้รับอนุญาต, ขอบเขตและจำนวนของบริการผู้ป่วย ตลอดจนถึงประเภทของอาคารสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย และ ปัจจัยอื่น ๆ. เมื่อปัจจัยเหล่านี้เปลี่ยนแปลง, JCI จะต้องทำการกำหนดอย่างรอบคอบว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ภายในหรือนอกเหนือจากขอบเขตการเยี่ยมชมสำรวจครั้งแรกที่วางแผนไว้ หรือ จากขอบเขตของสถานภาพการรับรองในปัจจุบัน. ดังนั้น, โรงพยาบาลต้องแจ้งให้ JCI ทราบก่อนการเปลี่ยนแปลง หรือภายใน 15 วัน หลังจากมีการเปลี่ยนแปลงสารสนเทศสำคัญจากข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล, ครอบคลุมสารสนเทศดังต่อไปนี้, อาทิเช่น :

- มีการเปลี่ยนแปลงความเป็นเจ้าของ และ หรือ ชื่อ/ของโรงพยาบาล
- มีการเพิกถอนหรือจำกัดใบอนุญาตหรือการอนุญาตในการดำเนินการ, การจำกัดหรือปิดบริการดูแลผู้ป่วยใด ๆ , การคว่ำบาตรใด ๆ ของผู้ประกอบการวิชาชีพหรือบุคลากรอื่น ๆ, หรือการดำเนินการอื่น ๆ ภายใต้กฎหมายและระเบียบข้อบังคับโดยองค์กรที่มีอำนาจด้านสุขภาพ
- การปรับหรือเปลี่ยนแปลงการใช้อาคารในการดูแลผู้ป่วย, การก่อสร้างใหม่หรือขยายอาคารที่ใช้ดูแล ผู้ป่วย หรือ การเข้าครอบครองอาคาร ก. ที่ตั้งใหม่ในชุมชน. เพื่อขยายประเภทและจำนวนบริการดูแล ผู้ป่วย

ตั้งแต่ร้อยละ 25 ขึ้นไปจากที่เคยระบุไว้ในข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาลหรือไม่เคยรายงานว่าเป็น ที่ตั้งในการดูแลผู้ป่วยไว้ใน E-App, หรือไม่ได้รวมเข้าไปในขอบเขตการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรองครั้งก่อนหน้านี้.

- การขยายศักยภาพของโรงพยาบาลโดยเจตนาเพื่อให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นอาคารสถานที่ใหม่, เป็นการบูรณะ, หรือ เป็นการขยายอาคารสถานที่ตั้งแต่ร้อยละ 25 ขึ้นไป นับจากจำนวนผู้ป่วย, ขอบเขตบริการ หรือตัววัดอื่นที่เกี่ยวข้อง.
- การเพิ่มเติมหรือการตัดบริการดูแลสุขภาพตั้งแต่หนึ่งประเภทขึ้นไป, เช่น การเพิ่มหน่วยไตเทียม หรือ การยุติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ
- มีการผสาน, ควรวมกิจการ หรือ ได้รับมาซึ่งสถานที่, บริการ หรือแผนงานซึ่งยังไม่ได้รับรองแต่ มาตรฐาน JCI สามารถนำไปประยุกต์ได้.

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญเกิดขึ้น, JCI อาจจะมีการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่องสำหรับทั้งหมดหรือบางส่วน ของโรงพยาบาลอีกครั้งหรือเป็นครั้งแรกในกรณีที่ เป็นอาคารสถานที่หรือบริการใหม่. การรับรอง JCI จะไม่มีการให้ การรับรองโดยอัตโนมัติสำหรับบริการหรืออาคารสถานที่ใหม่โดยปราศจากการประเมินผล ณ ที่ตั้งองค์กร.

การประเมินผลของ APR.3

การประเมินผลของข้อกำหนด APR เริ่มระหว่างกระบวนการสมัครทางอิเล็กทรอนิกส์และต่อเนื่องไปนานตามเท่า ที่โรงพยาบาลได้รับการรับรองหรือแสวงหาการรับรองโดย JCI. การเปลี่ยนแปลงที่ได้รับการรายงานอาจจะได้รับ การประเมินผลนอกที่ต่งองค์กรหรือโดยการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่อง.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.3

ถ้าหากโรงพยาบาลไม่ทำการแจ้ง JCI ล่วงหน้าหรือภายใน 15 วันภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายเหล่านี้, โรงพยาบาลจะเข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรองและจะต้องมีการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่อง.

ข้อกำหนด : APR.4

โรงพยาบาลอนุญาตให้มีการประเมินผลของมาตรฐานและการปฏิบัติตามนโยบาย ณ ที่ต่งองค์กร หรือ การทวน สอบความถูกต้องของข้อห้วงกังวล, รายงาน หรือ การคว่ำบาตรด้านคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กรที่มี อำนาจในการกำกับตามดุลยพินิจของ JCI.

เหตุผลสำหรับ APR.4

การบรรลุการรับรอง JCI แสดงนัยต่อสาธารณชน, ตัวแทนภาครัฐ และแหล่งจ่ายเงิน หรืออื่น ๆ, ว่าโรงพยาบาลยัง ปฏิบัติตามมาตรฐาน JCI และนโยบายการรับรองตลอดเวลา. ดังนั้น, มีความสำคัญว่า JCI มีสิทธิที่จะเข้าถึง ทั้งหมด หรือส่วนใด ๆ ของโรงพยาบาลทั้งการแจ้งให้ทราบหรือไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้าเพื่อยืนยันในระดับการ ปฏิบัติตาม มาตรฐานและนโยบายการรับรองและ/หรือเพื่อประเมินผลข้อห้วงกังวลในความปลอดภัยผู้ป่วยและ คุณภาพในทุก ขณะระหว่างการรับรองในทุกกระยะ. ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะแสดงจดหมายแนะนำตัวอย่าง เป็นทางการทุก ครั้งและอย่าง น้อยที่สุดแบบฟอร์มอื่น ๆ ที่ระบุตัวว่าเป็นผู้แทนของ JCI เมื่อมาเยี่ยมแบบไม่บอกกล่าวล่วงหน้า.

การประเมินผลของ APR.4

การประเมินผลของข้อกำหนดนี้จะต่อเนื่องไปในการระหว่างการรับรองทกระยะ

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.4

JCI จะถอดถอนการรับรองโรงพยาบาลที่ปฏิเสธหรือจำกัดการเข้าถึงของบุคลากรที่ JCI มอบอำนาจให้ทำการประเมิน ผล ณ ที่ตั้งองค์กร.

ข้อกำหนด : APR.5

โรงพยาบาลอนุญาตให้ JCI ร้องขอ (จากโรงพยาบาลหรือตัวแทนภายนอก) และทบทวนต้นฉบับหรือสำเนาที่รับรอง ว่าถูกต้องของผลและรายงานการประเมินผลภายนอกจากองค์กรอันเป็นที่ยอมรับของสาธารณะ.

เหตุผลสำหรับ APR.5

JCI เก็บรวบรวมสารสนเทศการดำเนินงานของโรงพยาบาลในหลายด้านเพื่อที่จะทำการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองให้ละเอียดถี่ถ้วน. องค์กรภายนอกที่นอกเหนือจาก JCI ประเมินผลในพื้นที่ที่สัมพันธ์กับความปลอดภัยและคุณภาพ — ยกตัวอย่างเช่น, การตรวจเยี่ยมความปลอดภัยจากอัคคีภัย, การตรวจสถานะการทำงานของบุคลากร และการ ประเมินผลของปฏิบัติการด้านความปลอดภัยหรือข้อร้องเรียนในด้านคุณภาพโดยองค์กรที่มีอำนาจในระดับท้องถิ่น. การประเมินเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่ทำให้การทบทวนเพื่อการรับรองสมบูรณ์ขึ้น แต่อาจจะมีจุดมุ่งเน้นหรือการให้ ความสำคัญที่ต่างกันออกไป. การประเมินทั้งหลายเหล่านี้อาจจะก่อให้เกิด สารสนเทศที่ JCI จำเป็นต้องใช้ในการตัด สินรับรอง.

การประเมินผลของ APR.5

เมื่อมีการร้องขอ, โรงพยาบาลให้บันทึก, รายงานและข้อเสนอแนะฉบับที่เป็นทางการทั้งหมดจากองค์กรภายนอก เช่น องค์กรที่ออกใบอนุญาต, องค์กรที่ทำการตรวจสอบ, องค์กรที่ทำการทบทวน, องค์กรภาครัฐ หรือ องค์กรที่ทำหน้าที่วางแผน แก่ JCI. JCI ยังอาจจะร้องขอรายงานจากองค์กรภายนอกโดยตรงอีกด้วย. การร้องขอรายงานสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะระหว่างการรับรอง, ครอบคลุมระหว่างการเยี่ยมสำรวจเพื่อการ รับรอง หรือ เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลของข้อห่วงกังวลหรือปฏิบัติการทางคุณภาพ.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.5

เมื่อโรงพยาบาลไม่สามารถให้รายงานฉบับทางการเมื่อมีการร้องขอในระหว่างการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร, มาตรฐานที่เกี่ยวข้องจะได้รับการให้คะแนนในระดับการปฏิบัติและโรงพยาบาลอาจจะถูกกำหนดให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อติดตามทบทวนรายงานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง. เมื่อโรงพยาบาลไม่สามารถให้รายงานตามที่ร้องขอในระหว่าง ระยะอื่น ๆ ของการรับรอง, อาจจะมีการกำหนดให้มีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง.

ข้อกำหนด : APR.6

ไม่มีผลในขณะนี้

ข้อกำหนด : APR.7

โรงพยาบาลเข้าร่วมในระบบการวัดเพื่อพัฒนาคุณภาพโดยใช้ห้องสมุดตัววัดของ JCI. ผู้นำของโรงพยาบาลเลือกตัววัดทางคลินิกจากห้องสมุดที่ประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มประชากรและบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล. เมื่อตัววัดใน

ห้องสมุด ไม่สามารถประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรและบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลได้, โรงพยาบาล ปรีक्षाกับบุคลากรของ JCI เกี่ยวกับข้อยกเว้นจากข้อกำหนดการวัดใน APR.7.

โรงพยาบาลใช้ข้อกำหนดเฉพาะของตัววัดในห้องสมุดที่เป็นปัจจุบันและปฏิบัติตามข้อกำหนดในการคัดเลือก, การใช้ และการส่งข้อมูลตัววัดในห้องสมุดตามที่พบบนเว็บไซต์ห้องสมุดตัววัดของ JCI, ซึ่งสามารถเข้าได้โดยตรงจากพอร์ทัล ผู้รับบริการที่ตรงกับ JCI. เว็บไซต์ห้องสมุดตัววัดของ JCI ได้อธิบายข้อกำหนดในปัจจุบันที่สัมพันธ์กับประเด็นดังต่อไปนี้ :

- 1) จำนวนขั้นต่ำที่กำหนดสำหรับชุดตัววัดหรือตัววัดแต่ละตัวซึ่งจะต้องได้รับการเลือกและนำไปปฏิบัติ
- 2) กระบวนการเมื่อได้รับการยกเว้นจากข้อกำหนด APR.7 เมื่อห้องสมุดตัววัดไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรและบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล
- 3) กระบวนการเก็บและรวบรวมข้อมูลสำหรับห้องสมุดตัววัด
- 4) วันที่มีผลบังคับใช้และกระบวนการสำหรับส่งข้อมูลจำหน่ายทุกไตรมาส
- 5) การใช้ข้อมูลห้องสมุดตัววัดในกระบวนการรับรอง
- 6) เกณฑ์สำหรับกำหนดการใช้หรือการทดแทนห้องสมุดตัววัดอย่างต่อเนื่อง
- 7) วิธีการจัดการประเด็นคุณภาพของข้อมูล

เหตุผลสำหรับ APR.7

ห้องสมุดตัววัดของ JCI ให้ข้อกำหนดเฉพาะที่เป็นแบบเดียวกัน, เทียบตรง ในการเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อเปิดโอกาสให้มีการเปรียบเทียบทั้งภายในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาลได้ตลอดเวลา. การเก็บ, วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลถือเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการรับรอง JCI. ข้อมูลสามารถสนับสนุนการพัฒนาต่อเนื่องในโรงพยาบาล. ข้อมูลยังสามารถให้สารสนเทศที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องแก่ JCI เพื่อสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลในกระบวนการรับรองที่ต่อเนื่อง.

เพื่อส่งเสริมเป้าหมายทั้งคู่นี้ให้ดีที่สุด เมื่อโรงพยาบาลเลือกตัววัดจากห้องสมุดที่ระบุกระบวนการและผลลัพธ์ ควรเลือกข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย. หายากมากที่ตัววัดซึ่งสะดวกและง่ายจะส่งเสริมเป้าหมายที่สำคัญนี้; และดังนั้นจึงไม่สนับสนุนความคาดหวังของ JCI ต่อโรงพยาบาลในการแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในกระบวนการรับรอง.

การเลือกและใช้ห้องสมุดตัววัดได้รับการบูรณาการเข้ามาในการลำดับตัววัดของโรงพยาบาลตามที่อธิบายไว้ในมาตรฐาน GLD.5, GLD.11, และ GLD.11.1.

การประเมินผลของ APR.7

การเลือก, การใช้ และการส่งข้อมูลอย่างน้อยที่สุดตามจำนวนตัววัดต่ำสุดจากห้องสมุดตัววัดของ JCI จะได้รับการประเมินผลตลอดทุกระยะของการรับรอง, ทั้งระหว่างกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร และผ่านการประเมินผลของข้อมูลที่ส่งระหว่างกระบวนการรับรองที่ต่อเนื่อง.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.7

โรงพยาบาลจะได้รับการพิจารณาให้เข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรองและอาจจะได้รับการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่องหากพบว่าโรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่นำไปประยุกต์ใช้อันปรากฏอยู่บนเว็บไซต์เว็บไซต์ห้องสมุดตัววัดของ JCI.

ข้อกำหนด : APR.8

โรงพยาบาลนำเสนอสถานภาพการรับรองของตนรวมทั้งแผนงานและบริการซึ่งได้รับการรับรองจาก JCI.

เหตุผลสำหรับ APR.8

เว็บไซต์, การโฆษณาและส่งเสริมการขาย และสารสนเทศอื่น ๆ ของโรงพยาบาลที่เผยแพร่แก่สาธารณชนถูกต้องสะท้อนขอบเขตของแผนงานและบริการซึ่งได้รับการรับรองโดย JCI.

การประเมินผลของ APR.8

มีการประเมินผลการปฏิบัติที่สอดคล้องกับข้อกำหนดนี้ตลอดทุกระยะการรับรองของโรงพยาบาล.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.8

หากโรงพยาบาลไม่สามารถถอนหรือแก้ไขสารสนเทศที่ไม่ถูกต้องจะเข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรองและอาจได้รับการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง.

ข้อกำหนด : APR.9

บุคลากรของโรงพยาบาลแต่ละคน (สายคลินิกหรือบริหารจัดการ) สามารถรายงานข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย ภัยผู้ป่วยและคุณภาพของการดูแลแก่ JCI โดยปราศจากการดำเนินการตอบโต้จากโรงพยาบาล.

เพื่อสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัย, โรงพยาบาลจำเป็นต้องสื่อสารกับบุคลากรว่าอนุญาตให้รายงานได้. ยิ่งไปกว่านั้น, โรงพยาบาลจะต้องสร้างความกระจางแก่บุคลากรว่าจะไม่มีการดำเนินการทางวินัยที่เป็นทางการ (ยกตัวอย่างเช่น, การลดตำแหน่ง, การให้ออก หรือ การเปลี่ยนสภาพหรือชั่วโมงการทำงาน) หรือ การดำเนินการลงโทษที่ไม่เป็นทางการ (ยกตัวอย่างเช่น, การข่มขู่, การแยก หรือ การทารุณกรรม) อันเป็นการคุกคามหรือกระทำการตอบโต้หากมีการรายงานข้อห่วงกังวลต่อ JCI.

เหตุผลสำหรับ APR.9

เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมในการรายงาน “ความปลอดภัย”, โรงพยาบาลให้ความรู้แก่บุคลากรทุกคนว่าข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่จัดให้โดยโรงพยาบาลอาจจะได้รับการรายงานต่อ JCI. โรงพยาบาลยังต้องให้ข้อมูลแก่บุคลากรด้วยว่าจะไม่มีการดำเนินการทางวินัยหรือลงโทษหากบุคลากรรายงานข้อห่วงกังวลด้านความปลอดภัยหรือคุณภาพของการดูแลต่อ JCI.

การประเมินผลของ APR.9

การประเมินผลของข้อกำหนดนี้มีตลอดทุกระยะของการรับรอง และ ครอบคลุม, อาทิเช่น, สารสนเทศจากทั้งกิจกรรม ณ ที่ตั้งองค์กรและนอกที่ตั้งหรือจากการสอบสวนข้อร้องเรียนที่ส่งไปยัง JCI.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.9

รายงานที่ได้รับการยืนยันเกี่ยวกับการดำเนินการตอบโต้ต่อบุคลากรที่รายงานประเด็นทางด้านคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยต่อ JCI จะทำให้โรงพยาบาลเข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรองและอาจได้รับการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง.

ข้อกำหนด : APR.10

บริการการแปลและล่ามที่จัดเตรียมโดยโรงพยาบาลสำหรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการจัดให้โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตและ/หรือมีคุณสมบัติเป็นผู้แปลและล่ามตลอดจนเป็นผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ กับโรงพยาบาล.

เหตุผลสำหรับ APR.10

ความซื่อตรงของกระบวนการประเมิน ณ ที่ตั้งองค์กร, เช่นเดียวกับความซื่อตรงของผลลัพธ์, ขึ้นอยู่กับการได้รับความเข้าใจที่ไม่ลำเอียง, ถูกต้อง จากการสนทนากับบุคลากร; และการสื่อสารโดยบุคลากรของโรงพยาบาลด้วยภาษาของตนอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้เยี่ยมสำรวจ. เพื่อสร้างความมั่นใจในเรื่องนี้ว่ามีการแลกเปลี่ยนข้อ มูลที่ถูกต้อง, ไม่ลำเอียง, การแปลและล่ามจะต้องจัดให้โดยผู้ที่ได้รับใบอนุญาตและ/หรือมีคุณสมบัติ เป็นผู้ให้บริการแปลและ ล่าม, ด้วยหลักฐานของประสบการณ์ในการแปลและ/หรือล่ามในบริการสุขภาพมาก่อน. นัก แปลและล่ามไม่เป็น ลูกจ้างทั้งในปัจจุบันหรืออดีตของโรงพยาบาลและไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน, เช่น สมาชิก ที่ใกล้ชิดในครอบครัว หรือ ลูกจ้างของโรงพยาบาลในเครือ. นักแปลและล่ามไม่ให้บริการในวิสัยของการให้คำปรึกษาใด ๆ ที่สัมพันธ์กับการรับ รองหรือการเตรียมการรับรองแก่ โรงพยาบาล, ข้อยกเว้นที่อาจเป็น ไปได้คือการช่วยเหลือการแปล เอกสารที่ JCI กำหนดให้เป็นภาษาอังกฤษ หรือ ให้บริการแปลและล่ามในการเยี่ยมสำรวจครั้งก่อนหน้า.

การประเมินผลของ APR.10

โรงพยาบาลจะส่งใบอนุญาตและประวัติย่อของล่ามที่ได้รับการคัดเลือกไม่ซ้ำเกินหก (6) สัปดาห์ก่อนที่จะเริ่มการเยี่ยมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กรใด ๆ ของ JCI. บุคลากรแผนงานการรับรอง JCI จะได้รับคำแถลงเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนที่ได้รับการลงนามจากล่ามแต่ละคน. สำหรับการประเมิน ณ ที่ตั้งองค์กรประเภทอื่น ๆ, เช่น การเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง, ผู้เยี่ยมสำรวจและ/หรือบุคลากรแผนงานการรับรองของ JCI จะทำการประเมินคุณสมบัติของล่าม.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.10

เมื่อพบว่าล่ามไม่มีคุณสมบัติเนื่องจากขาดใบอนุญาตประกอบวิชาชีพและ/หรือคุณสมบัติอื่น ๆ หรือมีผลประโยชน์ทับซ้อน, จะมีการยุติการเยี่ยมสำรวจจนกระทั่งพบว่าการหาล่ามมาทดแทนได้อย่างเหมาะสม. โรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มที่สัมพันธ์กับการล่าช้า, ครอบคลุมการจัดตารางใหม่ของทีมเยี่ยมสำรวจหากจำเป็น.

การตีความ

ผู้แปลหรือล่ามที่มีคุณสมบัติสามารถจัดเตรียมเอกสารแก่โรงพยาบาลและ JCI เกี่ยวกับประสบการณ์ในการแปลและ ล่ามซึ่งครอบคลุมอย่างน้อยดังต่อไปนี้ :

- หลักฐานของการศึกษาภาษาอังกฤษขั้นสูงและภาษาพื้นฐานของโรงพยาบาลที่เป็นเจ้าภาพ
- หลักฐานประสบการณ์การแปลและล่าม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาการแพทย์
- หลักฐานการศึกษาต่อเนื่องในการแปลและล่าม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาการแพทย์
- สมาชิกภาพในสมาคมวิชาชีพการแปลและล่าม
- ผลการทดสอบความชำนาญในการแปลและล่าม, ถ้ามี
- ประกาศนียบัตรการแปลและล่าม, ถ้ามี
- หลักฐานคุณสมบัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการแปลและล่าม

ข้อกำหนด : APR.11

โรงพยาบาลแจ้งต่อสาธารณชนถึงการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับวิธีการติดต่อฝ่ายบริหารโรงพยาบาลและ JCI เพื่อ รายงานข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยและคุณภาพการดูแล.

วิธีการแจ้งอาจจะครอบคลุม, อาทิเช่น, การกระจายสารสนเทศเกี่ยวกับ JCI, ครอบคลุมสารสนเทศในการติดต่อในวัสดุที่ตีพิมพ์ เช่น แผ่นพับสำหรับโฆษณา และ/หรือ การแจ้งสารสนเทศบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล.

เหตุผลสำหรับ APR.11

มาตรฐาน JCI สำหรับโรงพยาบาลกำหนดให้โรงพยาบาลต้องมีกลไกในการรับและตอบสนองต่อข้อร้องเรียน, ข้อขัดแย้ง และ ข้อห่วงกังวลอื่น ๆ เกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยในลักษณะที่ทันเวลา. โรงพยาบาล จำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่สาธารณชนถึงการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับวิธีการเข้าถึงกระบวนการนี้

โรงพยาบาลยังจำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่สาธารณชนเกี่ยวกับวิธีการรายงานข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลต่อ JCI ด้วย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกระบวนการของโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขข้อห่วงกังวล.

การประเมินผลของ APR.11

ผู้เยี่ยมชมสำรวจจะประเมินผลวิธีการที่โรงพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้ในระหว่างกระบวนการประเมินผล ณ ที่ตั้งองค์กร.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.11

กำหนดให้มีการทำ SIP เมื่อพบว่าโรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้.

ข้อกำหนด : APR.12

โรงพยาบาลจัดบริการแก่ผู้ป่วยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่เป็นภาวะคุกคามเฉียบพลันต่อความปลอดภัยผู้ป่วย, สาธารณสุข หรือความปลอดภัยของบุคลากร.

เหตุผลสำหรับ APR.12

โรงพยาบาลที่น่าไว้วางใจของผู้ป่วย, บุคลากร และสาธารณชนจะต้องเป็นสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่ำ,ปลอดภัย. ดังนั้น, โรงพยาบาลธำรงความไว้วางใจนั้นด้วยการทบทวนที่ระมัดระวังโดยอย่างต่อเนื่องและการควบคุมดูแลการปฏิบัติที่ปลอดภัย.

การประเมินผลของ APR.12

การประเมินผลส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร, และ ผ่านทางรายงานหรือข้อร้องเรียนอื่น ๆ ของโรงพยาบาล, และ/หรือ การคว่ำบาตรโดยองค์กรที่มีอำนาจตามกฎหมาย, ระหว่างทุกระยะของการรับรอง.

ผลสืบเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตาม APR.12

ภาวะคุกคามเฉียบพลันที่พบระหว่างการเยี่ยมชมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กรจะทำให้การเยี่ยมชมสำรวจหยุดชะงักจนกระทั่ง

โรงพยาบาล, ทีมเยี่ยมสำรวจ และบุคลากรแผนงานการรับรองของ JCI จะสามารถไกล่เกลี่ยประเด็นนี้. จนกระทั่งประเด็นได้รับการแก้ไข, โรงพยาบาลจะเข้าข่ายเสี่ยงต่อการปฏิเสธการรับรองและมีการเยี่ยมสำรวจเฉพาะเรื่อง.

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

ตอนที่ ๒ มาตรฐานที่เน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง



เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย สากล (IPSG)

ภาพรวม

บทนี้กล่าวถึงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล (IPSG), ตามข้อกำหนดในการปฏิบัติเมื่อวันที่ 1 มกราคมปี 2011 ในทุกองค์กรได้รับการรับรองจาก Joint Commission International (JCI) ภายใต้มาตรฐานสากลสำหรับโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล (IPSG) คือการส่งเสริมการปรับปรุงเฉพาะ ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เป้าหมายเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาในการดูแลสุขภาพ และอธิบายแนวทาง ที่มีหลักฐานทางวิชาการ และได้รับฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ การออกแบบ ระบบที่ปฏิบัติได้จริงจะส่งมอบการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัย, มีคุณภาพสูง โดยทั่วไปเป้าหมายมุ่งเน้น ไปที่การแก้ปัญหาทั้งระบบ, หากเป็นไปได้ เป้าหมายมีโครงสร้างในลักษณะเดียวกับมาตรฐานอื่น ๆ ครอบคลุม มาตรฐาน (ที่ตั้งเป้าหมาย), เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้ เป้าหมายจะมีการให้คะแนนคล้ายกับมาตรฐานอื่น ๆ ได้แก่ เป็น "พบการปฏิบัติทั้งหมด" "พบการปฏิบัติบางส่วน" หรือ "ไม่พบการปฏิบัติ". กฎการตัดสินในการรับรอง รวมถึงการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล (IPSG) เป็นกฎการตัดสินแยกต่างหาก.

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านั้นจะมีการระบุสัญลักษณ์ (P) หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน "มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้" ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

เป้าหมายที่ 1: การระบุผู้ป่วยถูกต้อง

IPSG.1 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อปรับปรุงความถูกต้องในการระบุ ตัวผู้ป่วย (P)

เป้าหมายที่ 2: การพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

IPSG.2 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการ สื่อสารทางวาจาและ/หรือทางโทรศัพท์ระหว่างผู้ดูแล (P)

IPSG.2.1 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการสำหรับการรายงานผลวิกฤตของการตรวจวินิจฉัย (P)

IPSG.2.2 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการสำหรับการส่งมอบข้อมูลในการสื่อสาร. (P)

เป้าหมายที่ 3: เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

IPSG.3 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง. (P)

IPSG.3.1 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการในการจัดการความปลอดภัยของการใช้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง. (P)

เป้าหมายที่ 4: การสร้างความมั่นใจในการผ่าตัดอย่างปลอดภัย

IPSG.4 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการในการทวนสอบก่อนการผ่าตัดและการ ทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะทำผ่าตัด/หัตถการ. (P)

IPSG.4.1 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการในการขอเวลานอกทันทีก่อนที่จะเริ่มขั้นตอนการผ่าตัด/ หัตถการและการขานออกหลังจากเสร็จสิ้นการทำหัตถการ. (P)

เป้าหมายที่ 5: ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ

IPSG.5 โรงพยาบาลน้อมรับและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการทำความสะอาดมือที่อิง หลักฐานทางวิชาการเพื่อ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ. (P)

เป้าหมายที่ 6: ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของผู้ป่วยเกิดจากการพลัดตกหกล้ม

IPSG.6 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ของผู้ป่วยที่เกิดจาก การพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยใน. (P)

IPSG.6.1 โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของผู้ป่วยที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยนอก. (P)

เป้าหมาย, มาตรฐาน, เจตจำนง, และองค์ประกอบที่วัดได้

เป้าหมายที่ 1: การระบุผู้ป่วยถูกต้อง

มาตรฐาน IPSC.1

โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อปรับปรุงความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย (P)

เจตจำนงของ IPSC.1

ความผิดพลาดในการระบุตัวผู้ป่วยเกิดขึ้นในแทบทุกมิติของการวินิจฉัยและการรักษา.¹ ผู้ป่วยอาจ ได้รับการระบุที่
ประสาท, ลับสน, ไม่ตื่นอย่างเต็มที่ หรือ ไม่รู้สึกตัว; อาจมีการเปลี่ยนเตียง, ห้อง หรือ สถานที่ระหว่างอยู่ใน
โรงพยาบาล; อาจมีความผิดปกติทางระบบประสาท; อาจจำอัตลักษณ์ของตนเองไม่ได้; หรืออาจจะมีสถานการณ์
อื่น ๆ ที่อาจนำไปสู่ความผิดพลาดในการระบุตัวคนที่ถูกต้อง. เจตจำนงของเป้าหมายนี้มีสองชั้น : ชั้นแรก, เพื่อระบุ
ตัวบุคคลที่ตั้งใจจะให้บริการ หรือ การรักษาได้ ถูกต้องน่าเชื่อถือ; ชั้นที่สอง, เพื่อให้บริการหรือการรักษาที่
สอดคล้องกับความ ต้องการของบุคคลนั้น. (ดู MMU.4.1) กระบวนการในการระบุตัวผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาลต้อง
มีอย่างน้อยสองวิธีในการที่จะระบุผู้ป่วย เช่น ชื่อผู้ป่วย, เลขประจำตัวประชาชน, วันเกิด, สายรัดข้อมือบาร์โค้ด,
หรือวิธีการอื่น ๆ. (ดู MOI.9, ME 2 และ MOI.9.1, ME 1) หมายเลขห้องพักรักษาของผู้ป่วย หรือ สถานที่อยู่ใน
โรงพยาบาลไม่สามารถใช้ ในการระบุตัวผู้ป่วยได้. กระบวนการในการใช้สองตัวบ่งชี้ที่แตกต่างกันเพื่อระบุตัวผู้ป่วย
ต้องเป็น รูปแบบเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล. อย่างไรก็ตาม, ทั้งสองตัวบ่งชี้ที่ใช้ในแผนกผู้ป่วยในอาจแตกต่าง จาก
สองตัวบ่งชี้ในแผนกผู้ป่วยนอก. ตัวอย่างเช่น, ชื่อผู้ป่วยและเลขประจำตัวประชาชน หรือ หมายเลขแฟ้มเวชระเบียน
อาจจะใช้ในทุกพื้นที่ของผู้ป่วยในทั้งหมด, และ ชื่อผู้ป่วยและวันเกิดของ ผู้ป่วยอาจจะใช้ในทุกพื้นที่ของผู้ป่วยนอก
ทั้งหมด, เช่น แผนกฉุกเฉิน แผนกดูแลผู้ป่วยนอก หรือ สถานที่ผู้ป่วยนอกอื่น ๆ. มีสถานการณ์พิเศษซึ่งทาง
โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนากระบวนการที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการระบุ ตัวผู้ป่วย; ตัวอย่างเช่น, เมื่อไม่รู้สึกตัว
หรือลึบสน/ผู้ป่วยที่จดจำไม่ได้ มาถึงโดยไม่สามารถระบุตัวได้, ในกรณีของการตกกระแทกที่บิดามารดาไม่ได้ตั้ง
ชื่อในทันทีและตัวอย่างอื่น. กระบวนการต้องคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย, และบุคลากรใช้กระบวนการใน
การระบุตัวผู้ป่วยในสถานการณ์พิเศษ เหล่านี้เพื่อป้องกันความผิดพลาด.² ใช้สองตัวบ่งชี้ที่แตกต่างกันเพื่อการระบุ
ตัวผู้ป่วยในทุกสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัย. ตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวก่อนให้การรักษา
(เช่นการบริหารยา, การให้เลือดหรือผลิตภัณฑ์ ของเลือด; การบริการอาหารที่มีการจำกัด; หรือ การให้รังสี
รักษา); ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวก่อน การทำหัตถการ (เช่น การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ หรือ การฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม); และ ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวก่อนการทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยต่าง ๆ (เช่นการเจาะเลือดและ
เก็บส่ง ส่ง ตรวจอื่น ๆ สำหรับการตรวจทดสอบทางคลินิก หรือ การทำการตรวจสวนหัวใจ หรือ หัตถการตรวจ
วินิจฉัยทางรังสีวิทยา).

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSC.1

- ☐ 1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการระบุตัวโดยใช้สองตัวบ่งชี้ ไม่รวมถึงการให้หมายเลขห้องพักรักษาของผู้ป่วย หรือ
สถานที่อยู่ในโรงพยาบาล. (ดู MMU.5.2, ME ที่ 4 และ MOI.9, ME 2)
- ☐ 2. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการระบุตัวก่อนการตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ ก่อนให้การรักษา, และก่อนการทำหัตถการ
อื่น ๆ (ดู IPSC.4.1; AOP.5.7, ME 2; MMU.5.2, ME 4 และ MMU.6.1)
- ☐ 3. โรงพยาบาลมั่นใจว่ามีการระบุตัวผู้ป่วยที่ถูกต้องในสถานการณ์พิเศษ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือ ทารก

แรกเกิดที่บิดามารดา ยังไม่ได้ตั้งชื่อในทันที (ดู COP.3)

เป้าหมายที่ 2: การพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

มาตรฐาน IP SG.2

โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการสื่อสารทางวาจาและ/ หรือทางโทรศัพท์ระหว่างผู้ดูแล. (P)

มาตรฐาน IP SG.2.1

โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการสำหรับการรายงานผลวิกฤติของการตรวจวินิจฉัย. (P)

มาตรฐาน IP SG.2.2

โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการสำหรับการส่งมอบข้อมูลในการสื่อสาร. (P)

เจตจำนงของ IP SG.2 ถึง IP SG.2.2

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ, ภายในเวลา, ถูกต้อง, ครบถ้วน, ชัดเจน, และเข้าใจได้โดยผู้รับสาร, ลดความผิดพลาด และมีผลในการพัฒนาความปลอดภัยผู้ป่วย. การสื่อสารสามารถทำได้ทั้ง อีเล็กทรอนิกส์, วาจา, หรือลายลักษณ์อักษร. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยนั้นที่สามารถได้รับผลกระทบ อย่างยิ่งจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึง การสั่งการรักษาในการดูแลผู้ป่วยทางวาจาและ ทางโทรศัพท์, การสื่อสารทางวาจาและทางโทรศัพท์ในการรายงานผลวิกฤติของการตรวจวินิจฉัย และการส่งมอบข้อมูลในการสื่อสาร.

การสั่งการรักษาในการดูแลผู้ป่วยทางวาจาและ ทางโทรศัพท์, หากได้รับอนุญาตตามกฎหมายและ ระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่น, คือบางส่วนของสื่อสารผิดพลาดได้ง่ายที่สุด. สำเนียงที่แตกต่างกัน, ภาษา, และการออกเสียงทำให้ผู้รับสารยากที่จะเข้าใจในคำสั่งที่ได้รับ. ตัวอย่างเช่น, ซีโอยาและจำนวน ที่ออกเสียงเหมือนกัน, เช่น erythromycin และ azithromycin หรือ fifteen and fifty, จะมีผล ต่อความถูกต้องของคำสั่ง. เสียงรบกวนเบื้องหลัง, การขัดจังหวะ, และซีอียาที่ไม่คุ้นเคย และศัพท์ เทคนิคมักเป็นปัญหาที่พบบ่อย. เมื่อได้รับคำสั่งทางวาจาต้องถ่ายทอดเป็นคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร, ซึ่งจะเพิ่ม ความซับซ้อนและความเสี่ยงในกระบวนการสั่งการรักษา. (ดู COP.2.2 และ MMU.4, ME 1)

การรายงานผลวิกฤติของการตรวจวินิจฉัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วย. การตรวจ วินิจฉัยรวมถึง, แต่ไม่จำกัดเพียง, การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ, การตรวจทางรังสีวิทยา, การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์, หัตถการคลื่นเสียงความถี่สูง, การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก MRI, และการวินิจฉัยทางหัวใจ. ซึ่งรวมถึงผลวิกฤติจากการตรวจวินิจฉัยทุกชนิดที่ทำซ้ำๆ, เช่น การตรวจ ณ จุดที่ให้การดูแล (point-of-care testing), การตรวจทางรังสีโดยเครื่องที่เคลื่อนย้ายได้, การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงซ้ำๆ, การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนผ่านทางหลอดอาหาร (transesophageal echocardiograms). ผลตรวจที่อยู่นอกช่วงปกติอย่างมีนัยสำคัญนั้นอาจบ่งบอก ถึงความเสี่ยงสูงหรือภาวะคุกคามต่อชีวิต. กระบวนการรายงานอย่างเป็นทางการที่ชัดเจนเพื่อระบุ

ผลวิกฤติของการตรวจวินิจฉัยที่ใช้สื่อสารไปยังผู้ให้การดูแลสุขภาพและการบันทึกข้อมูลนั้นเป็นสิ่งที่ ลดความเสี่ยงของผู้ป่วย. (ดู AOP.5.4)

การสื่อสารส่งมอบ นอกจากนี้ยังสามารถเรียกว่า การส่งมอบข้อมูลในการสื่อสาร. การส่งมอบการดูแล ผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลเกิดขึ้น

- ระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพ (ตัวอย่างเช่น, แพทย์กับแพทย์, แพทย์กับพยาบาล, พยาบาลกับพยาบาล, และอื่น ๆ);
- ระหว่างระดับของการดูแลที่แตกต่างกันในโรงพยาบาลเดียวกัน (ตัวอย่างเช่น, เมื่อผู้ป่วย เคลื่อนย้ายจากแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤตไปยังแผนกอายุรกรรม หรือ จากแผนกฉุกเฉินไปยัง ห้องผ่าตัด);
- จากแผนกผู้ป่วยในไปยังแผนกตรวจวินิจฉัยหรือรักษาอื่น ๆ, เช่น รังสีวิทยาหรือกายภาพบำบัด; และ
- ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย/ครอบครัว, เช่น เมื่อจำหน่าย (ดู ACC.4.1)

การสื่อสารที่หลุดลอดไปสามารถเกิดขึ้นในระหว่างการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนและสามารถ ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้. การขัดจังหวะและการเบี่ยงเบนความสนใจจากกิจกรรมใน แผนกสามารถยับยั้งการสื่อสารสารสนเทศของผู้ป่วยที่สำคัญได้. เนื้อหาสาระสำคัญที่เป็นมาตรฐาน เดียวกันในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย, ครอบครัว, ผู้ให้การดูแล และ ผู้ให้การดูแลสุขภาพ สามารถเพิ่ม ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ. (ดู ACC.3)

รูปแบบ, เครื่องมือ, หรือวิธีการ ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันจะสนับสนุนให้เกิดกระบวนการส่งมอบการ ดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องและสมบูรณ์. เนื้อหาของส่งมอบการดูแลผู้ป่วยและ รูปแบบ, เครื่องมือ, หรือวิธีการที่ใช้เป็นมาตรฐานสำหรับแต่ละประเภทของการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย. กระบวนการ ส่งมอบการดูแลผู้ป่วยอาจแตกต่างกันตามประเภทของการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล. ยกตัวอย่างเช่น, การส่งมอบการดูแลผู้ป่วยสำหรับแผนกฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมอาจต้องมีการที่แตกต่างหรือเนื้อหาที่แตกต่างว่าการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปยังแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤต; อย่างไรก็ตาม, การส่งมอบการดูแลผู้ป่วยต้องมีมาตรฐานสำหรับแต่ละประเภทของการส่งมอบการ ดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น. รูปแบบการส่งมอบหรือเครื่องมือ, ถ้าใช้โดยโรงพยาบาล, ไม่จำเป็นต้องเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกเวชระเบียน. นอกจากนี้, ข้อมูลรายละเอียดในการสื่อสารระหว่างการส่งมอบไม่จำเป็นต้องได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียน; อย่างไรก็ตาม, โรงพยาบาลอาจต้องการที่จะมีเอกสาร บันทึกการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น. ตัวอย่างเช่น, ผู้ให้การดูแลสุขภาพจะบันทึกว่าได้ส่งมอบ การดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์ไปให้ใคร, และลงชื่อ, วันที่, และเวลาที่บันทึก. (ดู MOI.11.1, MEs 1, 2, และ 3)

การปฏิบัติที่ปลอดภัยสำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพรวมถึงต่อไปนี้ :

- การจำกัดการสื่อสารด้วยวาจาในการสั่งยาในสถานการณ์เร่งด่วนซึ่งการสื่อสารด้วย การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรหรือลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ไม่สามารถเป็นไปได้. ยกตัวอย่างเช่น, คำสั่งทางวาจาจะไม่อนุญาตเมื่อผู้สั่งปรากฏตัวอยู่ในขณะนั้น และมีแฟ้ม ผู้ป่วยอยู่. คำสั่งทางวาจาจะได้รับการจำกัดในสถานการณ์ซึ่งยากและเป็นไปไม่ได้ที่จะ ทำการถ่ายทอดคำสั่งด้วยกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์, เช่น ระหว่างหัตถการที่ปลอดภัย.
- การพัฒนาแนวทางสำหรับการส่งตรวจและการรายงานผลตรวจวินิจฉัยทั้งกรณีฉุกเฉินหรือ เร่งด่วน, การระบุและคำจำกัดความของผลการตรวจวิกฤติและคำวิกฤติ, มีการรายงาน ถึงใคร และ โดยใคร, และ ติดตามผลในการปฏิบัติ (ดู AOP.5.1.1, ME 3)
- การจดบันทึกลงไป, หรือการป้อนข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ของคำสั่งหรือผลตรวจทดสอบ ที่ครบถ้วน โดยผู้รับสารสนเทศ; ผู้รับสารอ่านทวนกลับคำสั่งหรือผลการตรวจทดสอบ; และ ผู้ส่งสารยืนยันว่าสิ่งที่จดบันทึกลงไปและอ่านทวนกลับนั้นถูกต้อง. อาจจะต้องมีการระบบ ทางเลือกที่อนุญาตเมื่อกระบวนการอ่าน

ทวนกลับมักจะเป็นไปไม่ได้, เช่น ในห้องผ่าตัด และสถานการณ์ฉุกเฉินในแผนกฉุกเฉินหรือแผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤต. (ดู COP.2.2; MMU.4)

- การใช้เนื้อหาสาระสำคัญที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสำหรับการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย, ครอบครัว, ผู้ให้การดูแลสุขภาพ, และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งมอบ การดูแลผู้ป่วย.
- การใช้วิธีการ, รูปแบบ, หรือ เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการส่งมอบ การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องและสมบูรณ์.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.2

- ☐ 1. คำสั่งทางวาจาที่สมบูรณ์ได้รับการบันทึกและอ่านทวนกลับโดยผู้รับสารและได้รับการยืนยันโดยผู้ส่ง. (ดู MMU.4.1)
- ☐ 2. คำสั่งทางโทรศัพท์ที่สมบูรณ์ ได้รับการบันทึกและอ่านทวนกลับโดยผู้รับสารและได้รับการยืนยันโดยผู้ส่ง. (ดู MMU.4.1)
- ☐ 3. ผลการทดสอบที่สมบูรณ์ ได้รับการบันทึกและอ่านทวนกลับโดยผู้รับสารและได้รับการยืนยันโดยผู้ส่งมอบผล.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.2.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลได้กำหนดค่าวิกฤตสำหรับแต่ละประเภทของการตรวจวินิจฉัย.
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีการระบุกระบวนการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยโดยใครและถึงใคร.
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีการระบุข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.2.2

- ☐ 1. เนื้อหาสาระสำคัญที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้รับการสื่อสารระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพ ระหว่างการส่งมอบการดูแลผู้ป่วย.
- ☐ 2. แบบฟอร์ม, เครื่องมือ และวิธีการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันสนับสนุนกระบวนการส่งมอบการดูแลให้สอดคล้องกันและครบถ้วน.
- ☐ 3. ข้อมูลจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการสื่อสารการส่งมอบการดูแลผู้ป่วยมีการติดตามและใช้ระบุวิธีการปรับปรุงการส่งมอบที่ดีขึ้นและการปรับปรุงได้นำไปดำเนินการ.

เป้าหมายที่ 3: เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

มาตรฐาน IPSG.3

โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง[®]

มาตรฐาน IPSG.3.1

โรงพยาบาลพัฒนาและจัดทำกระบวนการในการจัดการความปลอดภัยของการใช้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง[®]

เจตจำนงของ IPSG.3 ถึง IPSG.3.1

เมื่อเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการรักษาผู้ป่วย, การจัดการที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้าง ความมั่นใจด้านความปลอดภัยผู้ป่วย. ยาใด ๆ ที่สามารถซื้อได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยา, ถ้าใช้ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดความสูญเสีย. อย่างไรก็ตาม, ยาที่ต้องระมัดระวังสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุของเกิดอันตราย ที่พบบ่อย, และอันตรายที่เกิดจากความผิดพลาดนั้นมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้น. สามารถนำไปสู่

ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย. ยาที่ต้องระมัดระวังสูงครอบคลุมยาซึ่งเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนและ/หรือเหตุการณ์พึงสังวรใน ร้อยละที่สูง. เช่นเดียวกับยาที่เพิ่มความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ. ตัวอย่างเช่น, ยาที่ต้องระมัดระวังสูง ครอบคลุมยาวิจัย, ยาควบคุม, ยาที่มีช่วงพิสัยการรักษาแคบ, ยาเคมีบำบัด, ยาต้านการแข็งตัวของเลือด, ยาจิตเวช, และยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย(LASA).

ยาที่มีชื่อพ้องหรือมองคล้าย ชื่อที่สับสนพบบ่อยว่าเป็นสาเหตุของ ความคลาดเคลื่อนทางยาทั่วโลก. ปัจจัยร่วมให้เกิดความสับสนนี้ คือ

- ความรู้ที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ในชื่อยา;
- ผลิตภัณฑ์ที่ได้มาใหม่;
- การบรรจุหีบห่อหรือติดฉลากที่คล้ายกัน;
- การใช้ทางคลินิกที่คล้ายกัน; และ
- การสั่งยาที่ลายมืออ่านยากหรือความเข้าใจคลาดเคลื่อนซึ่งเป็นประเด็นจากการสั่งทางวาจา.

ตัวอย่างของรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูงสามารถหาได้จากองค์กร ดังเช่นสถาบันเพื่อการปฏิบัติ ด้านยาที่ปลอดภัย (ISMP) และ องค์การอนามัยโลก (WHO). สำหรับการจัดการที่ปลอดภัย, โรงพยาบาลต้องจัดทำ รายการยาที่ต้องระมัดระวังสูงทั้งหมดซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงที่มีนัยสำคัญ ต่อผู้ป่วยโดยใช้ข้อมูลเฉพาะของ โรงพยาบาลที่เกี่ยวกับการใช้ยาภายในโรงพยาบาล, เหตุการณ์เกือบ พลาด, ความคลาดเคลื่อนทางยา, และ เหตุการณ์พึงสังวร. (ดู MMU.7.1 และ QPS.7) รายการนี้ ครอบคลุมยาที่ระบุความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์. สารสนเทศจากวารสารทาง วิชาการและ/หรือ กระทรวงสาธารณสุข อาจจะมีประโยชน์ในการช่วยให้ ระบุยาซึ่งจะต้อง ครอบคลุมอีกด้วย. ยาเหล่านี้ได้รับการจัดเก็บในหนทางที่ช่วยลดโอกาสในการบริหารยาโดย ประมาท หรือจัดให้มีคำแนะนำตามหลักการในการใช้ยาอย่างเหมาะสม. กลยุทธ์ในการเพิ่มความปลอดภัยใน การ ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูงอาจจะปรับให้เข้ากับความเสี่ยงเฉพาะของยาแต่ละตัวและควรจะ ครอบคลุมข้อพิจารณาใน กระบวนการสั่งจ่ายยา, การเตรียมยา, การบริหารยา และ การเฝ้าติดตาม, นอกเหนือจากกลยุทธ์การเก็บยาที่ ปลอดภัย.

ยาที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดความสับสนในการมองคล้ายกัน/เสียงเหมือนกัน, เช่น ชื่อยาที่คล้ายกันและ บรรจุภัณฑ์ ของผลิตภัณฑ์ที่คล้ายกัน, อาจนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเป็นอันตราย. โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีกล ยุทธ์ในการบริหารความเสี่ยงเพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับยา LASA และเพิ่มความปลอดภัยผู้ป่วย. (ดู MMU.4.1)

ปัญหาความปลอดภัยด้านยาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมักเป็นการบริหารยาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ตั้งใจในการใช้ สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง (เช่น โพแทสเซียมคลอไรด์ [ความเข้มข้นเท่ากับหรือมากกว่า 2 mEq/mL] , โพแทสเซียม ฟอสเฟต [ความเข้มข้นเท่ากับหรือมากกว่า 3 mmol/mL] , โซเดียมคลอไรด์ [ความเข้มข้นมากกว่า 0.9%] , และ แมกนีเซียมซัลเฟต [ความเข้มข้นเท่ากับหรือ มากกว่า 50%]). วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการลดหรือเพื่อ ขจัดอุบัติเหตุเหล่านี้ คือ การพัฒนากระบวนการในการบริหารจัดการสารละลายที่มีความเข้มข้นสูง ครอบคลุมถึง

การเอา สารละลายที่มีความเข้มข้นสูงออกจากหน่วยดูแลผู้ป่วยไปไว้ที่หน่วยงานเภสัชกรรม. (ดู MMU.3)
โรงพยาบาลระบุพื้นที่ที่มีความจำเป็นทางคลินิกในการจัดเก็บสารละลายที่มีความเข้มข้นสูงตามที่ กำหนดโดย
หลักฐานทางวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ, เช่น แผนกดูแลผู้ป่วยวิกฤต หรือ แผนกผ่าตัดหัวใจ, และระบุ
กระบวนการที่ชัดเจนในการติดตามและการจัดเก็บไว้ในพื้นที่ที่กำหนด การเข้าถึงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบริโภทยา
ผิดพลาดโดยไม่ได้ตั้งใจ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.3

- ☐ 1.โรงพยาบาลมีรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูง และพัฒนาและจัดทำกระบวนการในการจัดการยาที่ต้อง
ระมัดระวังสูงเหล่านั้น.
- ☐ 2.โรงพยาบาลมีรายการยาที่มีชื่อพ้อง/มองคล้าย และพัฒนาและจัดทำกระบวนการในการ จัดการยาที่มี
ชื่อพ้อง/มองคล้ายเหล่านั้น.
- ☐ 3.กระบวนการในการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูง และ กระบวนการในการจัดการยาที่มีชื่อพ้อง/มอง
คล้าย เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.3.1

- ☐ 1.โรงพยาบาลมีกระบวนการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการบริหารสารละลายที่มีความเข้มข้นสูงโดยไม่ได้ตั้งใจ.
- ☐ 2.สารละลายที่มีความเข้มข้นสูงในรูปแบบที่เข้มข้นจะมีอยู่เฉพาะในหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ระบุว่ามีจำเป็น
ทางคลินิก.(ดู MMU.5.2, ME 2)
- ☐ 3.สารละลายที่มีความเข้มข้นสูงที่จัดเก็บไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามที่ชัดเจนและเก็บไว้ใน
พื้นที่ที่กำหนดการเข้าถึงและการส่งเสริมการใช้อย่างปลอดภัย.

เป้าหมายที่ 4: การสร้างความมั่นใจในการผ่าตัดอย่างปลอดภัย

มาตรฐาน IPSG.4

โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินกระบวนการในการตรวจสอบก่อนการผ่าตัดและการทำเครื่องหมายก่อนการผ่าตัด/
หัตถการที่มีการรูก้ำ 

มาตรฐาน IPSG.4.1

โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินกระบวนการขอเวลานอกที่จะดำเนินการทันทีก่อนที่จะเริ่มการผ่าตัด/หัตถการที่มี
การรูก้ำและการขานออกซึ่งจะดำเนินการหลังจากการทำหัตถการ 

เจตจำนงของ IPSG.4 และ IPSG.4.1

การบาดเจ็บของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์พึงสังวรที่เกิดจากการศัลยกรรม
ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และผิดบุคคลเป็นความกังวลอย่างต่อเนื่องสำหรับโรงพยาบาล เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นผล
มาจากการสื่อสารที่ไม่ได้ผลหรือไม่เพียงพอระหว่างสมาชิกของทีมงานที่ดำเนินการผ่าตัด/การทำหัตถการที่มีการ
รูก้ำ ถ้าโดยขาดกระบวนการสำหรับการทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะทำหัตถการและการขาดการมีส่วนร่วมของ
ผู้ป่วย ในการทำเครื่องหมายระบุตำแหน่ง นอกจากนี้การประเมินผู้ป่วยไม่เพียงพอ การทบทวนเวชระเบียนที่ไม่
เพียงพอ วัฒนธรรมที่ไม่สนับสนุนการสื่อสารที่เปิดกว้างในหมู่สมาชิกทีม ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเขียนด้วย
ลายมือที่อ่านไม่ออกและการใช้ตัวย่อเป็นปัจจัยที่พบบ่อย

การผ่าตัดและการทำหัตถการรูก้ำครอบคลุมหัตถการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการกรีดหรือเจาะ หัตถการการผ่าตัดเปิด การดูผ่านผิวหนัง การฉีดบางชนิด การตัดชิ้นเนื้อ หัตถการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาทางหัวใจและหลอดเลือด การผ่าตัดผ่านกล้อง (laparoscope) และ การส่องกล้องตรวจภายใน (endoscope)

องค์กรต้องระบุทุกพื้นที่ภายในโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดและการทำหัตถการที่มีการรูก้ำเกิดขึ้น เช่น ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ แผนกรังสีวิทยาร่วมรักษา ห้องปฏิบัติการระบบทางเดินอาหารและที่มีลักษณะเดียวกันนี้ วิธีการที่โรงพยาบาลใช้เวลาในการสร้างความมั่นใจในการคัดกรองที่ปลอดภัยนำไปใช้กับทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลซึ่งมีการผ่าตัดและและการทำหัตถการที่รูก้ำเกิดขึ้น

หลักปฏิบัติที่เป็นสากลสำหรับการป้องกันการคัดกรองผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ผิดบุคคลของ The Joint Commission (สหรัฐอเมริกา)TM จะขึ้นอยู่กับหลักการของการใช้กลยุทธ์หลายอย่างเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการระบุผู้ป่วยที่ต้อง ถูกหัตถการ และถูกตำแหน่งเสมอ²⁵ องค์ประกอบที่สำคัญของหลักปฏิบัติที่เป็นสากล คือ

- กระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัด
- การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะทำหัตถการ และ
- การขอเวลานอกที่จะจัดขึ้นในทันทีก่อนที่จะเริ่มหัตถการ

กระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัด

การตรวจสอบก่อนการผ่าตัดเป็นกระบวนการต่อเนื่องของการรวบรวมข้อมูลและการยืนยัน วัตถุประสงค์ของกระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัดคือ

- a) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยถูกคน ถูกหัตถการและถูกตำแหน่ง
- b) สร้างความมั่นใจว่าเอกสาร ภาพวินิจฉัย และการตรวจมีการติดป้ายถูกต้องและแสดงให้เห็นได้ และ
- c) ตรวจสอบว่าผลิตภัณฑ์จากเลือด เทคโนโลยีทางการแพทย์พิเศษและ/หรือสิ่งที่ฝังในร่างกายที่ต้องการมีแสดงให้เห็น (ดู ASC.7.4 ร่วมด้วย)

มีองค์ประกอบต่าง ๆ ของกระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัดที่สามารถจะแล้วเสร็จก่อนที่ผู้ป่วยมาถึงพื้นที่ก่อนการผ่าตัด เช่น การสร้างความมั่นใจว่าเอกสาร ภาพวินิจฉัย ผลการทดสอบและเอกสารได้รับการติดป้ายอย่างเหมาะสม และตรงกับตัวระบุตัวผู้ป่วย การรอนกว่าจะทำการขอเวลานอกเพื่อที่จะให้กระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัด ครบถ้วนอาจทำให้การผ่าตัดล่าช้า ถ้าเอกสารหรือภาพวินิจฉัยไม่ได้ติดป้ายระบุหรือไม่มีเมื่อการผ่าตัดจะเริ่มต้นมี โอกาสมากขึ้นที่การตรวจสอบก่อนการผ่าตัดบางส่วนอาจเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งครั้งและในสถานที่มากกว่าหนึ่งแห่ง ยกตัวอย่างเช่น การขอความยินยอมผ่าตัดอาจจะทำในสำนักงานของศัลยแพทย์และจากนั้นการตรวจสอบที่สมบูรณ์ อาจเกิดขึ้นในพื้นที่เตรียมก่อนการผ่าตัด

การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่ง

การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งผ่าตัดและการทำหัตถการที่รูก้ำมีการนำผู้ป่วยมามีส่วนร่วมและจะทำด้วยเครื่องหมายที่รับรู้ได้ทันทีและชัดเจน ดีที่สุดไม่ควรใช้ 'X' เป็นเครื่องหมายเพราะอาจตีความได้ว่า "ไม่ใช่ ตำแหน่งนี้" หรือ "ผิดข้าง" และมีโอกาสนำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยได้^{26,27} เครื่องหมายจะต้องสอดคล้องกันทั่วทั้งโรงพยาบาลมีการทำเครื่องหมาย ระบุตำแหน่งในทุกกรณีที่เกี่ยวข้องกับข้าง หลายโครงสร้าง (นิ้วมือ, นิ้วเท้า, รอยโรค) หรือ หลายระดับ (กระดูกสันหลัง)

การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งการผ่าตัด/หัตถการที่รูกำลังกระทำโดยบุคคลที่จะทำหัตถการ บุคคลนี้จะกระทำการผ่าตัด/หัตถการที่รูกำลังทั้งหมดและยังคงอยู่กับผู้ป่วยตลอดขั้นตอนทั้งหมด โดยปกติแล้วในกรณีที่มิหัตถการผ่าตัด ศัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบมักจะดำเนินการผ่าตัดและดังนั้นจึงควรจะเป็นผู้ทำเครื่องหมายระบุตำแหน่ง มีชื่อที่แตกต่างกันที่ใช้สำหรับศัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบ เช่น ศัลยแพทย์ที่เข้าร่วม หรือศัลยแพทย์ที่ปรึกษา สำหรับหัตถการที่รูกำลังที่ไม่ใช่ศัลยกรรมอาจจะเป็นแพทย์ที่จะทำหัตถการและอาจจะเกิดขึ้นในพื้นที่ของโรงพยาบาลนอกห้องผ่าตัด

มีบางสถานการณ์บุคลากรที่อยู่ระหว่างฝึกงานอาจจะทำเครื่องหมายระบุตำแหน่ง เมื่อบุคลากรที่อยู่ระหว่างฝึกงานกระทำการหัตถการทั้งหมดจะถูกกำหนดให้มีการกำกับดูแลจากศัลยแพทย์หรือแพทย์ ผู้รับผิดชอบน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย ในสถานการณ์เช่นนี้ให้บุคลากรที่อยู่ระหว่างฝึกงานทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งผ่าตัด เมื่อบุคลากรฝึกงานอยู่ในบท บาทของการช่วยเหลือศัลยแพทย์หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบ ศัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบเท่านั้นที่อาจจะทำเครื่องหมายระบุ ตำแหน่ง

การทำเครื่องหมายที่ระบุตำแหน่งนี้อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาก่อนที่จะมีการผ่าตัด/การทำหัตถการที่รูกำลังเริ่มต้น トラバโดที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งเมื่อใดก็ตามที่เป็นไปได้ และเครื่องหมายจะมองเห็นได้หลังจากที่เตรียมผู้ป่วยและปูผ้าคลุมผ่าตัดแล้ว ตัวอย่างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไม่สามารถอาจจะเป็นไปไม่ได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เด็กและผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน

การขอเวลานอก

การขอเวลานอกที่จะจัดขึ้นในทันทีก่อนที่จะเริ่มหัตถการกับสมาชิกทุกคนในทีมที่ปรากฏอยู่ขณะนั้น ในช่วงขอเวลานอกทีมตกลงในองค์ประกอบต่อไปนี้

- ตัวตนของผู้ป่วยที่ต้องการ
- หัตถการที่จะทำถูกต้อง
- ตำแหน่งผ่าตัด/หัตถการรูกำลังที่ต้องการ

การขอเวลานอกเปิดโอกาสให้ถามคำถามใด ๆ ที่ยังไม่มีคำตอบหรือความสับสนได้รับการแก้ไข การขอเวลานอกดำเนินการในสถานที่ซึ่งทำหัตถการและทีมงานทั้งหมดมีส่วนร่วมในเชิงรุก ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการ ขอเวลานอก เมื่อการขอเวลานอกเสร็จสมบูรณ์ไม่มีใครจากทีมออกจากห้องไป การขอเวลานอกที่สมบูรณ์ได้รับการ บันทึกครอบคลุมวันที่และเวลาที่ทำการขอเวลานอกสมบูรณ์ โรงพยาบาลกำหนดจำนวนและชนิดของเอกสารเพิ่มเติมใด ๆ

การขานออก

รายการตรวจสอบศัลยกรรมที่ปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกครอบคลุมขั้นตอนการขานออกซึ่งจะดำเนินการในพื้นที่ที่กระทำการหัตถการก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากห้องผ่าตัด²⁸ ส่วนประกอบของการขานออกต่อไปนี้ได้รับการยืนยันด้วย วาจาโดยสมาชิกของทีมโดยปกติแล้วมักจะเป็นพยาบาล

- ชื่อของการผ่าตัด/หัตถการที่รูกำลังที่ได้รับการบันทึก/เขียน
- ความครบถ้วนของจำนวนเครื่องมือ ผ้าซับเลือดและเข็ม (แล้วแต่กรณี)
- การติดตามของสิ่งส่งตรวจ (เมื่อสิ่งส่งตรวจปรากฏระหว่างกระบวนการขานออกมีการอ่านฉลากของสิ่งส่ง ตรวจรวมถึงชื่อของผู้ป่วย ออกเสียงดัง) (ดู IPSG.1, ME 2 และ AOP.5.7, ME 2 ร่วมด้วย)
- ปัญหาของอุปกรณ์ใด ๆ ที่ได้รับการแก้ไข (แล้วแต่กรณี)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.4

- ☐ 1. โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการตรวจสอบก่อนการผ่าตัดผ่านการไต่ถามการตรวจสอบหรือกลไกอื่น ๆ เพื่อจัดทำเอกสารก่อนที่จะผ่าตัด/ทำหัตถการรุกราน ว่ามีการขอความยินยอมที่เหมาะสมกับหัตถการ การตรวจสอบว่าผู้ป่วยถูกบุคคล หัตถการถูกต้อง และ ถูกตำแหน่ง และเอกสารที่จำเป็นทั้งหมด ผลิตภัณฑ์ของเลือด เทคโนโลยีทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ฝังอยู่ในมือถูกต้องและทำงานได้
- ☐ 2. โรงพยาบาลใช้เครื่องหมายที่รับทราบได้ทันทีและชัดเจนสำหรับระบุตำแหน่งที่ผ่าตัด/หัตถการที่รุกรานสอดคล้องกันทั่วทั้งโรงพยาบาล
- ☐ 3. การทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งการผ่าตัด/หัตถการที่รุกรานกระทำโดยบุคคลที่กระทำหัตถการและนำผู้ป่วยมีส่วนร่วมในขั้นตอนการทำเครื่องหมาย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.4.1

- ☐ 1. ทีมทั้งหมดมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการขอเวลานอก ซึ่งรวม a) ถึง c) ในเจตจำนง ในพื้นที่ทำการผ่าตัด/หัตถการที่รุกรานทันทีก่อนที่จะเริ่มหัตถการ การขอเวลานอกที่ครบถ้วนสมบูรณ์ได้รับการบันทึก (ดู MOI.11.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากพื้นที่ทำการผ่าตัด/หัตถการที่รุกราน มีการดำเนินการขานออกซึ่งรวมอย่างน้อย d) ถึง g) ในเจตจำนง
- ☐ 3. เมื่อกระทำการผ่าตัด/หัตถการรุกรานรวมทั้งหัตถการทางการแพทย์และทันตกรรมในสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ นอกเหนือจากห้องผ่าตัด โรงพยาบาลใช้กระบวนการแบบเดียวกันเพื่อให้แน่ใจว่าการผ่าตัดปลอดภัย

เป้าหมายที่ 5: ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ

มาตรฐาน IPSG.5

โรงพยาบาลน้อมรับและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการทำความสะอาดมือที่อิงหลักฐานทางวิชาการเพื่อ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ^(P)

เจตจำนงของ IPSG.5

การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อเป็นความท้าทายในสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่, อัตราการ ติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเป็นประเด็นที่น่าวิตกสำหรับผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ. การติดเชื้อที่พบบ่อยในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งครอบคลุมการติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะ, การติดเชื้อในกระแสเลือด, และปอดอักเสบ (ซึ่งมัก สัมพันธ์กับการใส่เครื่องช่วยหายใจ).

จุดร่วมของการจัดการติดเชื้อเหล่านี้และการติดเชื้ออื่น ๆ คือความสะอาดของมือที่เหมาะสม. แนวทางการทำความสะอาดมือซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับสากลสามารถหาได้จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (US CDC), และองค์กรภายในประเทศและ ระหว่างประเทศต่าง ๆ. (ดู GLD.11.2) โรงพยาบาลน้อมรับและนำไปปฏิบัติซึ่งแนวทางการทำความสะอาดมือที่อิงหลักฐานวิชาการและดี พิสูจน์แล้ว. แนวทางการทำความสะอาดมือได้รับการประกาศไว้ในบริเวณที่เหมาะสม, และบุคลากร ได้รับการฝึกอบรมในระเบียบปฏิบัติในการล้างมือและจัดการเชื้อที่มีอย่างเหมาะสม. สบู่, น้ำยาฆ่าเชื้อ, และผ้าเช็ดมือหรือวิธีการทำให้มือแห้งอื่น ๆ ได้รับการติดตั้งในบริเวณเหล่านั้นที่มีการกำหนดให้มี ระเบียบปฏิบัติในการล้างมือและการจัดการเชื้อ. (ดู PCI.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSC.5

- ☐ 1.โรงพยาบาลน้อมรับแนวทางการทำความสะอาดมือที่อิงหลักฐานวิชาการและดี พิสูจน์แล้ว
- ☐ 2.โรงพยาบาลนำแผนงานทำความสะอาดมือที่มีประสิทธิภาพไปปฏิบัติทั่วทั้งโรงพยาบาล
- ☐ 3.ระเบียบปฏิบัติในการล้างมือและการจัดเชื้อที่มือที่ใช้อยู่สอดคล้องกับแนวทางการทำความสะอาดมือทั่วทั้งโรงพยาบาล.(ดู IPSC.9, ME 4)

เป้าหมายที่ 6 : ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของผู้ป่วยเกิดจากการพลัดตกหกล้ม

มาตรฐาน IPSC.6

โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินการกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการพลัดตกหกล้มสำหรับประชากรผู้ป่วยใน (P)

มาตรฐาน IPSC.6.1

โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินการกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการพลัดตกหกล้มสำหรับประชากรผู้ป่วยนอก (P)

เจตจำนงของ IPSC.6 และ IPSC.6.1

การได้รับบาดเจ็บหลายครั้งในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเป็นผลมาจากการพลัดตกหกล้ม. ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย สถานการณ์ และ/หรือสถานที่. ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอาจจะครอบคลุมประวัติผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม การใช้ยา บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเดินหรือสมดุลผิดปกติ ความบกพร่อง ทางสายตา การเปลี่ยนแปลงจิตสถานะ และคล้ายคลึงกันนี้. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินในขั้นต้นว่ามีความเสี่ยงต่ำ สำหรับการพลัดตกหกล้ม ๖ ก็อาจจะกลายเป็นความเสี่ยงสูง. เหตุผลดังกล่าวได้แก่ การผ่าตัดและ/หรือระงับความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันในสภาพของผู้ป่วย และ การปรับยา เป็นต้น. ผู้ป่วยจำนวนมากจึงต้องมีการ ประเมินซ้ำในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล (ดู AOP.1.4 ร่วมด้วย)

เกณฑ์ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มช่วยระบุประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงสำหรับการพลัดตกหกล้ม. เกณฑ์เหล่านี้และการดำเนินการใด ๆ ที่นำไปใช้ได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยตามที่บุคลากรให้หลักฐานไว้เพื่อสนับสนุนประเภทความเสี่ยงของผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม. โรงพยาบาลมีความรับผิดชอบในการระบุประเภทของผู้ป่วยภายในประชากรผู้ป่วยของตนที่อาจมีความเสี่ยงสูงสำหรับการพลัดตกหกล้ม. เกณฑ์ที่มีการบันทึกไว้ช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องในหมู่ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่กำลังดูแลผู้ป่วยอยู่. (ดู ACC.3 ร่วมด้วย) ตัวอย่างเช่น ผู้ประกอบวิชาชีพที่กำลังดูแลผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด อาจไม่ทราบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้มได้รับการประเมินอย่างถูกต้องและมีการทำตามมาตรการ เว้นแต่เอกสารที่เหมาะสมได้รับการบันทึกครบถ้วนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ในบริบทของประชากรที่รับผิดชอบ การให้บริการที่จัดให้และสิ่งอำนวยความสะดวก โรงพยาบาลประเมินการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยและดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่จะเกิดขึ้นจากการพลัดตกหกล้ม. โรงพยาบาลกำหนดแผนงานการลดความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มโดยอาศัยนโยบาย และ/หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม. แผนงานลดการพลัดตกหกล้มรวมถึงการประเมินความเสี่ยงและการ

ประเมินซ้ำเป็นระยะของประชากรผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะและ/หรือของสภาพแวดล้อมที่ให้การดูแลและบริการ (เช่น การประเมินทั้งหลายที่ดำเนินการในช่วงตรวจเยี่ยมด้านความปลอดภัยเป็นระยะ) มาตรการและการแก้ไขจะดำเนินการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยสถานการณ์และสถานที่ทั้งหลายที่ระบุไว้จนได้รับการประเมินว่าเสี่ยง³¹⁻³³

สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงสามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตัวอย่างของความเสี่ยงในสถานการณ์ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงแผนกผู้ป่วยนอกจากสถานดูแล ระยะยาวโดยรพพยาบาลสำหรับการตรวจทางรังสี ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงสำหรับพลัดตกหกล้มในสถานการณ์เมื่อโอนย้ายจากรถเข็นของรพพยาบาลไปที่โต๊ะตรวจหรือ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งในขณะที่กำลังนอนอยู่บนโต๊ะตรวจที่แคบ

สถานที่เฉพาะอาจมีความเสี่ยงที่สูงขึ้นเนื่องจากการให้บริการ ยกตัวอย่างเช่น แผนกกายภาพบำบัด (ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก) มีอุปกรณ์เฉพาะหลายประเภทที่ใช้โดยผู้ป่วยซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเช่น บาร์คูชานัน ขึ้นบันไดอิสระ และอุปกรณ์การออกกำลังกาย

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้เครื่องมือในการประเมินและ/หรือวิธีการที่เหมาะสมสำหรับประชากรผู้ป่วยของโรงพยาบาล^{34,35} ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเด็กที่ต้องมีเครื่องมือการประเมินความเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้มในเด็กโดยเครื่องมือที่จัดทำสำหรับผู้ใหญ่จะไม่สามารถใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของเด็กได้อย่างถูกต้อง

ในแผนกผู้ป่วยนอกผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตั้งแต่แรกแต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีสภาพ การวินิจฉัย สถานการณ์และ/หรือสถานที่ระบุความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเท่านั้นที่ได้รับการคัดกรอง.^{36,37} หากความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มถูกระบุได้จากการตรวจคัดกรองเบื้องต้น มาตรการและ/หรือการดำเนินการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยถูกนำไปปฏิบัติ

การตรวจคัดกรองโดยทั่วไปจะดำเนินการอย่างเรียบง่ายเป็นการประเมินผลผู้ป่วยเพื่อกำหนดว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้ม เครื่องมือการตรวจคัดกรองที่ใช้ทั่วไปและรวมถึงคำถามหรือรายการที่จะใช้ในการระบุผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ยกตัวอย่างเช่น คำถามอาจต้องการคำตอบง่ายๆ ใช่/ไม่ใช่ หรือเครื่องมืออาจจะ เกี่ยวข้องกับการกำหนดคะแนนแต่ละรายการที่ขึ้นอยู่กับคำตอบของของผู้ป่วย

โรงพยาบาลกำหนดว่าผู้ป่วยนอกแบบใดที่ต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สถานที่ตั้งและสถานการณ์ที่เสี่ยงเช่นเดียวกับสภาพของผู้ป่วยและลักษณะที่อาจ ช่วยระบุผู้ที่ควรได้รับการคัดกรองการพลัดตกหกล้ม ตัวอย่างอาจรวมถึง ผู้ป่วยทั้งหมดในแผนกกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอกผู้ป่วยทุกรายที่มาจากสถานดูแลระยะยาวขึ้น รพพยาบาลมาสำหรับทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่กำหนดไว้สำหรับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับ ยาระงับประสาทเพื่อทำหัตถการหรือยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเดินหรือสมดุล ผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง ทางสายตา ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีและอื่น ๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.6

- ☐ 1. โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการในการประเมินผู้ป่วยในทั้งหมดที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการใช้เครื่องมือ/วิธีการในการประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ให้การดูแล

- ☐ 2. โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการในการประเมินผู้ป่วยในที่มีอาการที่อาจกลายเป็นความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพหรือมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่แล้วตามการประเมินผลที่บันทึกไว้
- ☐ 3. มาตรการและ/หรือการดูแลรักษาจะดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ระบุได้สำหรับผู้ป่วยในสถานการณ์และสถานที่ภายในโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยง การดูแลรักษาผู้ป่วยได้รับการบันทึกไว้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ IPSG.6.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการในการคัดกรองผู้ป่วยนอกที่มีสภาพ การวินิจฉัย สถานการณ์ หรือสถานที่ที่อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและใช้เครื่องมือ/วิธีการในการคัดกรองที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ให้การดูแล
- ☐ 2. เมื่อมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มถูกระบุจากการคัดกรองเบื้องต้น กระบวนการ มาตรการและ/หรือการดูแลรักษาจะมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยนอกที่ระบุว่ามีความเสี่ยงและการตรวจคัดกรองรวมทั้งการดูแลรักษาได้รับการบันทึก
- ☐ 3. มาตรการและ/หรือการดูแลรักษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้รับการดำเนินการในสถานการณ์และสถานที่ในแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการประเมินว่าเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การเข้าถึงการดูแลและความต่อเนื่องของการดูแล (ACC)

ภาพรวม

องค์กรด้านการดูแลสุขภาพต้องหาวิธีการที่ครอบคลุมและบูรณาการในการส่งมอบการดูแลสุขภาพ. มีกระบวนการในลักษณะของความร่วมมือกันและการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแล สุขภาพ. โรงพยาบาลต้องพิจารณากระบวนการดูแลให้เป็นส่วนหนึ่งของการบูรณาการระบบการให้บริการ. ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ, และระดับของการดูแล, เพื่อสร้างให้เกิดความต่อเนื่องของ การดูแลเป้าหมายคือเพื่อให้บริการอย่างถูกต้องตรงกับความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย, ด้วยการประสานงานการให้บริการผู้ป่วยในองค์กร, และการวางแผนจำหน่ายและการนัดติดตาม. ผลที่ได้คือการปรับปรุงผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่

ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจที่ถูกต้อง ประกอบด้วย

- ความต้องการของผู้ป่วยที่สามารถค้นพบโดยองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ;
- การจัดลำดับความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วนหรือต้องการการดูแลทันที
- การไหลเวียนที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการกับผู้ป่วย;
- การเข้าถึงบริการวิกฤตและเฉพาะทาง;
- การประสานความร่วมมือและความต่อเนื่องของการดูแล;
- การส่งต่อ, โอนย้าย, หรือการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อไปยังสถานการดูแลอื่น; และ
- การบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ **P** หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

การตรวจคัดกรองเพื่อรับไว้ในโรงพยาบาล

- ACC.1** ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่มาใช้บริการบริการผู้ป่วยนอกได้รับการ คัดกรองเพื่อระบุความต้องการในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับพันธกิจและทรัพยากรของโรงพยาบาล ⑤
- ACC.1.1** ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน, เร่งด่วน, หรือมีความต้องการในการดูแลทันทีที่จะได้รับการจัดลำดับความสำคัญในการประเมินและการรักษา.
- ACC.1.2** โรงพยาบาลพิจารณาจากความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อมีความล่าช้าสำหรับบริการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา ⑤

การรับไว้ในโรงพยาบาล

- ACC.2** โรงพยาบาลมีกระบวนการในการรับผู้ป่วยในและลงทะเบียนผู้ป่วยนอก ⑤
- ACC.2.1** ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการสำหรับบริการป้องกัน, การบำบัดบรรเทาอาการ, การรักษาให้หายขาด, และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการจัดลำดับความสำคัญขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วย ณ เวลาแรกรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล.
- ACC.2.2** การเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสารสนเทศตั้งแต่แรกรับไว้เป็นผู้ป่วยใน, สารสนเทศครอบคลุมการดูแลที่จะเกิดขึ้นและประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแล, และผลลัพธ์ของการดูแลที่คาดหวัง.
- ACC.2.2.1** โรงพยาบาลพัฒนาระบบกระบวนการในการจัดการกระบวนการไหลเวียนของผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาล. ⑤
- ACC.2.3** มีการกำหนดเกณฑ์การรับเข้าสำหรับแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทาง. ⑤
- ACC.2.3.1** มีการกำหนดเกณฑ์การจำหน่ายออกสำหรับแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทาง. ⑤

ความต่อเนื่องของการดูแล

- ACC.3** โรงพยาบาลต้องออกแบบและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพ. ⑤
- ACC.3.1** ในระหว่างทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยใน, ต้องมีการระบุบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย. ⑤
- ACC.3.2** สารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายไปพร้อมกับผู้ป่วย.

การจำหน่าย, ส่งต่อ, และการนัดตรวจติดตาม

- ACC.4** มีกระบวนการในการส่งต่อ หรือจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นไปตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องหรือบริการที่จำเป็น. ⑤
- ACC.4.1** การให้ความรู้และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสัมพันธ์กับความต้องการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย.
- ACC.4.2** โรงพยาบาลให้ความร่วมมือกับผู้ให้การดูแลสุขภาพและหน่วยงานภายนอกเพื่อให้มั่นใจว่าการส่งต่อทันเวลา
- ACC.4.3** การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายจะถูกจัดเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยในทั้งหมด.
- ACC.4.3.1** ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำในการติดตามในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้.
- ACC.4.3.2** ถ้าเนาสรูปเมื่อจำหน่ายได้รับการเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน. ⑤

ACC.4.4 บันทึกของผู้ป่วยนอกที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนหรือวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนประกอบไปด้วย ประวัติโดยย่อของการดูแลทางการแพทย์และพร้อมใช้สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพดูแลสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านั้น. (P)

ACC.4.5 โรงพยาบาลมีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่แจ้งให้บุคลากรของโรงพยาบาลทราบว่าจะออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษา

ACC.4.5.1 โรงพยาบาลมีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษาและไม่แจ้งให้บุคลากรของโรงพยาบาลทราบ

การโอนย้ายผู้ป่วย

ACC.5 ผู้ป่วยที่ได้รับการการโอนย้ายไปยังองค์กรอื่นขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วย,ความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง และศักยภาพขององค์กรที่รับย้ายสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกโอนย้ายได้.

ACC.5.1 โรงพยาบาลพัฒนากระบวนการโอนย้ายเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการโอนย้ายอย่างปลอดภัย

ACC.5.2 องค์กรที่ได้รับผู้ป่วยไว้จะได้รับเอกสารสรุปทางคลินิกของผู้ป่วยและการรักษาที่ทำไปจากโรงพยาบาลที่โอนย้าย.

ACC.5.3 กระบวนการโอนย้ายได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย. (P)

การเคลื่อนย้าย

ACC.6 โรงพยาบาลมีบริการการเคลื่อนย้ายสอดคล้องเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องและตอบสนองต่อความต้องการในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย. (P)

มาตรฐาน, เจตจำนง, และองค์ประกอบที่วัดได้

การตรวจคัดกรองเพื่อรับไว้ในโรงพยาบาล

มาตรฐาน ACC.1

ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ได้รับการบริการผู้ป่วยนอกได้รับการคัดกรองเพื่อระบุความต้องการในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับพันธกิจและทรัพยากรของโรงพยาบาล. (P)

เจตจำนงของ ACC.1

ความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับพันธกิจและทรัพยากรของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วยจากการคัดกรอง, โดยปกติจะทำ ณ จุดที่พบผู้ป่วย ครั้งแรก. การคัดกรองอาจทำได้โดยใช้เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย (triage criteria), การประเมินด้วย สายตา, การตรวจร่างกาย, หรือ ผลการตรวจร่างกาย, จิตใจ, ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, หรือ ผลการวินิจฉัยทางรังสีที่ได้ดำเนินการก่อนหน้านี้. การคัดกรองสามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิง, ในระหว่างการเคลื่อนย้ายกรณีฉุกเฉิน, หรือเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล. มันเป็นสิ่งสำคัญต่อการ ตัดสินใจในการรักษา, การโอนย้าย หรือการส่งต่อภายหลังจากการคัดกรองและประเมินแล้ว. เฉพาะผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมีความสามารถในการให้บริการทางคลินิกที่จำเป็นและสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลจะได้รับการพิจารณาไว้เป็นผู้ป่วยในหรือลงทะเบียนสำหรับการบริการผู้ป่วย นอก. การตรวจคัดกรองหรือตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยบางอย่างอาจจะได้รับการกำหนดไว้สำหรับ ผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้ในโรงพยาบาล, หรือ โรงพยาบาลอาจจะระบุการคัดกรองหรือการทดสอบเฉพาะ สำหรับประชากรผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม. ยกตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะท้องร่วงในระยะลุกลาม จะต้องได้รับการคัดกรองสำหรับ Clostridium difficile, หรือ ผู้ป่วยบางประเภทกำหนดให้มีการ คัดกรองสำหรับ methicillin-resistant Staphylococcus aureus, เช่น ผู้ป่วยที่มาจากสถานดูแล ระยะยาว (long term care). โรงพยาบาลจะมีการระบุการตรวจคัดกรองหรือการประเมินที่เฉพาะ เจาะจงก่อนที่จะรับไว้ในโรงพยาบาลหรือลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอก. เมื่อโรงพยาบาลไม่มีความสามารถในการให้บริการทางคลินิกที่จำเป็นต่อสถานะของผู้ป่วย, ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อ, โอนย้าย, หรือ ให้การช่วยเหลือในการจัดหาแหล่งบริการเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแล. (ดู AOP.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.1

- ☐ 1. ความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับพันธกิจและทรัพยากรของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับผลจากการคัดกรอง. (ดู GLD.3.1, ME 1)
- ☐ 2. ผู้ป่วยจะได้รับการรับไว้ดูแลหากโรงพยาบาลสามารถให้บริการที่จำเป็นและเหมาะสมในการบริการผู้ป่วยนอกหรือการดูแลผู้ป่วยใน
- ☐ 3. หากความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับพันธกิจและทรัพยากรของโรงพยาบาล, ทางโรงพยาบาลจะส่งต่อ, โอนย้าย, หรือให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดหาแหล่งบริการที่เหมาะสม ในการดูแล. (ดู ACC.5, ME 1)
- ☐ 4. มีกระบวนการในการตรวจทดสอบวินิจฉัยเพื่อให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบพิจารณาว่าผู้ป่วยจะได้รับการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน, ส่งต่อ หรือ โอนย้าย.

- ☐ 5.โรงพยาบาลจะมีการระบุการตรวจคัดกรองและการประเมินที่เฉพาะเจาะจงที่ต้องการก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือการลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอก
- ☐ 6.ผู้ป่วยจะยังไม่ได้รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน, ส่งต่อ, หรือ โอนย้าย ก่อนที่ผลการทดสอบที่จำเป็น สำหรับการตัดสินใจจะแล้วเสร็จ

มาตรฐาน ACC.1.1

ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน, เร่งด่วน, หรือ มีความต้องการในการดูแลทันทีที่จะได้รับการจัดลำดับความสำคัญในการประเมินและการรักษา.

เจตจำนงของ ACC.1.1

ทั้งในแผนกฉุกเฉิน หรือ ผู้ป่วยนอกที่มีความเร่งด่วน/มีความต้องการในการดูแล ทางคลินิกทันที, ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน, เร่งด่วน, หรือ มีความต้องการในการดูแลทันทีจะถูกระบุโดย กระบวนการ คัดกรอง, กระบวนการคัดกรอง รวมถึงการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคติดต่อ. เมื่อระบุว่า มีภาวะฉุกเฉิน, เร่งด่วน, หรือมีความต้องการในการดูแลทันที, ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการประเมิน และได้รับการดูแลที่จำเป็นอย่างรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่ถูกระบุว่ามาด้วยโรคติดต่อต้องได้รับการ แยกออก และ/หรือคัดแยกตามความจำเป็น. (ดู PCI.8, ME 2) ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมิน โดยแพทย์หรือ บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมก่อนผู้ป่วยอื่น ๆ, เพื่อที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วที่สุด เท่าที่เป็นไปได้, และเริ่มต้นการรักษาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย. กระบวนการคัดกรองอาจรวมถึงเกณฑ์ตามทางสรีรวิทยา, ที่เป็นไปได้และเหมาะสม. โรงพยาบาลจัดการอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบประเภทผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลทันทีและกระบวนการจัดลำดับ ความสำคัญ. เมื่อโรงพยาบาลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีสภาวะฉุกเฉิน และต้องส่งต่อผู้ป่วย ไปยังแหล่งบริการที่มีระดับของการดูแลที่สูงขึ้น, โรงพยาบาลที่ทำการโอนย้ายจะต้องให้การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ภายใต้ระดับความสามารถที่มีอยู่ก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและทำการบันทึก.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.1.1

- ☐ 1.โรงพยาบาลใช้กระบวนการคัดกรอง (triage) ที่ครอบคลุมการคัดกรองโรคติดต่อ, เพื่อที่จะจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลในทันที (ดู PCI.8.2, ME 2)
- ☐ 2.บุคลากรได้รับการอบรมการใช้เกณฑ์.
- ☐ 3.ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญขึ้นอยู่กับความเร่งด่วนของความต้องการของตน.
- ☐ 4.ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการประเมินและรักษาเพื่อให้มีอาการคงที่ภายใต้ระดับความสามารถที่มีอยู่ก่อนที่จะเคลื่อนย้าย. (ดู COP.1)
- ☐ 5.การรักษาเพื่อให้มีอาการคงที่ก่อนที่จะมีการเคลื่อนย้ายได้รับการบันทึกไว้โดยโรงพยาบาลที่โอนย้าย. (ดู MOI.10)

มาตรฐาน ACC.1.2

โรงพยาบาลพิจารณาจากความต้องการทางคลินิกของผู้ป่วยและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเมื่อมีความล่าช้าสำหรับบริการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา. (P)

เจตจำนงของ ACC.1.2

ผู้ป่วยจะได้รับแจ้งเมื่อมีความล่าช้าหรือรอคอยสำหรับบริการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา หรือเมื่อแผนการดูแลตามอาจจำเป็นต้องอยู่ในรายการรอคิว. ผู้ป่วยจะได้รับแจ้งให้ทราบถึงเหตุผลที่ เกี่ยวข้องสำหรับความล่าช้า และจะได้รับแจ้งทางเลือกอื่นที่มี.ข้อกำหนดนี้นำไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และ/หรือบริการตรวจวินิจฉัย; มันไม่ได้นำไปใช้กับการรอคอยเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือ ระยะเวลารอคอยปกติสำหรับการดูแลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน, เช่น เมื่อแพทย์มาช้ากว่ากำหนด หรือเมื่อแผนฉุกเฉินแออัด และห้องพักรักษาเต็ม. (ดู ACC.2.2.1) สำหรับบริการบางอย่าง, เช่น การวินิจฉัยมะเร็ง หรือ การปลูกถ่ายอวัยวะ, การล่าช้านี้ อาจมีความสัมพันธ์กับบรรทัดฐาน แห่งชาติสำหรับบริการเหล่านั้นและความล่าช้าจะทำให้เกิดความแตกต่างในการให้บริการ เช่น การวินิจฉัย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.1.2

- ☐ 1.ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจะได้รับแจ้งเมื่อจะมีความล่าช้าในการดูแล และ/หรือการรักษา.
- ☐ 2.ผู้ป่วยจะได้รับแจ้งให้ทราบถึงสาเหตุของการล่าช้าและให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกอื่นที่มีความสอดคล้องกับความต้องการทางคลินิก.
- ☐ 3.ข้อมูลจะถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน

การรับไว้ในโรงพยาบาล

มาตรฐาน ACC.2

โรงพยาบาลมีกระบวนการในการรับผู้ป่วยในและลงทะเบียนผู้ป่วยนอก. ⑥

เจตจำนงของ ACC.2

กระบวนการรับไว้เป็นผู้ป่วยในและการลงทะเบียนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกัน. (ดู ACC.2.2) บุคลากรมีความคุ้นเคยและปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน.

กระบวนการประกอบด้วย

- การลงทะเบียนสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกหรือรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน;
- การรับไว้โดยตรงจากแผนกฉุกเฉินไปยังผู้ป่วยใน; และ
- กระบวนการสำหรับผู้ป่วยที่รอการรับไว้ สำหรับสังเกตอาการ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.2

- ☐ 1.กระบวนการลงทะเบียนผู้ป่วยนอกที่เป็นมาตรฐาน
- ☐ 2.กระบวนการรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่เป็นมาตรฐาน
- ☐ 3.มีกระบวนการในการรับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินไปยังแผนกผู้ป่วยใน
- ☐ 4.มีกระบวนการสำหรับการผู้ป่วย ที่รอการรับไว้ สำหรับสังเกตอาการ.
- ☐ 5.บุคลากรมีความคุ้นเคยและปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในและการ ลงทะเบียนผู้ป่วยนอก.

มาตรฐาน ACC.2.1

ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการสำหรับบริการป้องกัน, การบำบัดบรรเทาอาการ, การรักษา ให้อย่างรวดเร็ว, และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการจัดลำดับความสำคัญขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วย ณ เวลาแรกรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล.

เจตจำนงของ ACC.2.1

เมื่อผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล, การประเมินคัดกรองจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพสามารถระบุและจัดลำดับความสำคัญสำหรับบริการป้องกัน, การบำบัดบรรเทาอาการ, การรักษา ให้อย่างรวดเร็ว, และการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความต้องการของผู้ป่วยและเลือกบริการหรือหน่วยงานที่เหมาะสมในการตอบสนองความจำเป็นเร่งด่วนหรือที่สำคัญมากที่สุดของผู้ป่วย .

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.2.1

- ☐ 1.การประเมินคัดกรองจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพระบุความต้องการของผู้ป่วย.
- ☐ 2.การเลือกบริการหรือหน่วยงานที่จะตอบสนองความต้องการขึ้นอยู่กับผลการประเมินคัดกรอง.
- ☐ 3.ความต้องการ ของผู้ป่วยสำหรับบริการป้องกัน, การบำบัดบรรเทาอาการ, การรักษา ให้อย่างรวดเร็ว, และการฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการจัดลำดับความสำคัญ.

มาตรฐาน ACC.2.2

การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสารสนเทศตั้งแต่แรกรับไว้เป็นผู้ป่วยใน, สารสนเทศครอบคลุมการดูแลที่จะเกิดขึ้นและประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแล, และผลลัพธ์ของ การดูแลที่คาดหวัง.

เจตจำนงของ ACC.2.2

ในระหว่างการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในการตัดสินใจ. (ดู ACC.2) สารสนเทศครอบคลุมการดูแลที่จะเกิดขึ้น, ผลลัพธ์ของ การดูแลที่คาดหวัง, และประมาณการค่าใช้จ่ายทุกอย่างที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือครอบครัวสำหรับ การดูแลเมื่อไม่ได้จ่ายโดยรัฐบาลหรือเอกชนอื่น. เมื่อมีข้อจำกัดทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย ของการดูแล, โรงพยาบาลแสวงหาวิธีการที่จะเอาชนะข้อจำกัดเหล่านั้น. ข้อมูลดังกล่าวสามารถ เป็นได้ทั้งในรูปแบบลายลักษณ์อักษรหรือวาจา, บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย. ความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วย.การให้ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อแรกรับไว้เป็นผู้ป่วยใน เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการให้บริการเป็นองค์ประกอบสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.2.2

- ☐ 1.เมื่อรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสารสนเทศตั้งแต่แรกรับเป็นผู้ป่วยใน (ดู COP.3.1, ME 4)
- ☐ 2.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสารสนเทศครอบคลุมการดูแลที่จะเกิดขึ้น (ดู PFR.2, ME 2)
- ☐ 3.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสารสนเทศครอบคลุมผลลัพธ์ของการดูแลที่คาดหวัง (ดู PFR.2, ME 3)
- ☐ 4.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ สารสนเทศครอบคลุมการประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแล

มาตรฐาน ACC.2.2.1

โรงพยาบาลพัฒนากระบวนการในการจัดการกระบวนการไหลเวียนของผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาล. (P)

เจตจำนงของ ACC.2.2.1

การจัดการกระบวนการไหลเวียนของผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันความหนาแน่นและ การรอคอยเตียงในแผนกฉุกเฉิน (ED) และการรอเตียงผู้ป่วยใน ณ.สถานที่อื่นชั่วคราวใน โรงพยาบาล. ผู้ป่วยที่ต้องรอเตียงและความหนาแน่นในแผนกฉุกเฉิน (ED) มีผลต่อความทันเวลา ในการดูแลและส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในที่สุด. การบริหารจัดการระบบที่มีประสิทธิภาพ ของกระบวนการไหลเวียนของผู้ป่วย (เช่น การรับไว้เป็น ผู้ป่วยใน, การประเมินและการรักษา, การโอนย้ายผู้ป่วย, การเปลี่ยนเวร, และการจำหน่าย) สามารถลดความล่าช้า ในการส่งมอบการดูแล.

องค์ประกอบของกระบวนการไหลเวียนของผู้ป่วยระบุตามหัวข้อดังต่อไปนี้ :

- a) การจัดให้มีเตียงผู้ป่วยในที่พร้อมใช้
- b) แผนด้านสถานที่สำหรับจัดสรรพื้นที่, สาธารณูปโภค, อุปกรณ์, เทคโนโลยีทางการแพทย์และวัสดุภัณฑ์ที่สนับสนุนสถานที่ดูแลผู้ป่วยชั่วคราว
- c) แผนอัตรากำลังเพื่อสนับสนุนสถานที่ดูแลผู้ป่วยชั่วคราวและ/หรือการกักกันนอนในแผนกฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น
- d) การไหลเวียนของผู้ป่วยในพื้นที่ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแล, รักษาและบริการ (เช่น หน่วยงานผู้ป่วยใน, ห้องปฏิบัติการ, ห้องผ่าตัด, แผนกดูแลทางไกล, รังสีวิทยา และหน่วยดูแลหลังให้การระงับความรู้สึก)
- e) ประสิทธิภาพของบริการที่มีใช้ทางคลินิกซึ่งสนับสนุนการดูแลและการรักษาผู้ป่วย (เช่น แผนกแม่บ้านและแผนกเคลื่อนย้าย)
- f) การจัดให้มีการดูแลในระดับเดียวกันเมื่อจัดให้ผู้ป่วยรับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน (ดู COP.1ME 1)
- g) การเข้าถึงบริการสนับสนุน (เช่น สังคมสงเคราะห์, การสนับสนุนด้านศาสนาและจิตวิญญาณ, และ อื่น ๆ)

การติดตามและการปรับปรุงกระบวนการเหล่านี้เป็นกลยุทธ์ที่มีประโยชน์ในการลดปัญหาการไหลเวียนผู้ป่วย. บุคลากรจากหน่วยงานและสาขาที่แตกต่างกันทั่วทั้งโรงพยาบาล – แผนกผู้ป่วยใน, แผนกฉุกเฉิน, บุคลากรทางการแพทย์, พยาบาล, บริหาร, การบริการด้านสิ่งแวดล้อม, การบริหาร ความเสี่ยง – สามารถเห็นความสำคัญในการทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหาในการไหลเวียนผู้ป่วย. มาตรการและเป้าหมายช่วยในการระบุผลกระทบระหว่างหน่วยงาน, มีการจัดการวงจรรอบและ แนวโน้มช่วงเวลา, และมีความรับผิดชอบสนับสนุนจากทุกระดับขององค์กร. การรอคอยใน ED จะต้องถูกนำมาใช้เพียงชั่วคราวเพื่อแก้ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล. แผนของโรงพยาบาลจะต้องระบุรอบเวลาที่ผู้ป่วยซึ่งกักกันนอนอยู่ในแผนกฉุกเฉินจะได้รับการ โอนย้ายไปยังพื้นที่ผู้ป่วยในมาตรฐานหรือสถานที่ชั่วคราว. ความคาดหวังนี้เจตนาที่จะให้แนวทาง โรงพยาบาลในการจัดให้มีสถานที่ที่ปลอดภัย, การปฐมพยาบาลและการฝึกอบรมบุคลากร, และการ ประเมิน, การประเมินซ้ำ, รวมถึงการดูแลผู้ป่วย (ภายใต้ศักยภาพ) ที่จะต้องรอเตียงผู้ป่วยใน. (ดู ACC.1.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.2.2.1

- ☐ 1.โรงพยาบาลพัฒนาและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการที่สนับสนุนการไหลเวียนผู้ป่วยทั่วทั้ง โรงพยาบาลครอบคลุมอย่างน้อย a) ถึง g) ในเจตจำนง. (ดู GLD.3.1, ME 1)
- ☐ 2.โรงพยาบาลมีแผนในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรอเตียงผู้ป่วยใน ED และพื้นที่ชั่วคราวอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
- ☐ 3.โรงพยาบาลดำเนินการระบบการจำกัดระยะเวลาของผู้ป่วยที่รอเตียงผู้ป่วยใน.

- ❑ 4.บุคคลที่รับผิดชอบในการกระบวนกรไหลเวียนผู้ป่วยทบทวนประสิทธิภาพของกระบวนการ และดำเนินการปรับปรุง

มาตรฐาน ACC.2.3

มีการกำหนดเกณฑ์การรับเข้าสำหรับแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทาง. (P)

มาตรฐาน ACC.2.3.1

มีการกำหนดเกณฑ์การจำหน่ายออกสำหรับแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทาง. (P)

เจตจำนงของ ACC.2.3 และ ACC.2.3.1

แผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทาง. (เช่น, หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด, หน่วยดูแลผู้ป่วยแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก, หรือ หน่วยดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ) มักมีค่าใช้จ่าย และมีข้อจำกัดในพื้นที่และบุคลากร, โรงพยาบาลจึงอาจมีการจำกัดการรับเข้าไว้ในแผนกหรือ หอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทางเหล่านี้ (ตัวอย่างเช่น, การเข้าไว้ในแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤต จะถูกจำกัดให้เฉพาะผู้ป่วยที่มีการประเมินว่าสถานะทางคลินิกดีขึ้นได้และไม่ได้รับอนุญาตสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระบุว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย).

ในกรณีดังกล่าว,โรงพยาบาลจะต้องกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้ดูแลในแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทางเหล่านี้โดยใช้พารามิเตอร์ และการวินิจฉัย รวมทั้งเกณฑ์ทางสรีรวิทยาเมื่อเป็นไปได้. สำหรับโรงพยาบาลที่มีบริการจิตเวช, การรับไว้ในแผนก/หอผู้ป่วยจิตเวชอาจรวมถึงเกณฑ์ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรืออาจไม่รวมเกณฑ์ทางสรีรวิทยา. บุคลากรจากแผนกฉุกเฉิน, หอผู้ป่วยวิกฤต, หรือบริการเฉพาะทางมีส่วนร่วม ในการจัดทำเกณฑ์. มีการระบุเกณฑ์ที่ใช้ในการรับเข้าโดยตรงไปยังแผนก/หอผู้ป่วย; ตัวอย่างเช่น, รับจากแผนกฉุกเฉินโดยตรง, เกณฑ์ที่ใช้ในการรับเข้าแผนก/หอผู้ป่วยสามารถใช้ได้ทั้งการรับย้ายจากหน่วยงานภายใน โรงพยาบาลหรือรับจากนอกโรงพยาบาล (เช่น เมื่อผู้ป่วยถูกโอนย้ายมาจากโรงพยาบาลอื่น).

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทางต้องมีการประเมินซ้ำและ ประเมินอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีสถานะเปลี่ยนแปลง. กรณีดังกล่าวในการดูแลที่เฉพาะอาจไม่จำเป็น. ตัวอย่างเช่น, เมื่อสถานะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยคงที่และมีการติดตามอย่างใกล้ชิด และการรักษา ต่อเนื่องจะไม่จำเป็นอีกต่อไป, หรือเมื่อสถานะของผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปจากจุดที่ต้องการการดูแล เป็นพิเศษและต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง, ผู้ป่วยอาจจะถูกจำหน่ายออกจากแผนกหรือหอผู้ป่วย วิกฤตและบริการเฉพาะ หรือย้ายไปยังพื้นที่ที่มีระดับการดูแลต่ำกว่า (เช่น อายุรกรรม/ศัลยกรรม บ้านพัก, หรือ แผนก/หอผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง). เกณฑ์ที่ใช้สำหรับการโอนย้ายจากแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทางไปยังพื้นที่ที่มีระดับการดูแลต่ำกว่าควรจะเป็นเกณฑ์ที่จะใช้สำหรับการรับเข้าไว้รักษาของการดูแลระดับถัดไป. ตัวอย่าง เช่น, เมื่อสถานะของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปโดยการรักษาที่เข้มข้นถือว่าไม่เป็นประโยชน์, ผู้ป่วยจะถูก รับไว้ที่บ้านพัก หรือ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดสำหรับการ รับไว้ของบริการเหล่านั้น.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.2.3

- ❑ 1.โรงพยาบาลมีการกำหนดเกณฑ์การรับเข้า และ/หรือ โอนย้ายสำหรับแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤต และ บริการเฉพาะทางเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย(ดู ACC.3, ME ที่ 4 และ GLD.10, ME 2)

- ☐ 2.เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยโดยใช้พารามิเตอร์ และการวินิจฉัย รวมทั้งเกณฑ์ทางสรีรวิทยาเมื่อเป็นไปได้.
- ☐ 3.บุคลากรจากแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤต และบริการเฉพาะทางมีส่วนร่วมในการจัดทำเกณฑ์.
- ☐ 4.บุคลากรได้รับการอบรมในการใช้เกณฑ์.
- ☐ 5.เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทางนั้น มีหลักฐานว่าตรงตามเกณฑ์สำหรับการให้บริการ. (ดู ACC.3, ME 5)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.2.3.1

- ☐ 1.โรงพยาบาลมีการกำหนดเกณฑ์จำหน่าย และ/หรือโอนย้ายสำหรับแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤต และบริการเฉพาะทาง ไปยังระดับการดูแลที่แตกต่างกัน (ดู ACC.3, ME ที่ 4 และ GLD.10, ME 2)
- ☐ 2.เกณฑ์ที่ใช้ในการจำหน่าย หรือ โอนย้ายควรรวมถึงเกณฑ์ที่จะใช้สำหรับการรับเข้าไว้รักษาของการดูแลระดับถัดไป.
- ☐ 3.บุคลากรจากแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทางมีส่วนร่วมในการจัดทำเกณฑ์.
- ☐ 4.บุคลากรได้รับการอบรมในการใช้เกณฑ์.
- ☐ 5.เวชระเบียนของผู้ป่วยที่จำหน่าย หรือ โอนย้ายออกจากแผนกหรือหอผู้ป่วยวิกฤตและบริการเฉพาะทางนั้น มีหลักฐานว่าตรงตามเกณฑ์สำหรับการให้บริการ. (ดู ACC.3, ME 5)

ความต่อเนื่องของการดูแล

มาตรฐาน ACC.3

โรงพยาบาลต้องออกแบบและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพ. ⑥

เจตจำนงของ ACC.3

ผู้ป่วยนั้นมีการเคลื่อนย้ายทั่วทั้งโรงพยาบาลตั้งแต่รับไว้เป็นผู้ป่วยในจนกระทั่งจำหน่าย หรือ โอนย้าย, แผนกและบริการที่หลากหลายและผู้ให้การดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอาจจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล. ตลอดทุกขั้นตอนของการดูแล, ความต้องการของผู้ป่วยต้องตรงกับทรัพยากรที่มี และ, ที่จำเป็นทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล. การดูแลที่ต่อเนื่องจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ให้การดูแลสุขภาพมีข้อมูลความ ต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยในปัจจุบันและที่ผ่านมา เพื่อช่วยในการตัดสินใจ, และ, เมื่อมีการตัดสินใจ ที่หลากหลายในการดูแล, การตัดสินใจเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับ การดูแลและบริการที่จัดให้.

เวชระเบียนผู้ป่วยเป็นแหล่งสารสนเทศหลักที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลและความก้าวหน้าของผู้ป่วย และจึงเป็นเครื่องมือสื่อสารที่สำคัญ. สำหรับสารสนเทศนี้จะเป็นประโยชน์และสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย, ต้องมีพร้อมใช้ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยนอก, และในเวลาอื่น ๆ ตามความจำเป็นและเก็บไว้เป็นปัจจุบัน. แพทย์, พยาบาลและผู้ให้การดูแลอื่น ๆ บันทึกการดูแล ผู้ป่วยที่มีต้องการทั้งหมดสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ดู IPSG.6; IPSG.6.1; AOP.2; COP.2 และ MOI.11.1.1)

การดูแลผู้ป่วยที่ไร้รอยต่อ, โรงพยาบาลต้องออกแบบและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการในการดูแลอย่างต่อเนื่องและการประสานความร่วมมือในการดูแลระหว่างแพทย์, พยาบาล, และผู้ประกอบวิชาชีพดูแลสุขภาพอื่น ๆ ใน

- a) การบริการฉุกเฉินและการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน;
- b) การบริการตรวจวินิจฉัยและการบริการให้การรักษา
- c) การบริการศัลยกรรมและการบริการให้การรักษาที่ไม่ใช่ศัลยกรรม;
- d) แผนงานการดูแลผู้ป่วยนอก; และ
- e) องค์การอื่น ๆ และสิ่งแวดล้อมในการดูแลรูปแบบอื่น ๆ

ผู้นำของหน่วยงานและบริการร่วมกันออกแบบและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการของการประสานงาน และความต่อเนื่องในการดูแลกระบวนการเหล่านี้ อาจได้รับการสนับสนุนโดยการใช้เครื่องมือ เช่น แนวทาง, แผนการดูแล, แบบฟอร์มการส่งต่อ, รายการตรวจสอบ, หรือ เครื่องมืออื่น ๆ. โรงพยาบาลระบุบุคคลที่รับผิดชอบในการประสานงานการให้บริการ. บุคคลเหล่านี้ อาจประสานงาน การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด (ตัวอย่างเช่น, ระหว่างหน่วยงาน) หรืออาจจะเป็นผู้รับผิดชอบในการ ประสานงานการดูแลของผู้ป่วยแต่ละราย (ตัวอย่างเช่น, case manager). การประสานงาน ความต่อเนื่องในการดูแลนี้ คือ ความสำเร็จที่ดีที่สุดโดยใช้เกณฑ์หรือนโยบายที่กำหนด ความเหมาะสมของการโอนย้ายภายในโรงพยาบาล (ดู IPSG.2.2; COP.8.3; COP.9.3, ME 2; ASC.7.2 และ MOI.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.3

- ☐ 1. ผู้นำของหน่วยงานและบริการออกแบบและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลและการประสานความร่วมมือ ครอบคลุมอย่างน้อย a) ถึง e) ที่ระบุไว้ในเจตจำนง (ดู ACC.4.4; GLD.9 และ GLD.10, ME 2)
- ☐ 2. เวชระเบียนผู้ป่วยสามารถมีข้อมูลพร้อมใช้แก่ผู้ให้การดูแลสุขภาพที่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงและจำเป็นต้องใช้สำหรับการดูแลผู้ป่วย (ดู AOP.1.1; ASC.7.2, ME 3; MMU.4, ME 4 และ MMU.5.1, ME 5)
- ☐ 3. เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้มั่นใจว่าได้มีการสื่อสารข้อมูลล่าสุด (ดู COP.2.3, ME 3; ASC.7.2, ME 3; MMU.4, ME 4; MMU.5.1, ME 5)
- ☐ 4. ความต่อเนื่องในการดูแลและการประสานความร่วมมือได้รับการสนับสนุนโดยการใช้เครื่องมือ, เช่น แผนการดูแล, แนวทาง, หรือเครื่องมืออื่น ๆ (ดู ACC.2.3, ME 1; ACC.2.3.1, ME 1 ACC.3 และ ASC.7.2, ME 1)
- ☐ 5. ความต่อเนื่องในการดูแลและการประสานความร่วมมือมีความชัดเจนตลอดทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย (ดู ACC.2.3, ME 5 และ ACC.2.3.1, ME 5)

มาตรฐาน ACC.3.1

ในระหว่างทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยใน, ต้องมีการระบุบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย. ⑥

เจตจำนงของ ACC.3.1

เพื่อรักษาความต่อเนื่องในการดูแลของผู้ป่วยตลอดการอยู่ในโรงพยาบาล, ต้องมีการระบุบุคคลที่หน้าที่รับผิดชอบโดยรวมในการประสานความร่วมมือและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน. บุคคลนี้อาจจะเป็นแพทย์หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. บุคคลที่รับผิดชอบดังกล่าวต้องถูกระบุไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย. ต้องมี

บุคคลหนึ่งทำหน้าที่ในการกำกับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในช่วงพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมดจนอาการดีขึ้น, ประสานความร่วมมือ, ความพึงพอใจ, คุณภาพ, และแนวโน้มของผลการรักษาและเป็นที่ไว้วางใจสำหรับผู้ป่วยที่ซับซ้อนและผู้ป่วยอื่น ๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด. บุคคลนี้จะต้องมีการประสานความร่วมมือและการสื่อสารกับผู้ให้การ ดูแลสุขภาพอื่น ๆ. นอกจากนี้นโยบายของโรงพยาบาลต้องระบุกระบวนการสำหรับการถ่ายโอนความรับผิดชอบจากบุคคลที่รับผิดชอบไปยังบุคคลอื่นในช่วงวันหยุดพักผ่อน, วันหยุด, และช่วง เวลาอื่น. นโยบาย กำหนดให้บุคคลที่มีความรับผิดชอบ ได้แก่ แพทย์ที่ปรึกษา, แพทย์เวร, แพทย์ที่ ทำแทนชั่วคราว, หรือ อื่น ๆ ซึ่งทำหน้าที่แทน และ วิธีการที่บุคคลดังกล่าวจะรับมือหน้าที่ และบันทึกการ มีส่วนร่วม/ความครอบคลุมของตน.

เมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากขั้นตอนหนึ่งไปยังการดูแลอื่น (เช่น, จากการผ่าตัดไปฟื้นฟูสมรรถภาพ) บุคคลที่ รับผิดชอบในการดูแลของผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลง, หรือบุคคลคนเดียวกันอาจจะยังคงดูแลผู้ป่วยการตลอดทั้ง กระบวนการ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.3.1

- ☐ 1. บุคคลที่รับผิดชอบในการประสานความร่วมมือของการดูแลผู้ป่วยได้รับการระบุไว้ในเวชระเบียนของ ผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลในระหว่างทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยใน
- ☐ 2. บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย.
- ☐ 3. มีกระบวนการสำหรับการถ่ายโอนความรับผิดชอบในการประสานความร่วมมือของการดูแลจากบุคคลที่ รับผิดชอบไปยังบุคคลอื่น.
- ☐ 4. กระบวนการในการระบุวิธีการที่บุคคลดังกล่าวจะรับมือหน้าที่และบันทึกการมีส่วนร่วม/ความ ครอบคลุมของตน.

มาตรฐาน ACC.3.2

สารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายไปพร้อมกับผู้ป่วย.

เจตจำนงของ ACC.3.2

ผู้ป่วยอาจมีการโอนภายในโรงพยาบาลจากการให้บริการหนึ่งหรือห่อผู้ป่วยไปยังการบริการหรือห่อผู้ป่วยอื่นที่ แตกต่างกันในช่วงระหว่างการดูแลและการรักษา. เมื่อทีมดูแลมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นผลมาจากการโอนย้าย, ความ ต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยต้องมีสารสนเทศที่จำเป็นซึ่งเกี่ยวข้องกับการโอนย้ายผู้ป่วย. เพื่อให้ยาและการรักษาอื่น ๆ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง, และสามารถติดตามสถานะของผู้ป่วยได้. เพื่อให้มั่นใจว่าทีมจะได้รับ สารสนเทศที่ต้องการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย, เวชระเบียนหรือสารสนเทศที่มีการสรุปจากเวชระเบียนผู้ป่วยจะถูก โอนย้ายไปให้กับทีมที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยต่อ. สรุปสารสนเทศดังกล่าวครอบคลุม เหตุผลในการรับไว้ในโรงพยาบาล, การตรวจพบที่มีนัยสำคัญ, การวินิจฉัยทุกชนิดที่กระทำไป, หัตถการทุกชนิดที่ได้กระทำไป, ยาและการรักษาอื่น ๆ ทุก ชนิด, และสถานะของผู้ป่วย ณ ขณะโอนย้าย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.3.2

- ☐ 1. เวชระเบียนของผู้ป่วยหรือสรุปสารสนเทศในการดูแลผู้ป่วยต้องถูกโอนย้ายไปพร้อมกับผู้ป่วยไปยัง บริการอื่นหรือหน่วยงานในโรงพยาบาล.
- ☐ 2. สรุปสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมเหตุผลในการรับไว้ในโรงพยาบาล.
- ☐ 3. สรุปสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการตรวจพบที่มีนัยสำคัญ.

- ☐ 4.สรุปสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการวินิจฉัยทุกชนิดที่กระทำไป.
- ☐ 5.สรุปสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม หัตถการทุกชนิดที่ได้กระทำไป, ยาและการรักษาอื่น ๆ ทุกชนิด.
- ☐ 6.สรุปสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมสภาวะของผู้ป่วย ณ ขณะโอนย้าย.

การจำหน่าย, ส่งต่อ, และการนัดตรวจติดตาม

มาตรฐาน ACC.4

มีกระบวนการในการส่งต่อ หรือ จำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นไปตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลต่อเนื่องหรือบริการที่จำเป็น. (P)

เจตจำนงของ ACC.4

การส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วยไปยังผู้ให้การดูแลสุขภาพนอกโรงพยาบาล, สถานการดูแลอื่น, บ้าน, หรือครอบครัวจะขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความจำเป็นในการดูแลต่อเนื่องหรือบริการ. แพทย์หรือบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลของผู้ป่วยจะต้องประเมินความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วย

ขึ้นอยู่กับนโยบายและหลักเกณฑ์หรือข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อและจำหน่ายที่จัดทำขึ้นโดยโรงพยาบาล. เกณฑ์นี้จะถูกนำมาใช้เพื่อระบุว่าเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการจำหน่าย. ความต้องการในการดูแลต่อเนื่องอาจหมายถึงการส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ, นักฟื้นฟูสมรรถภาพ, หรือแม้กระทั่งการประสานงานความต้องการด้านการป้องกันสุขภาพที่บ้านโดยครอบครัว. องค์กรต้องมีกระบวนการที่มั่นใจได้ว่าความต้องการในการดูแลต่อเนื่องจะได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมโดยผู้ให้การดูแลสุขภาพหรือองค์กรภายนอก. กระบวนการรวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งการดูแลนอกตามภูมิ ภาคเมื่อมีความต้องการ. โรงพยาบาลต้องวางแผนสำหรับความต้องการในการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ แรกเริ่มเท่าที่เป็นไปได้. ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายตามความเหมาะสมและความต้องการของผู้ป่วย. มีกระบวนการเมื่อผู้ป่วยขออนุญาตออกจากโรงพยาบาลเป็นการชั่วคราวในระยะเวลาหนึ่ง (เช่น ในช่วงสุดสัปดาห์ "ผ่าน").

กระบวนการส่งต่อ และ/หรือ จำหน่ายผู้ป่วย รวมถึง การทำความเข้าใจความต้องการในการเคลื่อนย้าย เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเคลื่อนย้ายไปยังบ้านหรือสถานการดูแลอื่นอย่างปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินความต้องการในการเคลื่อนย้ายที่จำเป็นของผู้ป่วย. ตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยที่มาจากสถานดูแลระยะยาว หรือ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ต้องมารับการบริการผู้ป่วยนอก หรือ การประเมินมาถึงแผนกฉุกเฉินโดยรถพยาบาล หรือ ยานพาหนะทางการแพทย์อื่น ๆ. เมื่อเสร็จสิ้น การรับบริการผู้ป่วยอาจต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายกลับบ้านหรือสถานดูแลอื่น. ในสถานการณ์อื่น ๆ, ผู้ป่วยอาจขับรถมายังโรงพยาบาลด้วยตนเองและได้รับการทำหัตถการที่อาจทำให้สูญเสียความสามารถในการขับรถกลับบ้านด้วยตนเอง (เช่น การผ่าตัดตา, การทำหัตถการที่ได้รับ การระงับประสาท,และหัตถการอื่น ๆ). การประเมินความต้องการในการเคลื่อนย้ายและสร้างความมั่นใจ ในการเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาล. ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้าย อาจใช้หรือไม่ใช้ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับนโยบายของโรงพยาบาลและกฎหมายและข้อบังคับของภูมิภาค. ประเภทของการ เคลื่อนย้ายจะแตกต่างกันอาจเป็นโดยรถพยาบาลหรือยานพาหนะอื่น ๆที่เป็นเจ้าของโดยโรงพยาบาล หรือบริษัทคู่สัญญาของโรงพยาบาล; หรือการ

เคลื่อนย้ายอาจจะถูกจัดหาโดยครอบครัวจากแหล่งภายนอก หรือ โดยครอบครัวและ/หรือเพื่อนโดยตรง. (ดู ACC.6) โรงพยาบาลต้องมั่นใจว่าการเคลื่อนย้าย เหล่านี้มีความเหมาะสมกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4

- ☐ 1.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและ/หรือจำหน่ายขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพและความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง
- ☐ 2.การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการจำหน่ายจะถูกกำหนดโดยใช้หลักเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ☐ 3.มีการวางแผนสำหรับการส่งต่อ และ/หรือจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ. (ดู AOP.1.8, ME 1)
- ☐ 4.มีกระบวนการเมื่อผู้ป่วยขออนุญาตออกจากโรงพยาบาลเป็นการชั่วคราวในระยะเวลาหนึ่ง
- ☐ 5.กระบวนการส่งต่อ และ/หรือ จำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงการประเมินความต้องการในการเคลื่อนย้ายสำหรับผู้ป่วยที่อาจต้องการความช่วยเหลือ
- ☐ 6.การเคลื่อนย้ายที่จัดให้มีความเหมาะสมกับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย. (ดู ACC.5.1, ME 1)

มาตรฐาน ACC.4.1

การให้ความรู้และการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสัมพันธ์กับความต้องการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย.

เจตจำนงของ ACC.4.1

โรงพยาบาลมีการให้ความรู้ในประเด็นที่มีความเสี่ยงสูงแก่ผู้ป่วย.การให้ความรู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถมีการปฏิบัติกิจวัตรได้ตามเดิมที่เคยทำก่อนหน้านี้และดูแลสุขภาพได้. (ดู IPSG.2.2; ACC.4.5, ME 3 และ PFE.1, ME 1)

โรงพยาบาลมีกระบวนการและทรัพยากรที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยมีหัวข้ออย่างน้อยต่อไปนี้:

- การใช้ยาทุกตัวที่ผู้ป่วยได้รับอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ไม่เฉพาะยาที่ได้รับเมื่อจำหน่าย) ครอบคลุมโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา
- การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
- โอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่สั่งให้ผู้ป่วยกับยาอื่น ๆ (ครอบคลุมยาปรุงสำเร็จที่สามารถซื้อได้เองจากร้านขายยา) และ อาหาร
- อาหารและโภชนาการ
- การจัดการความเจ็บปวด
- เทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.1

- ☐ 1.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทุกตัวที่ผู้ป่วยได้รับอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา, โอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาที่สั่งให้ผู้ป่วยกับยาอื่น ๆ และ อาหาร
- ☐ 2.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
- ☐ 3.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ

- ☐ 4.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด
- ☐ 5.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพ

มาตรฐาน ACC.4.2

โรงพยาบาลให้ความร่วมมือกับผู้ที่ให้การดูแลสุขภาพและหน่วยงานภายนอกเพื่อให้มั่นใจว่าการส่งต่อทันเวลา

เจตจำนงของ ACC.4.2

การส่งต่อที่ทันเวลาไปยังผู้ดูแลสุขภาพ, องค์กร, หรือ หน่วยงานที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องได้รับการวางแผน. โรงพยาบาลต้องสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้การดูแลสุขภาพในชุมชนเพื่อที่จะเข้าใจประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและการบริการที่จัดให้ และมีการสร้างความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางการ หรือ ไม่เป็นทางการกับผู้ให้การดูแลสุขภาพเหล่านั้น. เมื่อผู้ป่วยมาจากชุมชนที่แตกต่างกัน, โรงพยาบาลต้องพยายามส่งต่อผู้ป่วยไปยังบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือหน่วยงานในชุมชนที่บ้านของผู้ป่วย

นอกจากนี้, ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใช้บริการสนับสนุนและบริการทางการแพทย์เมื่อจำหน่าย. ตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยอาจมีความต้องการทางสังคม, ทางโภชนาการ, ทางการเงิน, ทางจิตใจ, หรือ การสนับสนุนอื่น ๆ เมื่อจำหน่าย. ความพร้อมและบริการที่จัดให้จริงของบริการสนับสนุนเหล่านี้ อาจจะมีระดับใหญ่, ขึ้นอยู่กับความต้องการความต้องการต่อเนื่องสำหรับบริการทางการแพทย์. กระบวนการวางแผนจำหน่าย รวมถึงประเภทของความต้องการในการบริการสนับสนุนที่จำเป็น และความพร้อมในการให้บริการดังกล่าว.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.2

- ☐ 1.กระบวนการวางแผนจำหน่าย รวมถึงประเภทของความต้องการในการบริการสนับสนุนที่จำเป็นและความต่อเนื่องสำหรับบริการทางการแพทย์.
- ☐ 2.การส่งต่อผู้ป่วยไปยังภายนอก โรงพยาบาลควรระบุบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือหน่วยงานในชุมชนที่บ้านของผู้ป่วยเท่าที่เป็นไปได้
- ☐ 3.การส่งต่อจะมีกระบวนการสำหรับการบริการสนับสนุน.

มาตรฐาน ACC.4.3

การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายจะถูกจัดเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยในทั้งหมด.

เจตจำนงของ ACC.4.3

การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายเป็นการสรุปภาพรวมของผู้ป่วยระหว่างที่เข้ารับการรักษภายในโรงพยาบาล. (ดู MOI.4, ME 5) ข้อมูลสรุปสามารถนำมาใช้โดยผู้ดูแลสุขภาพที่รับผิดชอบในการนัดติดตามเพื่อดูแล. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายรวมถึงต่อไปนี้:

- เหตุผลในการรับไว้ในโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค และความผิดปกติที่พบร่วม
- การตรวจร่างกายและการตรวจพบอื่น ๆ ที่มีนัยสำคัญ
- หัตถการเพื่อการวินิจฉัยโรคและเพื่อการรักษาที่ได้กระทำไป
- ยาที่ให้ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลกับโอกาสเกิดผลตกค้างภายหลังจากหยุดให้ยาและยาทั้งหมดที่ต้องได้รับเมื่ออยู่บ้าน

- สภาวะ/สถานภาพของผู้ป่วย ณ เวลาจำหน่าย (ตัวอย่าง ครอบคลุม “สภาวะดีขึ้น,” “สภาวะไม่เปลี่ยนแปลง,” และอื่น ๆ)
- คำแนะนำในการนัดติดตาม

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.3

- ☐ 1. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายประกอบด้วยเหตุผลในการรับไว้ในโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค และความผิดปกติที่พบร่วม
- ☐ 2. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายประกอบด้วย การตรวจร่างกายและการตรวจพบอื่น ๆ ที่มีนัยสำคัญ
- ☐ 3. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายประกอบด้วย เหตุการณ์เพื่อการวินิจฉัยโรคและเพื่อการรักษาที่ได้กระทำไป
- ☐ 4. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายประกอบด้วย ยาที่ให้ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลและยาทั้งหมดที่ต้องได้รับเมื่ออยู่บ้าน
- ☐ 5. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายประกอบด้วย สภาวะ/สถานภาพของผู้ป่วย ณ เวลาจำหน่าย
- ☐ 6. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายประกอบด้วย คำแนะนำในการติดตาม

มาตรฐาน ACC.4.3.1

ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำในการติดตามในรูปแบบและภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้.

เจตจำนงของ ACC.4.3.1

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งต่อหรือโอนย้ายไปยังผู้ให้การดูแลสุขภาพอื่น, คำแนะนำที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานที่และวิธีการในการดูแลอย่างต่อเนื่องมีความจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์ของการดูแลที่ดี. คำแนะนำประกอบด้วย ชื่อและสถานที่ตั้งสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง, การกลับมารับการตรวจ ติดตามอาการที่โรงพยาบาลและอาการที่ควรต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน. ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเมื่อสภาวะหรือความสามารถของผู้ป่วยมีข้อจำกัดในความเข้าใจต่อคำแนะนำ ในการนัดติดตาม. ครอบครัวต้องมีบทบาทในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง. โรงพยาบาลให้ คำแนะนำในการนัดติดตามตามความเหมาะสมแก่ผู้ป่วย, ในลักษณะที่เรียบง่าย, เข้าใจง่าย. คำแนะนำในการนัดตรวจติดตามเป็นภาษาของผู้ป่วยเข้าใจได้. คำแนะนำควรระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรืออยู่ในรูปแบบที่เข้าใจได้มากที่สุดเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถที่จะเข้าใจคำแนะนำที่เขียนไว้ได้.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.3.1

- ☐ 1. คำแนะนำในการนัดติดตามอยู่ในภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ (ดู MOI.4, ME 5)
- ☐ 2. คำแนะนำในการนัดติดตามอาจเป็นลายลักษณ์อักษร, โดยวาจา, และ/หรือในรูปแบบที่ผู้ป่วยเข้าใจได้
- ☐ 3. คำแนะนำครอบคลุมการกลับไปทุกครั้งเพื่อรับการติดตามการดูแล.
- ☐ 4. คำแนะนำครอบคลุมถึงเมื่อจะได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน

มาตรฐาน ACC.4.3.2

ถ้าเนาสรุบเมื่อจำหน่ายได้รับการเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยใน. ⑨

เจตจำนงของ ACC.4.3.2

การสรุปข้อมูลของการดูแลของผู้ป่วยจะถูกจัดเตรียมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้สรุปข้อมูลเมื่อจำหน่าย, เช่น แพทย์เจ้าของไข้, แพทย์ประจำบ้าน, หรือเสมียน.

สำเนาของสรุปเมื่อจำหน่ายฉบับหนึ่งถูกมอบให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือนัดติดตามการดูแล. สำเนาฉบับหนึ่งถูกมอบให้แก่ผู้ป่วยเมื่อมีข้อบ่งชี้โดยโรงพยาบาลหรือธรรมเนียมปฏิบัติตามกฎหมายและวัฒนธรรม. ในกรณีที่ไม่ทราบรายละเอียดของการนัดติดตามการดูแลของผู้ป่วย, เช่น กับผู้ป่วยที่มาจากต่างภูมิภาคหรือต่างประเทศ, มีการให้สำเนาสรุป เมื่อจำหน่ายแก่ผู้ป่วย. สำเนาสรุปเมื่อจำหน่ายดังกล่าวได้รับการเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.3.2

- ☐ 1. การสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายสรุปถูกจัดเตรียมโดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. (ดู MOI.4, ME 5)
- ☐ 2. สำเนาของสรุปเมื่อจำหน่ายฉบับหนึ่งถูกมอบให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหรือนัดติดตามการดูแล.
- ☐ 3. สำเนาฉบับหนึ่งถูกมอบให้แก่ผู้ป่วยในกรณีที่ไม่ทราบรายละเอียดของการนัดติดตามการดูแลของผู้ป่วย
- ☐ 4. สำเนาสรุปเมื่อจำหน่ายดังกล่าวได้รับการเก็บไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยภายในรอบเวลาที่ระบุโดยโรงพยาบาล

มาตรฐาน ACC.4.4

บันทึกของผู้ป่วยนอกที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนหรือวินิจฉัยโรคที่ซับซ้อนประกอบไปด้วยประวัติโดยย่อของการดูแลทางการแพทย์และพร้อมใช้สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพดูแลสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านั้น. ⑤

เจตจำนงของ ACC.4.4

เมื่อโรงพยาบาลให้การดูแลการรักษาผู้ป่วยนอกที่มีการวินิจฉัยที่ซับซ้อน และ/หรือต้องการการดูแล ที่ซับซ้อน (เช่น ผู้ป่วยที่มารับการรักษากลับมาหลายครั้งสำหรับหลายปัญหา, หลายการรักษา, หลายคลินิก, และ/หรือ ที่คล้ายกัน) อาจจะมีการวินิจฉัย และ ยา และ ประวัติทางคลินิก และ ผลการตรวจร่างกายที่พบมีนัยสำคัญจำนวนมาก. ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ให้การดูแลสุขภาพทั้งหมดที่จะมีการเข้าถึงข้อมูล สารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลเพื่อสามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (ดู ACC.3, ME 1) สารสนเทศนั้นที่อาจเป็นประวัติผู้ป่วยโดยย่อหรือภาพรวมคร่าวๆ. วัตถุประสงค์เพื่อสรุปสารสนเทศ ที่สำคัญได้อย่างรวดเร็วและง่ายต่อการใช้งานของผู้ให้การดูแลสุขภาพ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีผู้ให้บริการผู้ป่วยนอกหลายสาขา. การสรุปข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ใช้อาจอยู่ในรูปแบบกระดาษหรือเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์.

กระบวนการสำหรับจัดให้มีสารสนเทศเหล่านี้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแลสุขภาพครอบคลุม

- การระบุประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ซับซ้อนและ/หรือการวินิจฉัยที่ซับซ้อน (เช่น ผู้ป่วยที่มาพบในคลินิกโรคหัวใจด้วยโรคร่วมหลายอย่าง, หรือผู้ป่วยด้วยโรคไตวายระยะสุดท้าย);
- การระบุสารสนเทศที่จำเป็นโดยแพทย์หรือผู้ที่รักษาผู้ป่วยเหล่านั้น;
- การกำหนดกระบวนการที่จะใช้สร้างความมั่นใจว่าสารสนเทศทางการแพทย์ที่ต้องการโดยแพทย์ พร้อมใช้ในรูปแบบที่ง่ายต่อการสืบค้น (easy-to-retrieve) และง่ายต่อการทบทวน (easy-to-review) ; และ
- การประเมินผลการนำสู่ปฏิบัติเพื่อสอบถามว่าสารสนเทศและกระบวนการตอบสนองความต้องการของแพทย์ และพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของบริการทางคลินิกผู้ป่วยนอก.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.4

- ☐ 1.โรงพยาบาลระบุประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ซับซ้อนและ/หรือการวินิจฉัยที่ซับซ้อนที่ต้องสรุปข้อมูลผู้ป่วยนอก
- ☐ 2.การระบุสารสนเทศที่จำเป็นโดยแพทย์หรือผู้ที่รักษาผู้ป่วยเหล่านั้น
- ☐ 3.โรงพยาบาลใช้กระบวนการที่จะใช้สร้างความมั่นใจว่าการสรุปข้อมูลผู้ป่วยนอกง่ายต่อการสืบค้นและง่ายต่อการทบทวน
- ☐ 4.มีกระบวนการประเมินผลว่าสารสนเทศ ตอบสนองความต้องการของแพทย์และพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของบริการทางคลินิกผู้ป่วยนอก.

มาตรฐาน ACC.4.5

โรงพยาบาลมีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่แจ้งให้บุคลากรของโรงพยาบาลทราบว่าจะออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษา

มาตรฐาน ACC.4.5.1

โรงพยาบาลมีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษาและไม่แจ้งให้บุคลากรของโรงพยาบาลทราบ

เจตจำนงของ ACC.4.5 และ ACC.4.5.1

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะออกจากโรงพยาบาลหลังจากได้รับการตรวจร่างกายและคำแนะนำในการวางแผนการรักษาเรียบร้อยแล้ว, ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยใน และ/หรือผู้ป่วยนอก, เหล่านี้ถูกระบุว่าเป็น "การปฏิเสธคำแนะนำทางการแพทย์." ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมถึงผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉิน) มีสิทธิที่จะปฏิเสธคำแนะนำทางการแพทย์ และ/หรือ ออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธคำแนะนำ ทางทางการแพทย์. อย่างไรก็ตาม, ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีความเสี่ยงจากการการรักษาก่อนการตัดสินใจที่ไม่เพียงพอ, ซึ่งอาจส่งผล ให้เกิดอันตรายอย่างถาวรหรือเสียชีวิต. เมื่อผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ร้องขอที่จะออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการอนุมัติทางการแพทย์, ผู้ป่วยต้องได้รับการอธิบาย ความเสี่ยงทางการแพทย์โดยแพทย์ ผู้ดูแลการก่อนจำหน่าย.นอกจากนี้ถ้ารู้จักแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวของ ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษาและไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ, มีการแจ้งให้แพทย์ทราบ.

โรงพยาบาลมีกระบวนการเพื่อพยายามระบุเหตุผลสำหรับผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลโดย ปฏิเสธการรักษา. โรงพยาบาลต้องเข้าใจเหตุผลเหล่านี้เพื่อที่จะสามารถที่จะให้การสื่อสารกับผู้ป่วย และ/หรือครอบครัวในการระบุ และปรับปรุงกระบวนการ.

เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ต้องแจ้งให้บุคลากรในโรงพยาบาลทราบ, หรือ ผู้ป่วยนอกที่กำลังได้รับการรักษาที่ซับซ้อน เช่น, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, เคมีบำบัด, หรือ รังสีรักษา, และไม่กลับมารักษาอีก, โรงพยาบาลจะต้องมีความพยายามที่จะติดต่อผู้ป่วยเพื่อแจ้งให้ทราบถึง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น. ถ้ารู้จักแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ, มีการแจ้งให้แพทย์ทราบ. โรงพยาบาลมีกระบวนการ สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง, ครอบคลุมข้อกำหนดในการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อและกรณีที่ผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.5

- ☐ 1. มีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่แจ้งให้บุคลากรของโรงพยาบาลทราบว่าจะออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษา.
- ☐ 2. กระบวนการครอบคลุมการให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงความเสี่ยงทางการแพทย์จากการรักษาที่ไม่เพียงพอ.
- ☐ 3. ผู้ป่วยควรจะได้รับคำแนะนำตามกระบวนการจำหน่ายของโรงพยาบาล. (ดู ACC.4.1)
- ☐ 4. ถ้ารู้จักแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษาและไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ, มีการแจ้งให้แพทย์ทราบ.
- ☐ 5. โรงพยาบาลมีกระบวนการเพื่อพยายามระบุเหตุผลสำหรับผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษา.
- ☐ 6. กระบวนการสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง, ครอบคลุมข้อกำหนดในการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อและกรณีผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น. (ดู PCI.3, ME 3 and GLD.2, ME 5)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.4.5.1

- ☐ 1. มีกระบวนการสำหรับการจัดการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ออกจากโรงพยาบาลโดยปฏิเสธการรักษาและไม่แจ้งให้บุคลากรของโรงพยาบาลทราบ.
- ☐ 2. มีกระบวนการในการจัดการผู้ป่วยนอกที่กำลังได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและไม่กลับมารักษาอีก.
- ☐ 3. ถ้ารู้จักแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ, มีการแจ้งให้แพทย์ทราบ.
- ☐ 4. กระบวนการสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง, ครอบคลุมข้อกำหนดในการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อและกรณีผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น. (ดู PCI.3, ME 3 and GLD.2, ME 5)

การโอนย้ายผู้ป่วย

มาตรฐาน ACC.5

ผู้ป่วยที่ได้รับการการโอนย้ายไปยังองค์กรอื่นขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วย, ความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง, และศักยภาพขององค์กรที่รับย้ายสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกโอนย้ายได้.

เจตจำนงของ ACC.5

การโอนย้ายผู้ป่วยไปยังองค์กรภายนอกขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและความต้องการในการดูแลต่อเนื่อง. การโอนย้ายต้องการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลเป็นพิเศษและการรักษา, การบริการเร่งด่วน, หรือการดูแลกึ่งวิกฤติ, เช่น การดูแลกึ่งเฉียบพลัน หรือ พื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว. การกำหนดเกณฑ์จะช่วยระบุความจำเป็นในการโอนย้ายเพื่อให้แน่ใจว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.

เมื่อมีการโอนย้ายผู้ป่วยไปยังองค์กรอื่น, โรงพยาบาลที่ส่งต่อกำหนดว่าองค์กรที่จะรับผู้ป่วยไว้ดูแลมีความสามารถในการให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย. มีการจัดทำข้อตกลงที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการพร้อมกับองค์กรที่รับย้ายเมื่อมีการโอนย้ายผู้ป่วยไปยังองค์กรดังกล่าวบ่อยๆ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.5

- ☐ 1. การโอนย้ายผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ที่จัดทำโดยโรงพยาบาลเพื่อระบุความต้องการในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย. (ดู ACC.1, ME 3)
- ☐ 2. โรงพยาบาลที่ส่งต่อกำหนดว่าองค์กรที่รับย้ายสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ถูกโอนย้ายได้.
- ☐ 3. มีการจัดทำข้อตกลงที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการพร้อมกับองค์กรที่รับย้ายเมื่อมีการโอนย้ายผู้ป่วยไปยังองค์กรดังกล่าวบ่อยๆ.

มาตรฐาน ACC.5.1

โรงพยาบาลพัฒนากระบวนการโอนย้ายเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการโอนย้ายอย่างปลอดภัย

เจตจำนงของ ACC.5.1

การโอนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นภายนอกอาจเป็นกระบวนการสั้นๆ โดยผู้ป่วยรู้สึกตัวและมีการ พูดคุยได้, หรืออาจรวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง. ในทั้งสองกรณี, ต้องมีการติดตามอาการผู้ป่วย และอาจจำเป็นต้องมีอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์, แต่คุณสมบัติของบุคลากรที่ทำการติดตามอาการและประเภทของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ. ดังนั้น, เงื่อนไขและสถานะของผู้ป่วยจึงมีผล ต่อคุณสมบัติของบุคลากรที่ทำการติดตามอาการและประเภทของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นใน ระหว่างการโอนย้าย.

กระบวนการโอนย้ายผู้ป่วยจากองค์กรหนึ่งไปยังองค์กรอื่น จะต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยจะถูกโอนย้ายอย่างปลอดภัย. กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย

- วิธีการและการถ่ายโอนความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพและสถานพยาบาล;
- เกณฑ์สำหรับการโอนย้ายเมื่อมีความจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย;
- ผู้ที่รับผิดชอบในการเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างการโอนย้าย;
- ยา, วัสดุภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในระหว่างการโอนย้าย;
- กลไกในการติดตามซึ่งให้สารสนเทศเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยเมื่อมาถึงองค์กรที่รับย้าย; และ
- สถานการณ์ที่การโอนย้ายเป็นไปได้

โรงพยาบาลประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการโอนย้ายเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับโอนย้ายโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ถูกต้องสำหรับสถานะของ ผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.5.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลพัฒนากระบวนการโอนย้ายโดยระบุวิธีการและการถ่ายโอนความรับผิดชอบระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพและสถานพยาบาล; (ดู ACC.4, ME 6)
- ☐ 2. กระบวนการโอนย้ายระบุผู้รับผิดชอบในการเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างการโอนย้ายและคุณสมบัติของบุคลากรที่จำเป็นสำหรับประเภทของผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้าย. (ดู ACC.6, ME 3)
- ☐ 3. กระบวนการโอนย้ายระบุยา, วัสดุภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในระหว่างการโอนย้าย
- ☐ 4. กระบวนการโอนย้ายระบุกลไกในการติดตามซึ่งให้สารสนเทศเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยเมื่อมาถึงองค์กรที่รับย้าย

- ☐ 5.กระบวนการโอนย้ายระบุสถานการณ์ที่การโอนย้ายเป็นไปได้
- ☐ 6.มีกระบวนการประเมินผลคุณภาพและความปลอดภัยของกระบวนการโอนย้าย

มาตรฐาน ACC.5.2

องค์กรที่ได้รับผู้ป่วยไว้จะได้รับการเอกสารสรุปทางคลินิกของผู้ป่วยและการรักษาที่ทำไปจากโรงพยาบาลที่โอนย้าย.

เจตจำนงของ ACC.5.2

เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา, เอกสารสรุปทางคลินิกของผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายไป พร้อมกับผู้ป่วย. ถ้าเนื้อหาของสรุปข้อมูลเมื่อจำหน่ายจะถูกมอบให้องค์กรที่รับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง. ข้อมูลสรุปทางคลินิกครอบคลุมสถานะของผู้ป่วย, หัตถการและปฏิบัติการดูแลรักษาอื่น ๆ ที่ทำไป, และความต้องการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.5.2

- ☐ 1.เอกสารสรุปทางคลินิกของผู้ป่วยได้รับการโอนย้ายไปพร้อมกับผู้ป่วย (ดู MOI.4, ME 5)
- ☐ 2.ข้อมูลสรุปทางคลินิกครอบคลุมสถานะของผู้ป่วย
- ☐ 3.ข้อมูลสรุปทางคลินิกครอบคลุมหัตถการและปฏิบัติการดูแลรักษาอื่น ๆ ที่ทำไป,
- ☐ 4.ข้อมูลสรุปทางคลินิกครอบคลุมความต้องการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วย.

มาตรฐาน ACC.5.3

กระบวนการโอนย้ายได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย. ⑨

เจตจำนงของ ACC.5.3

เวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละคนที่ได้รับการโอนย้ายไปยังองค์กรอื่นมีบันทึกเอกสารการโอนย้าย. เอกสารรวมถึงชื่อขององค์กรและชื่อของบุคคลที่ตกลงจะรับผู้ป่วยไว้, เหตุผลในการโอนย้าย, และ เงื่อนไขพิเศษสำหรับการโอนย้าย (เช่น เมื่อองค์กรที่รับย้ายมีเตียงว่าง, หรือ สถานภาพของผู้ป่วย).

นอกจากนี้, ต้องมีการบันทึกสถานะหรือสถานภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงในระหว่างโอนย้ายด้วย (ยกตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือจำเป็นต้องช่วยฟื้นคืนชีพ). เอกสารอื่น ๆ เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล (ตัวอย่างเช่น, ลายมือชื่อของแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับผู้ป่วย, ชื่อของผู้รับผิดชอบในการติดตามอาการผู้ป่วยในระหว่างการเคลื่อนย้าย) เก็บอยู่ในเวชระเบียน. (ดู MOI.9.1, ME 4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.5.3

- ☐ 1.เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้ายมีบันทึกชื่อขององค์กรและชื่อของบุคคลที่ตกลงจะรับผู้ป่วยไว้
- ☐ 2.เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้ายมีบันทึก และเอกสารอื่น ๆ เป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล
- ☐ 3.เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้ายมีบันทึกเหตุผลในการโอนย้าย
- ☐ 4. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการโอนย้ายมีบันทึกเงื่อนไขพิเศษสำหรับการโอนย้าย

การเคลื่อนย้าย

มาตรฐาน ACC.6

โรงพยาบาลมีบริการการเคลื่อนย้ายสอดคล้องเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องและตอบสนองต่อความต้องการในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย。(P)

เจตจำนงของ ACC.6

กระบวนการสำหรับส่งต่อ, โอนย้าย, หรือจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุมถึงการประเมินความต้องการ ในการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วย. ประเภทของการเคลื่อนย้ายจะแตกต่างกันอาจเป็นโดยรพพยาบาลหรือ ยานพาหนะอื่น ๆที่เป็นเจ้าของโดยโรงพยาบาล หรือบริษัทคู่สัญญาของโรงพยาบาล; หรือการเคลื่อน ย้ายอาจจะถูกจัดหาโดยครอบครัวจากแหล่งภายนอก หรือ โดยครอบครัวและ/หรือเพื่อนโดยตรง (ดู ACC.4) การเคลื่อนย้ายจะขึ้นอยู่กับสภาพและสภาวะของผู้ป่วย. โรงพยาบาลต้องมั่นใจว่าบุคลากร ที่รับผิดชอบในการติดตามอาการของผู้ป่วยในระหว่างการเคลื่อนย้ายมีคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยแต่ละประเภทที่ได้รับการโอนย้าย.

ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายที่เป็นของโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการปฏิบัติการ, สภาพ, และการบำรุงรักษา. โรงพยาบาลระบุสถานการณ์การเคลื่อนย้ายที่มีความเสี่ยงของการติดเชื้อและจัดทำกลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ. (ดู PCI.5, PCI.7, ME 5 และ ME 6; PCI.7.1; PCI.7.2; PCI.7.3; PCI.8, ME 1 และ PCI.9) มียาที่จำเป็น, เทคโนโลยีทางการแพทย์, และ วัสดุภัณฑ์อื่น ๆที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจะที่ได้รับการเคลื่อนย้าย. ยกตัวอย่างเช่น, การรับผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านมารับบริการผู้ป่วยนอกก็แตกต่างอย่างมากจากการ โอนย้ายผู้ป่วยโรคติดเชื้อหรือมีแผลไฟไหม้ไปยังโรงพยาบาลอื่น.

หากบริการเคลื่อนย้ายของโรงพยาบาล, ครอบคลุมบริการสัญญาจ้างเหมา, ต้องมั่นใจว่าเป็นไปตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลสำหรับคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย. เมื่อการบริการเคลื่อนย้ายที่ให้บริการโดยกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานประกันอื่น ๆ,ที่ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลโดยโรงพยาบาล, การรายงานประเด็นด้านคุณภาพและความปลอดภัยไปยังองค์กรผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในการปรับปรุงที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย.

ในทุกกรณี, โรงพยาบาลต้องมีกระบวนการพร้อมปฏิบัติเพื่อเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายที่ให้หรือจัดหาให้โดยโรงพยาบาล, ครอบคลุมกระบวนการร้องเรียน.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ACC.6

- ☐ 1.ยานพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายที่เป็นของโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการปฏิบัติการ, สภาพ, และการบำรุงรักษา.
- ☐ 2.บริการเคลื่อนย้าย, ครอบคลุมบริการสัญญาจ้างเหมา, เป็นไปตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลสำหรับคุณภาพและความปลอดภัยในการเคลื่อนย้าย.
- ☐ 3.บุคลากรที่รับผิดชอบในการติดตามอาการของผู้ป่วยในระหว่างการเคลื่อนย้ายมีคุณสมบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภทที่ได้รับการโอนย้าย. (ดู ACC.5.1, ME 2)

- ☐ 4.ยานพาหนะทั้งหมดที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย, ทั้งของสัญญาจ้างเหมาหรือเป็นของโรงพยาบาล, ปฏิบัติตามแผนงานการควบคุมการติดเชื้อ และมีเทคโนโลยีทางการแพทย์, วัสดุภัณฑ์, และยาที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการเคลื่อนย้าย (ดู MMU.3 และ GLD.6, ME 1)
 - ☐ 5.มีกระบวนการพร้อมปฏิบัติเพื่อเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของการเคลื่อนย้ายที่ให้หรือจัดหาให้โดยโรงพยาบาล, ครอบคลุมกระบวนการร้องเรียน.
-

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว (PFR)

ภาพรวม

ผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วย มีความเป็นเอกลักษณ์ มีความต้องการ มีจุดแข็ง ค่านิยม และความเชื่อของตนเอง หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ ควรสร้างความเชื่อมั่น และสื่อสารอย่างเปิดเผยกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจ รวมถึงการพิทักษ์ปกป้องวัฒนธรรม สังคม และจิตวิญญาณในผู้ป่วยแต่ละราย

ผลลัพธ์ของการบำบัด รักษาอาจดีขึ้น เมื่อผู้ป่วย และครอบครัว/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน ได้รับการให้ข้อมูลจากบุคลากรอย่างเหมาะสม และเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการบำบัดรักษาในแนวทางที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย

เพื่อส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วย และการบำบัดรักษาที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง องค์กรอาจเริ่มจากการประกาศสิทธิที่ผู้ป่วย รวมถึงการให้สิทธิการตัดสินใจรับการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยควรได้รับการให้ข้อมูลสารสนเทศ อย่างถูกต้อง และครบถ้วนถึงสิทธิ และความรับผิดชอบโดยสหวิชาชีพควรได้รับการอบรม เพื่อให้เข้าใจ และเคารพ ในความเชื่อ และคุณค่าของผู้ป่วยพร้อมทั้งมอบการบำบัดรักษาอย่างเอาใจใส่และเคารพทั้งนี้ เพื่อส่งเสริม และพิทักษ์เกียรติและศักดิ์ศรีในตัวผู้ป่วย

ในหมวดมาตรฐานนี้ ได้วางกระบวนการเพื่อ

- กำหนด พิกัด และส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วย
- ให้ข้อมูลถึงสิทธิของผู้ป่วย
- รวมถึงให้ข้อมูลแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเพื่อการตัดสินใจรับการบำบัดรักษา ตามความเหมาะสม
- การได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย และ
- การให้การอบรมแก่บุคลากรเรื่องสิทธิของผู้ป่วย

กระบวนการเหล่านี้จะถูกดำเนินการภายในองค์กรอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับกฎระเบียบ ข้อบังคับทางกฎหมาย หรือการประชุมร่วมกันในระดับประเทศ สนธิสัญญา หรือข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนที่ได้รับรองในประเทศนั้น ๆ กระบวนการเหล่านี้ ต้องสอดคล้องกับกระบวนการให้การบำบัดรักษาขององค์กรที่แสดงถึงความเท่าเทียมและเป็นธรรม ภายใต้รูปแบบการให้บริการทางด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศนั้น ๆ

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ **P** หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

- PFR.1** โรงพยาบาล มีส่วนรับผิดชอบในการจัดสรรกระบวนการที่ส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในระหว่างการบำบัดรักษา (P)
- PFR.1.1** โรงพยาบาลพยายามลดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ภาษา วัฒนธรรม และข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและการส่งมอบบริการให้แก่ผู้ป่วย
- PFR.1.2** โรงพยาบาลให้บริการด้านการรักษาที่ส่งเสริมเกียรติของผู้ป่วย เคารพในค่านิยม และความเชื่อ รวมถึงสนองตอบความต้องการในด้านจิตวิญญาณ และพิธีกรรมทางศาสนา
- PFR.1.3** เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในด้านความเป็นส่วนตัวและข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องได้รับการปกปิด (P)
- PFR.1.4** โรงพยาบาลกำหนดมาตรการในการป้องกันทรัพย์สินของผู้ป่วยสูญหายหรือถูกโจรกรรม
- PFR.1.5** ผู้ป่วยได้รับการป้องกันจากการถูกทำร้ายร่างกาย และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการบ่งชี้ เพื่อป้องกันภาวะคุกคามอื่น ๆ เนื่องจากไม่สามารถป้องกันตนเองได้
- PFR.2** ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในทุกแง่มุมของการบำบัดรักษา มีส่วนร่วมในกิจกรรมและการตัดสินใจในกระบวนการดังกล่าว (P)
- PFR.2.1** โรงพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติในเรื่องสิทธิและความรับผิดชอบในการปฏิเสธหรือยุติการบำบัดรักษา การระงับบริการฟื้นคืนชีพ หรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต (P)
- PFR.2.2** โรงพยาบาลส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วย เพื่อประเมิน และจัดการกับความเจ็บปวดรวมถึงตระหนักในการบำบัดรักษาต่อผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทร
- PFR.3** โรงพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัว เรื่องแนวทางรับเรื่องร้องเรียน และแนวทางปฏิบัติหลังจากที่โรงพยาบาลได้รับคำร้องเรียน ข้อขัดแย้ง หรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันในแนวทางบำบัดรักษา และสิทธิผู้ป่วยที่จะมี ส่วนร่วมในกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น (P)
- PFR.4** ผู้ป่วยทุกราย ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ และความรับผิดชอบของตนเอง ด้วยวิธีการ และภาษาที่ผู้ป่วย สามารถเข้าใจได้

การขอคำยินยอมทั่วไป

- PFR.5** การให้คำยินยอมทั่วไปเพื่อการบำบัดรักษา ทั้งกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือเมื่อได้รับลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกครั้งแรก ควรมีความชัดเจนในขอบเขตของการบำบัดรักษารวมถึงข้อจำกัด (P)

การขอคำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

- PFR.5.1** ผู้ป่วยให้คำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว ผ่านกระบวนการซึ่งถูกกำหนดโดยโรงพยาบาล และถูกดำเนินการโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรม ด้วยวิธีการและภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ (P)
- PFR.5.2** มีการขอคำยินยอมก่อนกระบวนการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การระงับประสาทเพื่อทำหัตถการ การให้เลือด และส่วนประกอบของเลือดรวมถึงหัตถการเสี่ยงสูงต่าง ๆ (P)
- PFR.5.3** ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ ถึงสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย แนวทางการบำบัดรักษา หรือหัตถการที่จะเกิดขึ้น บุคลากรที่เป็นผู้ให้การบำบัดรักษา เพื่อให้ความยินยอมหรือตัดสินใจดำเนิน กิจกรรมบำบัดรักษา
- PFR.5.4** โรงพยาบาลได้กำหนดกระบวนการ ระบุผู้ที่สามารถให้คำยินยอมแทนผู้ป่วยสอดคล้องตามระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียม

การบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ

PFR.6 โรงพยาบาลให้ข้อมูลสารสนเทศแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเรื่องการพิจารณาบริจาคอวัยวะ และเนื้อเยื่ออื่น ๆ

PFR.6.1 โรงพยาบาลมีการกำกับดูแลกระบวนการจัดหาอวัยวะ และเนื้อเยื่อบริจาค®

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

มาตรฐาน PFR.1

โรงพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดสรรกระบวนการที่ส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในระหว่างการบำบัดรักษา[®]

เจตจำนงของ PFR.1

ผู้บริหารของโรงพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในงานบริการของโรงพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารควรตระหนัก และเข้าใจถึงสิทธิของผู้ป่วย และครอบครัว และรับทราบหน้าที่ความรับผิดชอบในงานบริการของโรงพยาบาล ตามที่ระบุในกฎระเบียบ ข้อบังคับทางกฎหมาย เป็นผู้กำหนดทิศทางให้กับหน่วยงานต่าง ๆ แก่ผู้นำหน่วยงานให้บริการ ผู้ที่สามารถช่วยยืนยันว่า บุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมดรับทราบหน้าที่ และความรับผิดชอบในการพิทักษ์สิทธิดังกล่าว และเพื่อให้การพิทักษ์ปกป้องสิทธิของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารจะต้องดำเนินกิจกรรม และแสวงหาแนวทาง เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจในความรับผิดชอบซึ่งเกี่ยวเนื่องกับบทบาทของโรงพยาบาลที่มีต่อชุมชน (ดู GLD.3.1)

โรงพยาบาลเคารพในสิทธิของผู้ป่วยและในบางสถานการณ์ อาจหมายถึงความรวมไปถึงสิทธิของครอบครัวผู้ป่วย การกำหนดว่า ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาประเภทใด ที่ต้องแจ้งให้แก่ครอบครัว หรือบุคคลอื่นทราบ และภายใต้สถานการณ์แบบใด ตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วยไม่ต้องการบอกผลการวินิจฉัยโรคของตน ให้แก่สมาชิก ในครอบครัวทราบ หรือในบางกรณีครอบครัวผู้ป่วย อาจไม่ต้องการให้ผู้ป่วยรับทราบผลการวินิจฉัยโรคของตนเอง เป็นต้น

สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นองค์ประกอบพื้นฐาน ของสัญญาต่าง ๆ ที่ทำร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว ดังนั้น นโยบายหรือระเบียบปฏิบัติ ต้องถูกพัฒนาขึ้นและถูกนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่า บุคลากรในโรงพยาบาล ได้ให้ความตระหนัก และสนองตอบต่อสิทธิของผู้ป่วย และครอบครัว ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล และตลอดระยะเวลาที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย โรงพยาบาลควรเลือกใช้ กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือกัน และครอบคลุมทุกหน่วยงาน มาพัฒนานโยบายหรือระเบียบปฏิบัติ โดยมีผู้ป่วย และครอบครัวรวมอยู่ในกระบวนการดังกล่าว

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR.1

- ☐ 1. ผู้บริหาร หรือผู้นำของโรงพยาบาลดำเนินกิจกรรมเพื่อพิทักษ์ และเชิดชูสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว
- ☐ 2. ผู้บริหาร หรือผู้นำของโรงพยาบาลรับทราบถึงสิทธิของผู้ป่วย และครอบครัว ตามที่ระบุในกฎระเบียบ ข้อบังคับทางกฎหมาย และสัมพันธ์กับธรรมเนียมปฏิบัติของชุมชน หรือการให้บริการผู้ป่วยเฉพาะราย
- ☐ 3. โรงพยาบาลเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และรวมถึงครอบครัวผู้ป่วยในบางสถานการณ์ ในการกำหนดว่า ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาประเภทใด ที่ต้องแจ้งให้แก่ครอบครัว หรือบุคคลอื่นทราบ และภายใต้สถานการณ์แบบใด
- ☐ 4. บุคลากรทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในสิทธิของผู้ป่วย และสามารถอธิบายความรับผิดชอบของตนเอง ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

โรงพยาบาลพยายามลดข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ภาษา วัฒนธรรม และข้อจำกัดอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง และการส่งมอบบริการให้แก่ผู้ป่วย

เจตจำนงของ PFR. 1.1

โรงพยาบาลให้บริการแก่ชุมชน โดยมีกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลาย ผู้ป่วยที่ใช้บริการอาจเป็นผู้สูงอายุ ทุกภาษา สื่อสารหลายภาษา หรือใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม หรือมีข้อจำกัดอื่น ๆ ที่ส่งผล ให้กระบวนการประเมินผู้ป่วย และการรับการบำบัดรักษาทำได้ยากขึ้น โรงพยาบาลต้องสามารถระบุข้อจำกัด และ นำเอากระบวนการที่ใช้เพื่อขจัด หรือลดข้อจำกัดเหล่านี้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย และยังไปกว่านั้น โรงพยาบาลควรมี แนวทางที่ช่วยลดผลกระทบจากข้อจำกัดเหล่านี้ เพื่อการส่งมอบบริการให้แก่ผู้ป่วยด้วย (ดู COP.1, PFE 2.1, และ GLD.12)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 1.1

- ☐ 1. ผู้นำหน่วยงานหรือผู้ให้บริการ รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลสามารถระบุข้อจำกัดของประชากรผู้ป่วย ที่พบได้บ่อย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึง และเข้ารับบริการบำบัดรักษา
- ☐ 2. ผู้นำหน่วยงานหรือผู้ให้บริการ พัฒนาระบบการที่ช่วยแก้ไขข้อจำกัดและนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการบำบัดรักษา
- ☐ 3. ผู้นำหน่วยงานหรือผู้ให้บริการ พัฒนาระบบการที่ช่วยจำกัดผลกระทบจากอุปสรรคของการส่งมอบบริการ ให้แก่ผู้ป่วย

มาตรฐาน PFR.1.2

โรงพยาบาลให้บริการด้านการรักษาที่ส่งเสริมเกียรติของผู้ป่วยเคารพในค่านิยมและความเชื่อรวมถึงสนองตอบความต้องการในด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา

เจตจำนงของ PFR.1.2

หนึ่งในความต้องการสำคัญของมนุษย์คือความต้องการได้รับความเคารพและได้รับเกียรติ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยอาจรู้สึกถึงความสูญเสีย เนื่องจากต้องเพิ่มภาวะพึ่งพาผู้อื่นในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ความต้องการผู้ช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวหรือแม้กระทั่งการทำความสะอาดร่างกาย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับดูแลรักษาด้วยความเคารพและเอาใจใส่ตลอดเวลาในทุก ๆ โอกาส โดยผู้ให้การดูแลต้องตระหนักในคุณค่าและเกียรติของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละรายได้ยึดถือในค่านิยม และความเชื่อส่วนบุคคล เข้ามาสู่กระบวนการบำบัดรักษาและในบางค่านิยมและความเชื่อนั้นได้ถูกยึดถือโดยผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและมักมีต้นกำเนิดมาจากจารีต วัฒนธรรม หรือศาสนาของผู้ป่วย ในขณะที่บางค่านิยมหรือความเชื่อส่วนบุคคลในผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้เป็นที่แพร่หลาย ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการส่งเสริมให้แสดงออกถึงค่านิยมและความเชื่อของตนเอง รวมถึงให้ความเคารพในความเชื่อของผู้อื่นด้วยการยึดมั่นในค่านิยมและความเชื่อสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกระบวนการรวมถึงการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรควรพยายามทำความเข้าใจในการบำบัดรักษาและบริการที่ส่งมอบให้ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย (ดู COP.7)

เมื่อผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความประสงค์จะสื่อสารกับบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนาหรือความต้องการสนองตอบทางด้านจิตวิญญาณหรือพิธีกรรมทางศาสนา โรงพยาบาลมีกระบวนการตอบสนองความต้องการดังกล่าว และดำเนินการโดยบุคลากรผู้ที่มีความเชื่อ หรือนับถือในศาสนาเดียวกันกับผู้ป่วยหรือจากคนใน

พื้นที่ หรือคนที่ครอบครัวยุ่วยอย่างอิงถึง เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวอาจมีความยุ่งยากและซับซ้อน ยกตัวอย่างเช่น ในบางโรงพยาบาล หรือในบางประเทศไม่ได้มีการยอมรับอย่างเป็นทางการ และ/หรือไม่มีทรัพยากรที่สนองตอบต่อ ความต้องการทางด้านความเชื่อหรือศาสนา ของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 1.2

- ☐ 1. บุคลากรให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเคารพ และคำนึงถึงเกียรติและคุณค่าในตัวผู้ป่วย
- ☐ 2. ค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วยได้รับการบ่งชี้ (ดู PFE.3, ME.1)
- ☐ 3. บุคลากรให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเคารพในค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย
- ☐ 4. โรงพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามกิจวัตร รวมถึงความต้องการที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับศาสนาและความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ

มาตรฐาน PFR.1.3

เคารพในสิทธิของผู้ป่วยในด้านความเป็นส่วนตัว และข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยต้องได้รับการปกปิด (P)

เจตจำนงขอ PFR.1.3

ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระหว่างการซักถามประวัติ การตรวจร่างกาย การบำบัดรักษา หรือ ทำหัตถการและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยอาจมีความต้องการความเป็นส่วนตัวจากบุคลากรคนอื่น ๆ จากผู้ป่วยคนอื่นหรือแม้กระทั่งจากญาติหรือคนในครอบครัวและอาจรวมถึงผู้ป่วยอาจมีความประสงค์ไม่ให้ ถ่ายภาพ การบันทึกประวัติการตรวจรักษาหรือแม้กระทั่งการมีส่วนร่วมตอบคำถามหรือให้สัมภาษณ์ในระหว่าง การเยี่ยมสำรวจ

แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีแนวทางจัดการกับความต้องการความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอยู่แล้ว ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความต้องการที่แตกต่างหรือเพิ่มเติมไปจากแนวทางปกติของโรงพยาบาลในบางสถานการณ์และความต้องการ เหล่านั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยควรมีการซักถามถึงความต้องการความเป็นส่วนตัวจากผู้ป่วยทุกครั้งที่มีการให้บริการหรือดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งการสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย ตรงจุดนี้จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและทำให้เกิดการสื่อสารอย่างเปิดเผยและไม่จำเป็นต้องทำการบันทึก เมื่อใดก็ตามที่มีการบันทึกหรือรวบรวมข้อมูลการรักษาหรือข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ของผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงความต้องการเพื่อที่จะได้ให้การบำบัดรักษาและบริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลตรงนี้อาจอยู่ในรูปแบบเอกสาร ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรืออาจผสมผสานกันทั้งสองรูปแบบ โรงพยาบาลจะต้องปกปิดข้อมูลสารสนเทศดังกล่าวรวมถึงมีการปรับใช้นโยบายหรือระเบียบปฏิบัติเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล สารสนเทศ ผู้ป่วยหรือถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งนี้นโยบายและระเบียบปฏิบัติต้องคำนึงถึงข้อมูลที่สามารถเปิดเผยได้เมื่อถูกร้องขอ โดยเป็นไปตามข้อกำหนด ระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย

บุคลากรต้องเคารพในความเป็นส่วนตัวและการปกปิดข้อมูลผู้ป่วยโดยการไม่เปิดเผยข้อมูลสารสนเทศผู้ป่วยบน ประตูกองพักรักษาหรือบริเวณที่ทำการของพยาบาล และไม่ควรถูกเปิดเผยถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในพื้นที่ สาธารณะ บุคลากรต้องตระหนักถึงระเบียบข้อบังคับหรือกฎหมายที่ครอบคลุมถึงความเป็นส่วนตัวและการปกปิด ข้อมูลของผู้ป่วย พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญในเรื่องความเป็นส่วนตัว และการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการชี้แจงถึงสถานการณ์ที่ต้องเปิดเผยข้อมูลสารสนเทศของตัว ผู้ป่วยและวิธีการที่โรงพยาบาล จะขออนุญาตเปิดเผยข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเมื่อมีสถานการณ์ดังกล่าว

โรงพยาบาลมีนโยบายที่ระบุวิธีการที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของตนเองและกระบวนการที่ผู้ป่วยจะได้รับหรือเข้าถึงข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 1.3

- ☐ 1. บุคลากรระบุนความคาดหวังและความต้องการความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยระหว่างการบำบัดและรักษา
- ☐ 2. เคารพในความต้องการความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยในกระบวนการซักประวัติ การตรวจวินิจฉัย การบำบัด รักษาหรือทำหัตถการและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- ☐ 3. ข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยได้รับการปกปิดและเก็บรักษาสอดคล้องตามข้อกำหนด กฎระเบียบ ข้อบังคับทางกฎหมาย (ดู MOI.2 and MOI.6)
- ☐ 4. ผู้ป่วยต้องถูกขออนุญาตและให้คำยินยอมก่อนการเปิดเผยข้อมูลสารสนเทศของผู้ป่วยในส่วนของคุณสมบัติที่ไม่ครอบคลุมตามที่ระบุในข้อกำหนดหรือกฎหมาย

มาตรฐาน PFR.1.4

โรงพยาบาลกำหนดมาตรการในการป้องกันทรัพย์สินของผู้ป่วยสูญหายหรือถูกโจรกรรม

เจตจำนงของ PFR.1.4

โรงพยาบาลชี้แจงความรับผิดชอบในทรัพย์สินของผู้ป่วยและครอบครัว ในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีการนำเอาทรัพย์สินติดตัวเข้ามาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลมีการกำหนดกระบวนการที่แสดงความรับผิดชอบและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยว่าทรัพย์สินของผู้ป่วยและครอบครัวจะไม่สูญหายหรือถูกจารกรรม โดยกระบวนการนี้ครอบคลุมไปยังผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่มารับการบริการผ่าตัดในวันเดียวกัน ผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการเก็บทรัพย์สินในตู้เก็บนิรภัยหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพย์สินของตนเองได้ (ดู FMS.1.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 1.4

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดระดับของความรับผิดชอบในทรัพย์สินของผู้ป่วย
- ☐ 2. ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงถึงความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในการปกป้องทรัพย์สินของผู้ป่วย
- ☐ 3. ทรัพย์สินของผู้ป่วยได้รับความคุ้มครองเมื่อทางโรงพยาบาลเล็งเห็นว่าเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถปกป้องทรัพย์สินของตนเองได้

มาตรฐาน PFR.1.5

ผู้ป่วยได้รับการป้องกันจากการถูกทำร้ายร่างกายและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการบ่งชี้เพื่อป้องกันภาวะคุกคามอื่น ๆ เนื่องจากไม่สามารถป้องกันตนเองได้

เจตจำนงของ PFR. 1.5

โรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการป้องกันผู้ป่วยจากการถูกทำร้ายร่างกายจากบุคคลภายนอกจากผู้ป่วยคนอื่น ๆ และจากบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งความรับผิดชอบนี้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นทารกแรกเกิด ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่ไม่สามารถป้องกันตนเองหรือส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือได้ โรงพยาบาลต้องพยายามป้องกันการถูกทำร้ายโดยใช้กระบวนการต่าง ๆ เช่น การสอบสวนบุคคลที่เข้ามาในสถานที่โดยไม่มีการบ่งชี้ตัวบุคคล การ

ตรวจสอบหรือสอดส่องดูแลพื้นที่ที่อยู่ลับตาหรือพื้นที่เปลี่ยวและการตอบสนองต่อผู้ที่คิดว่าตกอยู่ในอันตรายจากการทำร้ายร่างกายอย่างรวดเร็ว

โรงพยาบาลมีการระบุผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (เช่น ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยพิการ หรือผู้ป่วยสูงอายุ) และกำหนดกระบวนการป้องกันสิทธิของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปกป้องและหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล อาจถูกกำหนดโดยตัวบทกฎหมายและบุคลากรในโรงพยาบาล ต้องเข้าใจในบทบาทความรับผิดชอบในกระบวนการเหล่านี้ ผู้ป่วยเด็ก ผู้พิการ หรือผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงต้องได้รับการปกป้องคุ้มครอง นอกจากนี้ยังรวมถึงกลุ่มผู้ป่วยระยะวิกฤตและผู้ป่วยที่มีสถานะทางด้านจิตและอารมณ์ผิดปกติด้วย การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วยนอกเหนือจากการทำร้ายร่างกายแล้ว ยังครอบคลุมไปถึงการถูกล่วงละเมิด การกระทำรุนแรง การถูกละเลยหรือเพิกเฉยในการให้บริการหรือไม่ได้รับความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้ (ดู FMS.4.1 และ FMS.7)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 1.5

- ☐ 1. โรงพยาบาลได้จัดทำกระบวนการเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการถูกทำร้ายร่างกายและถูกนำไปใช้
- ☐ 2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้ ได้ถูกกำหนดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
- ☐ 3. โรงพยาบาลได้กำหนดกระบวนการที่ป้องกันกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้จากเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยต่าง ๆ และกระบวนการดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้
- ☐ 4. พื้นที่ห่างไกลหรือลับตาหรือสถานที่เปลี่ยวในโรงพยาบาลได้รับการสอดส่องดูแล
- ☐ 5. บุคลากรเข้าใจในความรับผิดชอบของตนเองในกระบวนการปกป้องคุ้มครองผู้ป่วย

มาตรฐาน PFR. 2

ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในทุกแง่มุมของการบำบัดรักษามีส่วนร่วมในกิจกรรมและการตัดสินใจในกระบวนการดังกล่าว ⑨

เจตจำนงของ PFR. 2

ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา โดยการร่วมตัดสินใจ ตั้งคำถามเกี่ยวกับการรักษา หรือการร้องขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นรวมถึงการปฏิเสธกระบวนการวินิจฉัยหรือวิธีบำบัดรักษา (ดู COP.7, ME.5) ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวนั้น ข้อมูลทางด้านสถานะสุขภาพพื้นฐานซึ่งพบในระหว่างการประเมินจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งรวมถึงการยืนยันผลของการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาและในระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวถึงผลการรักษาที่คาดหวังไว้ในแผนรวมถึงผลที่ไม่ได้คาดหวัง แต่อาจเกิดขึ้นได้ในกระบวนการบำบัด เช่น เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด ในระหว่างการรักษาด้วยยา หรือระหว่างการบำบัดรักษา เป็นต้น ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเหล่านี้และทราบถึงบุคคลผู้มีความรับผิดชอบ ในการแจ้งข้อมูลดังกล่าวสำหรับผู้ป่วยควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนว่าใครจะเป็นผู้ให้ข้อมูลทางด้านสถานะสุขภาพ การบำบัดรักษา ผลการรักษาที่คาดหวัง และเหตุการณ์ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นต้น (ดู COP.8.5; PFE.1; และ PFE.2)

ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจประเภทของการตัดสินใจในการบำบัดรักษาและจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจนั้นอย่างไร แม้ว่าในผู้ป่วยบางรายอาจไม่ต้องการมีส่วนร่วม ทั้งการรับทราบการยืนยันผลการวินิจฉัยหรือในการตัดสินใจในแผนบำบัดรักษาของตนเองเป็นการส่วนตัว แต่ผู้ป่วยต้องได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา โดยอาจผ่านทางสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือจากผู้มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนตัวผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยร้องขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น โรงพยาบาลจะต้องไม่ปิดกั้น พยายามห้าม หรือขัดขวางผู้ป่วยในการ เสนอหาความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น ใจทางคลินิกกับโรงพยาบาล เวลาการหาความเห็นจากแพทย์ท่านอื่น

โดยการ เสนอข้อมูลสถานะของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจ การวินิจฉัย หรือการบำบัดรักษาที่ได้แนะนำให้ผู้ป่วย เป็นต้น โรงพยาบาลจะต้องไม่ปกปิดข้อมูลสุขภาพตรงนี้ เมื่อผู้ป่วยร้องขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นและนโยบายของโรงพยาบาลจะต้องกำหนดสิทธิของผู้ป่วย ในการร้องขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นโดยปราศจากความกังวลว่าตนเองจะถูกละเลยการดูแลรักษา จากทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกแง่มุมของการรักษา บุคลากร ในโรงพยาบาลจะต้องได้รับการอบรมให้รับทราบถึงนโยบาย ระเบียบปฏิบัติและบทบาทของตนเองในการสนับสนุน สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบำบัดรักษา

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 2

- ☐ 1. โรงพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา (ดู AOP.1.8, ME.3 และ MMU.6.1, ME.4)
- ☐ 2. การมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา ต้องประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของ ผู้ป่วย ผลการยืนยันการวินิจฉัยต่าง ๆ และแผนการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วย (ดู ACC.2.2, ME 2 และ MMU.6.1, ME.4)
- ☐ 3. ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงถึงผลลัพธ์การรักษาที่คาดหวังไว้รวมถึงผลลัพธ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ไว้ (ดู ACC.2.3, ME.3)
- ☐ 4. โรงพยาบาลอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยเพื่อขอความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่นโดยปราศจากความ กังวลว่าตนจะถูกละเลยการบำบัดรักษา ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- ☐ 5. ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับคำชี้แจงถึงสิทธิในการเข้าร่วมการตัดสินใจในการบำบัดรักษาตามที่ตนเอง คาดหวัง
- ☐ 6. บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการอบรมถึงนโยบาย ระเบียบปฏิบัติและบทบาทของตนเองในการ สนับสนุน ให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา

มาตรฐาน PFR.2.1

โรงพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องสิทธิและความรับผิดชอบในการปฏิเสธหรือยุติการบำบัดรักษา การ ระบุบริการฟื้นฟูชีพหรือการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต (P)

เจตจำนงของ PFR.2.1

ผู้ป่วยหรือผู้แทนที่มีสิทธิ์ตัดสินใจแทนตัวผู้ป่วยอาจตัดสินใจไม่ดำเนินกิจกรรมตามแผนการรักษาหรือยุติการบำบัด รักษาหลังจากได้เริ่มต้นการรักษาไปแล้ว ความลำบากในการตัดสินใจอย่างหนึ่งคือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิเสธหรือการถอยถอนการบำบัดรักษาที่เกี่ยวข้องกับการระบุบริการกู้ชีพหรือการละเว้นหรือยุติการรักษาเพื่อยืด ชีวิต การตัดสินใจในกิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้เป็นการสร้างความลำบากใจเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น หากแต่ยัง สร้างความยากลำบากในการตัดสินใจให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ไม่มีกระบวนการหนึ่งกระบวนการใด ที่ สามารถคาดหมายถึงผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจได้ ด้วยเหตุผลนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่โรงพยาบาล จะต้องกำหนดกรอบประเพณีปฏิบัติสำหรับใช้ในสถานการณ์การตัดสินใจที่ยากลำบาก โดยกรอบนี้

- เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถระบุจุดยืนของตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์
- เพื่อให้มั่นใจว่าจุดยืนของโรงพยาบาลสอดคล้องกับ ความเชื่อ ศาสนา และธรรมเนียมปฏิบัติของคนใน ชุมชน และ สอดคล้องกับข้อกำหนดของตัวบทกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีการกู้ชีพของผู้ป่วยที่

กำหนดโดยตัวกฎหมายไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย;

- กำหนดสถานการณ์ที่การตัดสินใจของผู้ป่วยมีผลต่อการปรับเปลี่ยนการบำบัดรักษา
- เป็นแนวทางให้กับบุคลากรในโรงพยาบาลยึดถือปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่ขัด ต่อจริยธรรม และกฎหมาย

เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากระบวนการตัดสินใจ ได้ถูกนำไปดำเนินการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย โรงพยาบาลจึงต้องกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยความเห็นจากผู้มีประสบการณ์หลาย ๆ ด้านมาร่วมอยู่ตลอดกระบวนการ ทั้งนี้ นโยบายและระเบียบปฏิบัติต้องระบุขอบเขต หน้าที่และความรับผิดชอบรวมถึงแนวทางการบันทึกกระบวนการดังกล่าวลงในเวชระเบียนผู้ป่วย

โรงพยาบาลได้ชี้แจงผู้ป่วยและครอบครัวถึงสิทธิในการตัดสินใจในเหตุการณ์เหล่านี้และผลที่จะตามมาหลังจากการตัดสินใจรวมถึงภาระความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ที่เกิดขึ้นต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำชี้แจงถึงทางเลือกอื่น ๆ ของการบำบัดรักษา

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 2.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลได้กำหนดจุดยืนในการระงับบริการฟื้นคืนชีพและการยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิต
- ☐ 2. จุดยืนของโรงพยาบาลต้องสอดคล้องกับความเชื่อ ศาสนา และธรรมเนียมปฏิบัติของคนในชุมชนและสอดคล้องกับข้อกำหนดของตัวบทกฎหมาย
- ☐ 3. โรงพยาบาลได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือระงับการบำบัดรักษาและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่สืบเนื่องมาจากผลการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว
- ☐ 4. โรงพยาบาลได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงผลที่จะตามมาหลังการตัดสินใจ
- ☐ 5. โรงพยาบาลได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงทางเลือกอื่น ๆ ของการบำบัดรักษา
- ☐ 6. โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทางสำหรับบุคลากรในการดำเนินการอย่างมีจริยธรรมและเป็นไปตามกฎหมายโดยสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ป่วยรวมถึงทางเลือกของการบำบัดรักษา

มาตรฐาน PFR.2.2

โรงพยาบาลส่งเสริมสิทธิของผู้ป่วยเพื่อประเมินและจัดการกับความเจ็บปวดรวมถึงตระหนักในการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอย่างเอื้ออาทร

เจตจำนงของ PFR.2.2

อาการปวดเป็นส่วนหนึ่งในประสบการณ์เจ็บป่วยของผู้ป่วยและอาการปวดที่ไม่ได้รับการบำบัดส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจ การสนองตอบต่ออาการปวดในผู้ป่วยนั้น มักขึ้นอยู่กับบริบท บรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนให้แจ้งถึงอาการปวดของตนเอง

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีลักษณะเฉพาะของความต้องการและมักได้อิทธิพลมาจากขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และศาสนา การคำนึงถึงขวัญกำลังใจและเกียรติของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยชี้้นำให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อที่จะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ บุคลากรต้องตระหนักถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยความต้องการนี้หมายถึงการบำบัดรักษาอาการหลักและอาการที่ตามมา การจัดการ

กับความเจ็บปวด, การสนองตอบต่อความต้องการด้านจิตใจ สังคม อารมณ์ ศาสนา และวัฒนธรรม รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบำบัดรักษา

กระบวนการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลจะเป็นที่ยอมรับและสะท้อนถึงสิทธิของผู้ป่วยในการประเมินและจัดการกับการอาการปวดและรวมถึงการประเมินและการจัดการกับความต้อการเฉพาะของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ด COP.6 และ COP.7 ME.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 2.2

- ☐ 1. โรงพยาบาลให้ความเคารพและสนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยในการประเมินและการจัดการกับความปวด
- ☐ 2. โรงพยาบาลให้ความเคารพและสนับสนุนสิทธิของผู้ป่วยในการประเมินและการจัดการกับความต้อการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ☐ 3. บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วย วัฒนธรรม และสังคมที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยที่กำลังประสบกับภาวะปวด
- ☐ 4. บุคลากรในโรงพยาบาลเข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วย วัฒนธรรม และสังคมที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยที่กำลังประสบกับระยะสุดท้ายหรือกำลังจะเสียชีวิต

มาตรฐาน PFR.3

โรงพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องแนวทางรับเรื่องร้องเรียนและแนวทางปฏิบัติหลังจากที่โรงพยาบาลได้รับคำร้องเรียน ข้อขัดแย้ง หรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันในแนวทางบำบัดรักษาและสิทธิผู้ป่วยที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว ③

เจตจำนงขอ PFR.3

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะร้องเรียนทางวาจาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาและข้อร้องเรียนนั้นควรถูกทบทวนอย่างเหมาะสมและได้รับการแก้ไขให้ลุล่วงเช่นเดียวกับการตัดสินใจในการบำบัดรักษา ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดคำถามเกิดขึ้น เกิดข้อขัดแย้ง หรือภาวะที่ยากต่อการตัดสินใจต่าง ๆ ระหว่างโรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้องซึ่งภาวะเหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่กระบวนการเข้าถึงการรักษา ระหว่างการรักษา หรือหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล บางครั้งเหตุการณ์เหล่านี้อาจแก้ไขได้ค่อนข้างลำบากเมื่อเกี่ยวเนื่องกับเหตุการณ์ ยกตัวอย่างเช่น การขอให้ยุติบริการฟื้นคืนชีพ หรือระงับการบำบัดรักษาเพื่อยืดชีวิต เป็นต้น

โรงพยาบาลได้กำหนดกระบวนการที่จะพยายามหาทางออกให้กับปัญหาข้อขัดแย้งหรือข้อร้องเรียน (ดู APR.11) โรงพยาบาลกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติถึงผู้ที่จำเป็นต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการนี้ รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวจะเข้ามามีส่วนในกระบวนการนี้อย่างไร (ดู SQE.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 3

- ☐ 1. ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงเรื่องกระบวนการ การแจ้งข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง หรือความคิดเห็นที่แตกต่าง
- ☐ 2. ข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง และข้อคิดเห็นที่แตกต่าง ได้รับการตรวจสอบจากโรงพยาบาล
- ☐ 3. ข้อร้องเรียน ข้อขัดแย้ง และข้อคิดเห็นที่แตกต่าง ที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการแก้ไขให้ลุล่วง
- ☐ 4. ผู้ป่วย ครอบครัว เข้ามามีส่วนในกระบวนการแก้ไขปัญหา

มาตรฐาน PFR.4

ผู้ป่วยทุกรายได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและความรับผิดชอบของตนเองด้วยวิธีการและภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

เจตจำนงขอ PFR.4

การรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในหรือการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกสำหรับบำบัดรักษาในโรงพยาบาล อาจสร้างความตระหนักและสับสนให้แก่ผู้ป่วย สร้างความลำบากในการแสดงสิทธิการรักษาและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ป่วยในกระบวนการบำบัดรักษา ดังนั้นโรงพยาบาลต้องเตรียมเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือคำแถลงถึงสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อม เพื่อนำเสนอหรือชี้แจงให้ผู้ป่วยรับทราบ เมื่อถูกรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอก และเอกสารนี้ต้องสามารถถูกเรียกดูได้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาใช้บริการ หรือตลอดระยะเวลาที่พักรักษาตัว ตัวอย่างเช่น คำประกาศสิทธิผู้ป่วยอาจติดแสดงไว้ในสถานพยาบาล เอกสารดังกล่าวควรเหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย ภาษาของผู้ป่วยและความเข้าใจของผู้ป่วย ในกรณีที่เอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่เหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องได้รับการบอกกล่าว ชี้แจง ข้อมูลของสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย ด้วยภาษาหรือวิธีการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 4

- ☐ 1. ข้อมูลสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยถูกนำเสนอให้แก่ผู้ป่วยด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ (ดู MOI.4, ME.5)
- ☐ 2. ข้อมูลสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยถูกนำเสนอในรูปแบบเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือวิธีการใด ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้
- ☐ 3. เอกสารที่ระบุถึงสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วยได้ถูกปิดประกาศหรือมีฉะนั้นจะต้องเข้าถึงได้โดยบุคลากรตลอดเวลา

การขอคำยินยอมทั่วไป

มาตรฐาน PFR.5

การให้คำยินยอมทั่วไปเพื่อการบำบัดรักษาทั้งกรณีรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือเมื่อได้รับลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกครั้งแรกมีความชัดเจนในขอบเขตของการบำบัดรักษารวมถึงข้อจำกัด (P)

เจตจำนงขอ PFR.5

มีโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ได้ขอรับความยินยอมทั่วไปจากผู้ป่วย (มากกว่าการยินยอมจากการบอกกล่าว) เพื่อการบำบัดรักษา เมื่อผู้ป่วยถูกรับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือเมื่อผู้ป่วยได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยนอกในครั้งแรก ในกรณีที่การขอคำยินยอมทั่วไปถูกใช้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลหรือชี้แจงถึงขอบเขตของคำยินยอมทั่วไป เช่น การตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาใดที่อยู่ภายใต้คำยินยอมทั่วไปนี้และโรงพยาบาลได้กำหนดวิธีการที่จะบันทึกคำยินยอมทั่วไปนี้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย และไม่ว่าโรงพยาบาลจะได้รับความยินยอมทั่วไปจากผู้ป่วยหรือไม่ แพทย์ทุกรายต้องได้รับการชี้แจง ถึงการตรวจวิเคราะห์ และวิธีการทางใดรักษาซึ่งจะต้องขอความยินยอมที่ใด

บอกกล่าว แยกต่างหาก ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยต้องรับทราบว่าในกระบวนการบำบัดรักษา อาจมีนักศึกษา เช่น นักศึกษาพยาบาล นักศึกษากิจกรรมบำบัด หรือนักศึกษาแพทย์ หรือนักศึกษาฝึกงาน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบำบัดรักษาผู้ป่วยด้วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 5

- ☐ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการชี้แจงถึงขอบเขตของคำยินยอมทั่วไปเมื่อถูกนำมาใช้โดยโรงพยาบาล
- ☐ 2. โรงพยาบาล กำหนดวิธีการบันทึกการขอคำยินยอมทั่วไปลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยเมื่อถูกนำมาใช้
- ☐ 3. ไม่ว่าจะได้รับการคำยินยอมทั่วไปหรือไม่ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการชี้แจงถึงการตรวจวิเคราะห์ และการบำบัดรักษา ซึ่งต้องใช้ในการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (ดู PFR.5.1)
- ☐ 4. ไม่ว่าจะได้รับการคำยินยอมทั่วไปหรือไม่ ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการชี้แจงว่าอาจมีนักศึกษาหรือนักศึกษาฝึกงานเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา

การขอคำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

มาตรฐาน PFR. 5.1

ผู้ป่วยให้คำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวผ่านกระบวนการซึ่งถูกกำหนดโดยโรงพยาบาลและถูกดำเนินการโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้วยวิธีการและภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้^(P)

เจตจำนงของ PFR.5.1

หนึ่งในหนทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบำบัดรักษาคือการให้คำยินยอมผ่านการบอกกล่าว โดยการให้ความยินยอมนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการชี้แจงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับแผนการรักษาซึ่งต้องบอกกล่าวก่อนการตัดสินใจ การขอคำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวอาจเกิดขึ้นได้ในหลาย ๆ จุดของกระบวนการรักษา ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยให้คำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเมื่อถูกรับเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลและก่อนเริ่มทำการหัตถการ หรือการรักษาที่มีความเสี่ยงสูง โดยกระบวนการขอความยินยอมนั้นจะถูกระบุไว้ชัดเจนในนโยบายและระเบียบปฏิบัติซึ่งกำหนดโดยโรงพยาบาล (ดู GLD.17, ME.4) โดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้ถูกนำมาเชื่อมโยงประสานกันในนโยบาย และระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการชี้แจงถึงชนิดของการตรวจวิเคราะห์ หัตถการและการรักษาใด ๆ ที่ต้องขอความยินยอมและวิธีการขอความยินยอมจากผู้ป่วย (ยกตัวอย่าง เช่น ให้คำยินยอมทางวาจา, การลงชื่อในเอกสารขอความยินยอม, หรือผ่านวิธีการอื่น ๆ) การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยบุคลากรในโรงพยาบาลอาจเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอคำยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (ยกตัวอย่างเช่น การผ่าตัด หรือการระงับความรู้สึก) ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงผู้ให้ความยินยอม นอกเหนือจากตัวผู้ป่วยบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ขอความยินยอมจากผู้ป่วย ต้องได้รับการอบรมเรื่องการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอม และการบันทึกคำยินยอมของผู้ป่วย (ดู PFR.5 ME.3 และ GLD.18)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 5.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีกระบวนการขอความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว ที่ชัดเจน และถูกนำไปใช้โดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมในกระบวนการดังกล่าว

- ☐ 2. ผู้ป่วยได้รับการชี้แจงถึงกระบวนการขอความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว และกรณีใดที่ต้องการความยินยอมจากผู้ป่วย
- ☐ 3. ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว ภายหลังจากได้รับข้อมูลด้วยวิธีการ และภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ (ดู MOI.4, ME.5)
- ☐ 4. ผู้ป่วยให้ความยินยอมหลังจากได้รับการบอกกล่าว โดยเป็นไปตามกระบวนการ
- ☐ 5. มีการบันทึกการให้ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน
- ☐ 6. อัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัว ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

มาตรฐาน PFR.5.2

มีการขอคำยินยอมก่อนกระบวนการผ่าตัด การระงับความรู้สึก การระงับประสาทเพื่อทำหัตถการ การให้เลือด และส่วนประกอบของเลือดรวมถึงการบำบัดรักษาด้วยวิธีการเลี้ยงสูงต่าง ๆ (P)

เจตจำนงของ PFR.5.2

เมื่อแผนการรักษาประกอบด้วย การผ่าตัด หรือหัตถการที่ลึกลับ การระงับความรู้สึก การระงับประสาทเพื่อทำหัตถการ การให้เลือดและองค์ประกอบของเลือดหรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีการเลี้ยงสูงต้องมีการขอความยินยอมที่แยกเป็นการเฉพาะหัตถการ (ดู COP.3, ASC.3, ASC.3.3, ASC.5.1 และ ASC.7.1) โดยกระบวนการขอความยินยอมนี้ มีเนื้อหาที่ถูกระบุอยู่ในมาตรฐาน PFR. 5.3 และอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสารสนเทศได้ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน ของผู้ป่วย (ดู COP.8.5 และ COP.9.1)

ไม่ใช่ทุกการบำบัดรักษาหรือทุกหัตถการจะต้องการคำยินยอมที่แยกเป็นการเฉพาะ โดยในแต่ละโรงพยาบาลจะเป็นผู้กำหนดหัตถการเลี้ยงสูงหรือชนิดของการบำบัดรักษาที่จำเป็นต้องขอความยินยอม (ดู COP.3 และ GLD.7) โรงพยาบาลต้องจัดทำรายการหัตถการเลี้ยงสูงหรือชนิดของการบำบัดรักษาที่ต้องขอความยินยอมและอบรมให้ความรู้แก่บุคลากร เพื่อให้มั่นใจได้ว่ากระบวนการขอความยินยอมนั้นจะถูกนำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ รายการดังกล่าวเกิดขึ้นจากความร่วมมือกันระหว่างแพทย์หรือบุคลากรที่เป็นผู้ทำหัตถการหรือให้การบำบัดรักษา และประกอบด้วยหัตถการที่กระทำแก่ผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 5.2

- ☐ 1. มีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหรือก่อนทำหัตถการลึกลับ
- ☐ 2. มีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกหรือการระงับประสาทก่อนทำหัตถการ
- ☐ 3. มีการขอความยินยอมก่อนการให้เลือดและผลิตภัณฑ์องค์ประกอบของเลือด (ดู COP.3.3)
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีรายการของหัตถการ หรือชนิดของการบำบัดรักษาอื่น ๆ ที่ต้องการคำยินยอมจากผู้ป่วยที่แยกเป็นการเฉพาะ
- ☐ 5. มีการขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเริ่มหัตถการหรือชนิดของการบำบัดรักษาอื่น ๆ และ/หรือที่มีความเสี่ยงสูง

มาตรฐาน PFR.5.3

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลสารสนเทศอย่างเพียงพอถึงสถานะของผู้ป่วย แนวทางการบำบัดรักษาหรือหัตถการที่คาดหวัง บุคลากรที่เป็นผู้บำบัดรักษา เพื่อให้ความยินยอมและตัดสินใจดำเนินกิจกรรมบำบัดรักษา

เจตจำนงของ PFR. 5.3

เมื่อการขอความยินยอมหลังจากการบอกกล่าวแก่ผู้ป่วย มีความจำเป็นก่อนเริ่มทำการบำบัดรักษาหรือก่อนเริ่ม ทำหัตถการ องค์ประกอบดังที่ระบุด้านล่างนี้จะต้องถูกระบุในกระบวนการขอความยินยอม และต้องถูกอธิบาย ก่อนขอความยินยอมจากผู้ป่วย

- a) สภาวะ หรืออาการของผู้ป่วย
- b) การบำบัดรักษา หรือหัตถการที่จะเกิดขึ้น
- c) ชื่อของบุคคลที่เป็นผู้ให้การบำบัดรักษา
- d) ประโยชน์ และผลเสียที่อาจเกิดขึ้น
- e) ทางเลือกการรักษาอื่น ๆ ที่เป็นไปได้
- f) โอกาสประสบความสำเร็จ
- g) ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการฟื้นตัว
- h) ผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการ (ดู PFR.5.2)

เมื่อการขอความยินยอมหลังได้รับการบอกกล่าวมีความจำเป็นก่อนทำหัตถการใด ๆ ก็ตามบุคลากรจะต้องอธิบาย รายละเอียดของการบำบัดรักษาหรือหัตถการที่จะเกิดขึ้นอย่างชัดเจนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวทราบโดยรายละเอียด ต้องครอบคลุมองค์ประกอบ a) ถึง h) และสัมพันธ์กับสภาวะหรืออาการของผู้ป่วยและแผนการรักษา

บุคลากรต้องชี้แจงผู้ป่วยถึงชื่อของแพทย์หรือผู้ให้การบำบัดรักษาผู้ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในแผนการรักษาหรือผู้ ที่ได้รับสิทธิ์ในการบำบัดรักษาหรือทำหัตถการให้กับผู้ป่วย โดยปกติผู้ป่วยมักจะมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับ ผู้รับผิดชอบหลักในแผนการรักษา เช่น ประสิทธิภาพการรักษา ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาล เป็นต้น โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีกระบวนการที่ตอบสนองต่อข้อมูลที่ผู้ป่วยร้องขอเพิ่มเติม ซึ่งเกี่ยวกับแพทย์หรือผู้ให้การ บำบัดรักษา ซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลของตน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 5.3

- ☐ 1. ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลองค์ประกอบ a) ถึง h) ที่ระบุในเจตจำนงของมาตรฐานโดยเป็นส่วนหนึ่งใน กระบวนการขอความยินยอมในหัตถการ หรือชนิดของการบำบัดรักษาที่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย (ดู PFE.2)
- ☐ 2. ในกรณีที่การขอความยินยอมหลังจากได้รับการบอกกล่าวมีความจำเป็นผู้ป่วยจะต้องได้รับการชี้แจง รายละเอียดขององค์ประกอบ a) – h) ที่ระบุในเจตจำนงของมาตรฐานมีความสอดคล้องกับสภาวะหรือ อาการของผู้ป่วย และแผนการบำบัดรักษาหรือหัตถการ (ดู ASC.3.3, ME.1; ASC.5.1, ME.1; และ ASC.7.1, ME.1 และ 2)
- ☐ 3. ผู้ป่วยรับทราบอัตลักษณ์ของแพทย์ หรือผู้ให้การบำบัดรักษาที่มีส่วนรับผิดชอบในแผนการรักษา
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีกระบวนการตอบสนองต่อข้อมูลที่ผู้ป่วยร้องขอเพิ่มเติม ซึ่งเกี่ยวข้องกับแพทย์หรือผู้ให้การ บำบัดรักษาซึ่งมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลของตน

มาตรฐาน PFR.5.4

โรงพยาบาลได้กำหนดกระบวนการระบุผู้ที่สามารถให้คำยินยอมแทนผู้ป่วยสอดคล้องตามระเบียบข้อบังคับทาง กฎหมาย วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียม

เจตจำนงของ PFR. 5.4

การขอความยินยอมหลังได้รับการบอกกล่าว ในบางเวลาอาจจำเป็นต้องมีผู้ร่วมตัดสินใจในการบำบัดรักษา นอกเหนือจากตัวผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อเท็จจริงในกรณีที่ผู้ป่วยมีสถานะทางด้านจิตใจหรือทางด้านร่างกายที่ไม่ปกติและไม่สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ในทางวัฒนธรรมหรือขนบธรรมเนียมอาจต้องการให้มีผู้ช่วยตัดสินใจเพื่อการบำบัดรักษาหรือในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำการตัดสินใจในการรักษาได้ด้วยตนเอง จะต้องกำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยและเมื่อมีการให้คำยินยอมแทนตัวผู้ป่วย ผู้ให้คำยินยอมจะต้องถูกบันทึกลงในเวชระเบียนผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR. 5.4

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีกระบวนการกำหนดว่ากรณีใดที่อนุญาตให้ผู้อื่นสามารถให้คำยินยอมแทนตัวผู้ป่วยได้และกระบวนการดังกล่าวถูกนำไปใช้
- ☐ 2. กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องตามระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียม
- ☐ 3. ผู้ให้ความยินยอมนอกเหนือจากตัวผู้ป่วยต้องถูกระบุไว้ในเวชระเบียน

การบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ

หมายเหตุ: มาตรฐานต่อไปนี้จะถูกนำไปใช้ต่อเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ยังไม่มีการปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อเกิดขึ้นแต่ในระหว่างเวลานั้น ผู้ป่วยอาจมีการร้องขอข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ และ/หรืออาจมีการบริจาคอวัยวะหรือเนื้อเยื่อเกิดขึ้น เมื่อมีการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะหรือเนื้อเยื่อ, มีการประยุกต์ใช้มาตรฐานสำหรับแผนงานการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ (ที่พบใน COP.8 จนถึง COP.9.3).

มาตรฐาน PFR.6

โรงพยาบาลให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการพิจารณาบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่ออื่น ๆ

มาตรฐาน PFR.6.1

โรงพยาบาลมีการกำกับดูแลกระบวนการจัดหาและบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ®

เจตจำนงของ PFR.6 และ PFR.6.1

จากสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคเพื่อการปลูกถ่ายเป็นตัวกระตุ้นให้ในหลายประเทศปรับปรุงกระบวนการและระบบสรรหาอวัยวะเพื่อรองรับการปลูกถ่าย ในบางประเทศมีกฎหมายกำหนดให้ประชาชนทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะ ยกเว้นว่าต้องการจะระบุเป็นอย่างอื่น (โดยต้องถือสิทธิ์ขอคำยินยอม) ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ การบริจาคอวัยวะจะต้องมีการระบุความยินยอมหรือแสดงความจำนงที่ชัดเจน โรงพยาบาลมีความรับผิดชอบต่อการกำหนดกระบวนการขอความยินยอมและการบันทึกความยินยอมของผู้บริจาค เซลล์ เนื้อเยื่อ หรืออวัยวะ ทั้งนี้ต้องสอดคล้องกับมาตรฐานทางจริยธรรมในระดับนานาชาติและกระบวนการสรรหาอวัยวะของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบภายในประเทศนั้น ๆ โรงพยาบาลมีความรับผิดชอบที่จะรับประกันว่ามีมาตรการควบคุมที่เพียงพอในหน่วยงานเพื่อป้องกันปัญหาผู้ป่วยรู้สึกถูกบีบบังคับให้บริจาคอวัยวะ

โรงพยาบาลให้การสนับสนุนทางเลือกแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่ออื่น ๆ สำหรับงานค้นคว้าวิจัยหรือเพื่อการปลูกถ่าย ข้อมูลสารสนเทศดังกล่าวได้ถูกสื่อสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านกระบวนการบริจาคอวัยวะและวิธีการของหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบสรรหาอวัยวะในชุมชน ภูมิภาค หรือในระดับประเทศ (เช่น หน่วยงานหรือเครือข่ายรับบริจาคอวัยวะในระดับภูมิภาคหรือประเทศ)

การขาดแคลนอวัยวะสำหรับการปลูกถ่ายทำให้เกิดการความสงสัยในทางปฏิบัติเรื่องการสรรหาและการปลูกถ่ายอวัยวะ โดยทางปฏิบัตินี้รวมถึงกลุ่มคนผู้ด้อยโอกาส (เช่น ผู้ไม่รู้หนังสือ ผู้มีฐานะยากจน ชนเผ่าพื้นเมือง ผู้อพยพที่ขาดเอกสาร รับรอง, นักโทษ หรือผู้ลี้ภัยทางเศรษฐกิจ) ต้องกลายมาเป็นผู้บริจาคอวัยวะที่ยังมีชีวิตหรือร่วมขบวนการค้ามนุษย์ (การรับซื้อหรือการขายอวัยวะของมนุษย์ในตลาดมืด) การเก็บเกี่ยวอวัยวะของมนุษย์โดยปราศจากการให้ความยินยอมก่อนจากนักโทษประหารหรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตและนักทอ่งเทียมเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะที่ไม่มีหลักประกันแน่นอนถึงความปลอดภัยของอวัยวะผู้บริจาค และตัวผู้รับบริจาคอวัยวะเอง การกำกับดูแลกระบวนการสรรหาอวัยวะและเนื้อเยื่อบริจาค่นั้น ต้องสอดคล้องและเป็นไปตามกฎระเบียบข้อบังคับของกฎหมาย มีความเคารพในความเชื่อ ศรัทธาของคนที่ในชุมชนและค่านิยมทางวัฒนธรรม เน้นย้ำหลักการปฏิบัติตามจริยธรรมและระบุดังกล่าวในการร้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการอบรมเรื่องกระบวนการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อ โดยเน้นการสนับสนุนทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวและยังควรได้รับการอบรมให้คำนึงถึงไปพร้อม ๆ กับปัญหาที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและความพร้อมของการปลูกถ่าย โรงพยาบาลมีการประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ หรือหน่วยงานในชุมชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบสรรหาอวัยวะ การเก็บรักษา การเคลื่อนย้าย และการปลูกถ่ายอวัยวะ (ดู COP.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR.6

1. โรงพยาบาลมีส่วนสนับสนุนผู้ป่วย และครอบครัวถึงทางเลือกในการบริจาคอวัยวะ และเนื้อเยื่อ
2. โรงพยาบาลเสนอข้อมูล สารสนเทศแก่ผู้ป่วย และครอบครัวถึงกระบวนการบริจาคอวัยวะ
3. โรงพยาบาลเสนอข้อมูล สารสนเทศแก่ผู้ป่วย และครอบครัวถึงวิธีการบริหารจัดการ การสรรหาอวัยวะ
4. โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจในมาตรการควบคุมที่เพียงพอ ในสถานพยาบาล เพื่อปกป้องผู้ป่วยจากความรู้สึกถูกบีบบังคับให้บริจาคอวัยวะ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFR.6.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดกระบวนการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อและให้การรับประกันว่ากระบวนการดังกล่าวสอดคล้องหรือเป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับทางกฎหมาย ความเชื่อทางศาสนา และค่านิยมทางวัฒนธรรม
- ☐ 2. โรงพยาบาลระบุความประสงค์ในการขอคำยินยอมและพัฒนากระบวนการขอคำยินยอมที่สอดคล้องกับความประสงค์ดังกล่าว
- ☐ 3. บุคลากรได้รับการอบรมเรื่องข้อกังวลเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะและความพร้อมในการปลูกถ่าย
- ☐ 4. โรงพยาบาลได้ประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานในชุมชนให้ความเคารพและนำการตัดสินใจบริจาคอวัยวะไปปฏิบัติ

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

การประเมินผู้ป่วย (AOP)

ภาพรวม

เป้าหมายของการประเมิน คือ เพื่อจัดการดูแล, การรักษา, และการบริการที่จะตอบสนองความต้องการเบื้องต้นของผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง กระบวนการประเมินผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่และเกิดต่อเนื่องสำหรับกรณีฉุกเฉิน, ไม่ฉุกเฉิน, หรือการดูแลรักษาตามแผน, แม้ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง. การประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและแผนกและคลินิก. การประเมินผู้ป่วยประกอบด้วยสามกระบวนการหลัก

- 1) การรวบรวมสารสนเทศและข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางร่างกาย, จิตใจ, สังคม, และประวัติ สุขภาพของผู้ป่วย
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ, รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพ วินิจฉัย, เพื่อระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้ป่วย
- 3) การจัดทำแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ

ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินซ้ำตลอดระยะเวลาของการดูแล, การรักษา, และการบริการ. การประเมินซ้ำเป็นกุญแจสำคัญในการทำความเข้าใจการตอบสนองของผู้ป่วยเพื่อการดูแล, การรักษา, และการให้บริการและเป็นสิ่งจำเป็นในการระบุการตัดสินใจในการดูแลที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการประเมินอาจแตกต่างกันระหว่างการบริการ, ที่กำหนดโดยผู้นำของโรงพยาบาล. ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินครั้งแรกของผู้ป่วยอาจบ่งบอกถึงความจำเป็นที่เพิ่มขึ้นหรือการ ประเมินเพิ่มเติมที่จำเป็นสำหรับการดูแล, การรักษา, และการบริการและสถานะของผู้ป่วย.

การประเมินผู้ป่วยมีความเหมาะสมเมื่อพิจารณาสถานะของผู้ป่วย, อายุ, ความต้องการด้านสุขภาพ, และความ ต้องการของผู้ป่วย. กระบวนการเหล่านี้จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อมี ความร่วมมือกันของผู้ปฏิบัติงาน การดูแลสุขภาพต่าง ๆ ที่รับผิดชอบของผู้ป่วย

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ **®** หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

AOP.1 ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาลต้องได้รับการประเมินความต้องการในดูแลสุขภาพตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้. **®**

- AOP.1.1 การประเมินเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายรวมถึงการร่างกายและประวัติสุขภาพประกอบด้วย การประเมินจิตใจ,จิตวิญญาณ/วัฒนธรรม (ตามความเหมาะสม), สังคม, และเศรษฐกิจ.
- AOP.1.2 ความต้องการทางการแพทย์และการพยาบาลของผู้ป่วยจะได้รับการระบุจากผลการประเมินเบื้องต้น,ซึ่งจะแล้วเสร็จและบันทึกไว้ในเวชระเบียนภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือเร็วกว่านั้นตามสภาวะของผู้ป่วย. ⑥
- AOP.1.2.1 การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินจะขึ้นอยู่กับความต้องการและสภาวะของผู้ป่วย. ⑥
- AOP.1.3 โรงพยาบาลมีกระบวนการในการรับผลการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ที่ทำโดยคลินิกหรือสถานพยาบาลอื่นก่อนที่จะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก
- AOP.1.3.1 การประเมินทางการแพทย์ก่อนการผ่าตัดได้รับการบันทึกไว้ก่อนการระบุความรู้สึกหรือก่อนที่จะทำการผ่าตัดและครอบคลุมความต้องการด้านการแพทย์, ร่างกาย, จิตใจ,สังคม, เศรษฐกิจ, และการจำหน่าย
- AOP.1.4 ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโภชนาการ, ความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร, และความต้องการพิเศษอื่น ๆ ได้รับการส่งต่อไปรับการประเมินดังกล่าวเมื่อจำเป็น.
- AOP.1.5 ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกรายได้รับการคัดกรองความเจ็บปวดและได้รับการประเมินเมื่อมีความเจ็บปวด
- AOP.1.6 การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลมีการดำเนินการเฉพาะรายสำหรับประชากรกลุ่มพิเศษที่ต้องได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาล ⑥
- AOP.1.7 ผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิตและครอบครัวได้รับการประเมินและประเมินซ้ำตามความต้องการเฉพาะราย.
- AOP.1.8 การประเมินเบื้องต้นรวมถึงการพิจารณาความจำเป็นในการ วางแผนจำหน่าย ⑥
- AOP.2 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่ขึ้นอยู่กับสภาวะและการรักษาของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษาและแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือการจำหน่าย ⑥
- AOP.3 ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและประเมินซ้ำ ⑥
- AOP.4 แพทย์, พยาบาล และ วิชาชีพอื่น ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมีการประสานความร่วมมือในการวิเคราะห์และบูรณาการการประเมินผู้ป่วยและการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน/ความต้องการที่สำคัญการดูแลผู้ป่วย

บริการห้องปฏิบัติการ

- AOP.5 บริการห้องปฏิบัติการพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการให้บริการดังกล่าวทั้งหมดเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ของ ห้องถิ่นและประเทศ.
- AOP.5.1 บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการการให้บริการห้องปฏิบัติการทางคลินิกหรือบริการทางพยาธิวิทยา ⑥
- AOP.5.1.1 บุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลภาพรวมและกำกับติดตามแผนงานการตรวจ ทดสอบ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT) ⑥
- AOP.5.2 บุคลากรห้องปฏิบัติการทุกคนมีการศึกษา, การฝึกอบรม, คุณวุฒิ, และประสบการณ์ที่จำเป็นในการบริหารและการตรวจทดสอบและการแปลผล
- AOP.5.3 แผนงานด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการได้รับการนำไปปฏิบัติ, ติดตาม, และได้รับการบันทึก, และธำรงไว้ซึ่งการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและแผนงานควบคุมการติดเชื้อ ⑥
- AOP.5.3.1 ห้องปฏิบัติการใช้กระบวนการประสานงานเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเป็นผลมาจากการสัมผัส กับโรคติดเชื้อและวัตถุและขยะชีวอันตราย ⑥

- AOP.5.4 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามกำหนดไว้โดยโรงพยาบาล (P)
- AOP.5.5 เครื่องมืออุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้สำหรับการทดสอบในห้องปฏิบัติการมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ, การบำรุงรักษา, และการสอบเทียบ, และมีการบันทึกไว้อย่างเหมาะสม. (P)
- AOP.5.6 น้ำยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น, และวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็น, ทั้งหมดได้รับการประเมินเพื่อสร้างความมั่นใจใน ความถูกต้องและแม่นยำของผลการตรวจ. (P)
- AOP.5.7 มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการในการเก็บรวบรวม, การระบุ, การหยิบสัมผัส, การขนย้ายที่ปลอดภัย, และการกำจัดสิ่งส่งตรวจ (P)
- AOP.5.8 ห้องปฏิบัติการกำหนดช่วงค่าอ้างอิง (reference intervals) หรือค่าปกติ (normal ranges) สำหรับการตรวจวิเคราะห์แต่ละประเภทที่ให้บริการ.
- AOP.5.9 มีกระบวนการควบคุมคุณภาพการให้บริการห้องปฏิบัติการได้รับการติดตามและบันทึกไว้ (P)
- AOP.5.9.1 มีกระบวนการในการทดสอบความชำนาญในการให้บริการห้องปฏิบัติการนั้น (P)
- AOP.5.10 ห้องปฏิบัติการอ้างอิง/ สัญญาจ้างโดยโรงพยาบาลมีใบอนุญาตและได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับที่มีอำนาจในการออกใบอนุญาต.
- AOP.5.10.1 โรงพยาบาลระบุนาตรการในการตรวจสอบคุณภาพของการบริการที่ให้บริการโดยห้องปฏิบัติการ อ้างอิง/ สัญญาจ้าง

ธนาคารเลือดและ/หรือบริการให้เลือด

- AOP.5.11 บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบธนาคารเลือด และ/หรือบริการให้เลือดและสร้างความมั่นใจว่าการให้บริการเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ (P)

บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย

- AOP.6 บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย, และการให้บริการดังกล่าวเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของท้องถิ่นและประเทศ.
- AOP.6.1 บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการการให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย
- AOP.6.2 บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและประสบการณ์ดำเนินการตรวจการวินิจฉัย, แปลผล, และรายงานผล
- AOP.6.3 แผนงานการจัดการความปลอดภัยทางรังสีได้รับการนำไปปฏิบัติ, ติดตาม, และได้รับการบันทึก, และเข้ารหัสไว้ซึ่งการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและแผนงานควบคุมการติดเชื้อ (P)
- AOP.6.4 ผลการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเป็นไปตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามกำหนดไว้โดยโรงพยาบาล (P)
- AOP.6.5 เครื่องมืออุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้สำหรับการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ, การบำรุงรักษา, และการสอบเทียบ, และมีการบันทึกไว้อย่างเหมาะสม (P)
- AOP.6.6 फिल्मเอกซเรย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นมีความพร้อมใช้เมื่อโรงพยาบาลใช้ फिल्मเอกซเรย์
- AOP.6.7 มีกระบวนการควบคุมคุณภาพการให้บริการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย, การติดตาม, การตรวจสอบและบันทึกไว้ (P)
- AOP.6.8 โรงพยาบาลมีการทบทวนผลการควบคุมคุณภาพของแหล่งบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกที่เป็นสัญญาจ้างทั้งหมด

มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

การประเมินผู้ป่วย

มาตรฐาน AOP.1

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาลต้องได้รับการประเมินความต้องการในดูแลสุขภาพตามที่โรงพยาบาลกำหนดไว้. (P)

เจตจำนงของ AOP.1

กระบวนการประเมินผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ทันทั่วถึงและเกิดต่อเนื่องสำหรับกรณีฉุกเฉิน, ไม่ฉุกเฉิน, หรือการดูแลรักษาตามแผน, แม้ในขณะที่ผู้ป่วย มีอาการการเปลี่ยนแปลง. การประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและแผนกและคลินิก. การประเมินผู้ป่วยประกอบด้วยสามกระบวนการหลัก

- 1) การรวบรวมสารสนเทศและข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางร่างกาย, จิตใจ, สังคม, และประวัติ สุขภาพของผู้ป่วย
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ, รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพ วินิจฉัย, เพื่อระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้ป่วย
- 3) การจัดทำแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ

เมื่อผู้ป่วยได้รับการลงทะเบียนหรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในหรือการดูแล/การรักษา ผู้ป่วยนอก, ไม่ว่าจะโดยคนในหรือกระบวนการที่คล้ายกัน, ต้องมีกระบวนการในการแจ้งผลการประเมินที่สมบูรณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุผลสำหรับการเข้ารับการดูแลของผู้ป่วย. สารสนเทศเฉพาะที่ โรงพยาบาลต้องใช้ในขั้นตอนนี้, และกระบวนการที่จะได้มา, ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยและการดูแลที่จัดให้ (ตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยในหรือการดูแลผู้ป่วยนอก). นโยบายและระเบียบปฏิบัติของ โรงพยาบาลต้องกำหนดวิธีการปฏิบัติงานและสารสนเทศที่ต้องการรวบรวมและบันทึกไว้. (ดู ACC.1)

การประเมินความต้องการของผู้ป่วย, โรงพยาบาลต้องกำหนด, ในนโยบาย, เนื้อหาขั้นต่ำของการประเมินที่จะต้องดำเนินการโดยแพทย์, พยาบาล, และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ. การประเมินจะดำเนินการโดยแต่ละวิชาชีพที่อยู่ในขอบเขตของการปฏิบัติ, ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ, ตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ, หรือได้รับการรับรอง. เฉพาะบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่ในการประเมินแบบประเมินใด ๆ ที่ใช้สำหรับการประเมินสะท้อนให้เห็นถึงนโยบายนี้. โรงพยาบาลกำหนดกิจกรรมในการประเมินทั้งผู้ป่วยในและการให้บริการดูแลผู้ป่วยนอก. โรงพยาบาลกำหนดองค์ประกอบเพื่อการประเมินร่วมกันเหล่านั้นและกำหนดการประเมินที่มีความแตกต่างใด ๆ, เมื่อได้รับอนุญาต, อยู่ในขอบเขตของการประเมินการบริการทางการแพทย์ทั่วไป, และการประเมิน พิเศษ. นโยบายกำหนดการประเมินที่สมบูรณ์อาจทำโดยบุคคลที่มีคุณสมบัติมากกว่าหนึ่งและในเวลา ที่แตกต่างกัน. เนื้อหาทั้งหมดจะต้องพร้อมใช้เมื่อการรักษาเมื่อเริ่มต้น (ดู AOP.1.2 และ AOP.1.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1

- ❑ 1. มีการกำหนดเนื้อหาสาระขั้นต่ำของการประเมินผู้ป่วยในสำหรับแต่ละสาขาทางคลินิกซึ่งทำการ ประเมิน และระบุองค์ประกอบที่จำเป็นของการซักประวัติและตรวจร่างกาย.(ดู ASC.3.2, ME 1 และ ASC.4, ME 1)
- ❑ 2. มีการกำหนดเนื้อหาสาระขั้นต่ำของการประเมินผู้ป่วยนอกสำหรับแต่ละสาขาทางคลินิกซึ่งทำ การ ประเมินและระบุองค์ประกอบที่จำเป็นของการซักประวัติและตรวจร่างกาย.(ดู ASC.3.2, ME 1 และ ASC.4, ME 1)
- ❑ 3. เฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโดยกฎหมายและระเบียบ ข้อบังคับที่ เกี่ยวข้องหรือโดยใบรับรองเท่านั้นที่ทำการประเมิน.(ดู SQE.10, ME 3)
- ❑ 4. โรงพยาบาลระบุข้อมูลสารสนเทศที่ต้องบันทึกไว้สำหรับการประเมินผล.(ดู MMU.4, ME 5)

มาตรฐาน AOP.1.1

การประเมินเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายรวมถึงการร่างกายและประวัติสุขภาพ ประกอบด้วย การประเมินจิตใจ, จิตวิญญาณ/ วัฒนธรรม (ตามความเหมาะสม), สังคม, และเศรษฐกิจ.

เจตจำนงของ AOP.1.1

การประเมินเบื้องต้นของผู้ป่วย, ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน, มีความสำคัญต่อการระบุความต้องการในกระบวนวางแผนการดูแล. ข้อมูลในการประเมินเบื้องต้น

- เข้าใจการดูแลที่ผู้ป่วยกำลังมองหา;
- เลือกการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย;
- รูปแบบการวินิจฉัยเบื้องต้น; และ
- เข้าใจในการตอบสนองของผู้ป่วยต่อดูแลที่ผ่านมา.

เพื่อให้ข้อมูลนี้, การประเมินเบื้องต้นรวมถึงการประเมินทางการแพทย์ของผู้ป่วยผ่านการตรวจร่างกายและประวัติสุขภาพ. การประเมินทางจิตวิทยาเพื่อกำหนดสถานะทางอารมณ์ของผู้ป่วย(ตัวอย่างเช่น, ภาวะซึมเศร้า, กลัว, หรือ การทำร้าย, และอาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือคนอื่น ๆ). การรวบรวมข้อมูล ทางสังคมของผู้ป่วยไม่ใช่เพื่อที่จะ "จำแนก" ผู้ป่วย. แต่สังคม, วัฒนธรรม, จิตวิญญาณ, ครอบครัว, และบริบททางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งมีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยและการรักษา ของผู้ป่วย. ครอบครัวจะมีประโยชน์มากในการประเมินและการทำความเข้าใจในความปรารถนาของ ผู้ป่วยและกระบวนการประเมิน. การประเมินปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นส่วนหนึ่งของการประเมิน ทางสังคมหรืออาจมีการประเมินแยกออกไปเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของทั้งหมดหรือบางส่วนของการดูแลในขณะที่ผู้ป่วยใน. บุคลากรที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันอาจจะเกี่ยวข้อง กับการ ประเมินของผู้ป่วย. ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือผลการประเมินจะต้องเสร็จสมบูรณ์และพร้อมใช้งาน (ดู ACC.3, ME 2) ให้กับผู้ที่ดูแลผู้ป่วย.

การประเมินผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์มากที่สุดเมื่อสามารถใช้พิจารณาภาวะของผู้ป่วย, อายุ, และความต้องการ ด้านสุขภาพ, ที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย. กระบวนการเหล่านี้จะดำเนินการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อมีการประสานความร่วมมือกันของผู้ให้การดูแลสุขภาพต่าง ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (ดู COP.8 และ MOI.9.1, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.1

- ☐ 1.ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทั้งหมดได้รับการประเมินเบื้องต้นที่ครอบคลุมประวัติสุขภาพและการตรวจร่างกายตามที่กำหนดไว้ในนโยบายของโรงพยาบาล.(ดู MMU.4, ME 5)
- ☐ 2.ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินเบื้องต้นทางจิตวิทยาที่ระบุโดยความต้องการของผู้ป่วย (ดู COP.8.7 และ COP.9.2)
- ☐ 3.ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินเบื้องต้นทางสังคมและเศรษฐกิจที่ระบุโดยความต้องการของผู้ป่วย (ดู COP.8.5)
- ☐ 4.ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินเบื้องต้นทางจิตวิญญาณ/ วัฒนธรรม,ตามความเหมาะสมและที่ระบุโดยความต้องการของผู้ป่วย
- ☐ 5.ผลการประเมินเบื้องต้นใช้ในการวินิจฉัยเบื้องต้น

มาตรฐาน AOP.1.2

ความต้องการทางการแพทย์และการพยาบาลของผู้ป่วยจะได้รับการระบุจากผลการประเมินเบื้องต้น,ซึ่งจะแล้วเสร็จและบันทึกไว้ในเวชระเบียนภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือเร็วกว่านั้นตามสถานะของผู้ป่วย. ⑤

มาตรฐาน AOP.1.2.1

การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลของผู้ป่วยจะถูกเงินจะขึ้นอยู่กับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย. ⑤

เจตจำนงของ AOP.1.2 และ AOP.1.2.1

ผลจากการประเมินเบื้องต้นของผู้ป่วยเป็นความเข้าใจความต้องการทางการแพทย์และการพยาบาลของผู้ป่วยในการดูแลและการรักษา. (ดู COP.8.7) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นี้, โรงพยาบาลกำหนด เนื้อหาสาระขั้นต่ำของการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลและอื่น ๆ (ดู AOP.1) กรอบเวลาของการประเมินผลที่สมบูรณ์, และเอกสารสำหรับการประเมินที่ต้องบันทึกไว้ (ดู AOP.1.3) แม้ว่าการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลเป็นหลักในการเริ่มต้นของการดูแล, อาจจะมีการประเมินผลเพิ่มเติมโดยผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ, รวมทั้งการประเมินพิเศษ (ดู AOP.1.4 และ AOP.1.5) และการประเมินผลเป็นรายบุคคล (ดู AOP.1.6). การประเมินเหล่านี้จะ ต้องบูรณาการและระบุความต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน (ดู AOP.4)

การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลจะต้องแล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและมีพร้อมใช้สำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วย. เมื่อผู้ป่วยมีสถานะบ่งชี้, การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และ/หรือการพยาบาลจะได้รับการดำเนินการและสามารถ เข้าถึงได้. ดังนั้น, ผู้ป่วยจะถูกเงินจะได้รับการประเมินในทันที, และนโยบายต้องกำหนดกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ได้รับการประเมินเร็วกว่า 24 ชั่วโมง.

ในกรณีฉุกเฉิน, การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลอาจขึ้นอยู่กับความต้องการและสถานะของผู้ป่วย. นอกจากนี้, เมื่อไม่มีเวลาในการบันทึกประวัติและการตรวจร่างกายที่สมบูรณ์ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัด,บันทึกโดยย่อและการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดจะต้องถูกบันทึกไว้ก่อนการผ่าตัด (ดู MOI.9.1, ME 3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.2

- ☐ 1. การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์, ครอบคลุมประวัติสุขภาพ, การตรวจร่างกาย, และผลการประเมินอื่นๆ ที่ต้องการตามสถานะของผู้ป่วย, จะต้องดำเนินการและบันทึกไว้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือเร็วกว่านั้นตามสถานะของผู้ป่วย
- ☐ 2. การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์มีผลการวินิจฉัยเฉพาะทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับสถานะของผู้ป่วย และใช้สนับสนุนการรักษาและการติดตามอาการ.
- ☐ 3. การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการและบันทึกไว้ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือเร็วกว่านั้นตามสถานะของผู้ป่วย
- ☐ 4. การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมีผลการประเมินความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยหรือสถานะที่ต้องได้รับการพยาบาล, การปฏิบัติ, หรือการติดตามอาการที่เฉพาะเจาะจง

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.2.1

- ☐ 1. การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ของผู้ป่วยฉุกเฉินจะขึ้นอยู่กับความต้องการและสถานะของผู้ป่วยและบันทึกไว้ในเวชระเบียน
- ☐ 2. การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ของผู้ป่วยฉุกเฉินจะขึ้นอยู่กับความต้องการและสถานะของผู้ป่วยและบันทึกไว้ในเวชระเบียน
- ☐ 3. ก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยฉุกเฉิน, มีบันทึกข้อมูลอย่าง และการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดเป็นอย่างดีก่อนที่จะทำการผ่าตัด. (ดู ASC.7)

มาตรฐาน AOP.1.3

โรงพยาบาลมีกระบวนการในการรับผลการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ที่ทำโดยคลินิกหรือสถานพยาบาลอื่นก่อนที่จะเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในหรือการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก

เจตจำนงของ AOP.1.3

เมื่อผลการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ทำโดยคลินิกหรือสถานพยาบาลอื่นก่อนที่จะเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในหรือการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก เช่น การผ่าตัดในวันเดียวกัน, จะต้องทำภายใน 30 วันก่อนหน้า. หากในเวลาที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในหรือการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก, มีผลการประเมินทางการแพทย์ที่มากกว่า 30 วัน, ประวัติทางการแพทย์เดิมจะต้องได้รับการปรับปรุงและการตรวจร่างกายซ้ำ. สำหรับผลการประเมินทางการแพทย์และเอกสารที่ดำเนินการภายใน 30 วัน หรือน้อยกว่านั้นก่อนที่จะเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในหรือการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก, การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใด ๆ ในสถานะของผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินหรือ "ไม่มีการเปลี่ยนแปลง" จะต้องบันทึกไว้ตั้งแต่แรก. การปรับปรุง และ/หรือการตรวจร่างกายซ้ำ สามารถทำได้โดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. (ดู AOP.1.2 และ AOP.1.2.1 เกี่ยวกับกรอบเวลาและเอกสารที่ต้องการในการประเมินเบื้องต้นของโรงพยาบาล)

เมื่อมีการประเมินบางส่วนหรือทั้งหมดดำเนินการเสร็จสมบูรณ์นอกโรงพยาบาล (ตัวอย่างเช่น, ในสำนักงาน คลินิกแพทย์ปรึกษา), ผลการตรวจพบจะมีการทบทวน และ/หรือ ทวนสอบความถูกต้อง ตั้งแต่แรกได้รับการรักษเป็นผู้ป่วยในหรือก่อนที่จะทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก, อย่างเหมาะสมตามเวลา ระหว่างการประเมินจากภายนอก และการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน, การตรวจพบที่สำคัญ, ความซับซ้อน ของผู้ป่วย, และการวางแผนการดูแลและการรักษา (ตัวอย่างเช่น, การตรวจสอบยืนยันความชัดเจน ของการวินิจฉัย และ แผนการทำหัตถการ หรือการรักษา; ภาพรังสี

ที่จำเป็นในการผ่าตัดนั้น และ การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในสถานะของผู้ป่วย, เช่น การควบคุมน้ำตาลในเลือด; ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญที่อาจต้องทำซ้ำ) (ดู AOP.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.3

- ☐ 1. ผลการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ก่อนที่จะเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในหรือการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอกจะต้องทำภายใน 30 วัน.
- ☐ 2. สำหรับการประเมินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน, หากมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญใด ๆ ในสถานะของผู้ป่วยตั้งแต่การประเมิน หรือ "ไม่มีการเปลี่ยนแปลง" ต้องมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน ตั้งแต่แรกได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือก่อนการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก.
- ☐ 3. หากผลการประเมินทางการแพทย์นานกว่า 30 วัน ก่อนเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในหรือการทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก, ประวัติทางการแพทย์จะต้องได้รับการปรับปรุงและการตรวจร่างกายซ้ำ
- ☐ 4. ผลการประเมินผล ทั้งหมดที่ดำเนินการจากภายนอกโรงพยาบาลจะมีการทบทวน และ/หรือตรวจสอบในเวลาที่ได้รับรักษาเป็นผู้ป่วยใน

มาตรฐาน AOP.1.3.1

การประเมินทางการแพทย์ก่อนการผ่าตัดได้รับการบันทึกไว้ก่อนการระงับความรู้สึก หรือ ก่อนที่จะทำการผ่าตัด และครอบคลุมความต้องการด้านการแพทย์, ร่างกาย, จิตใจ, สังคม, เศรษฐกิจ, และการจำหน่าย.

เจตจำนงของ AOP.1.3.1

การประเมินทางการแพทย์ก่อนการผ่าตัด คือ การประเมินความเสี่ยงทางคลินิกที่เป็นการประเมิน สุขภาพของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยที่จะได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ก่อนการผ่าตัด ครอบคลุมความต้องการด้านการแพทย์, ร่างกาย, จิตใจ, สังคม, เศรษฐกิจก่อนที่จะผ่าตัด. นอกจากนี้, การประเมินผู้ป่วยสำหรับความต้องการใด ๆ ที่จำเป็นต่อการติดตาม การจำหน่าย, เป็นส่วนประกอบที่มีคุณค่าของการประเมินก่อนการผ่าตัด (ดู ASC.7) ผลการประเมินทางการแพทย์และการวินิจฉัยใด ๆ, ที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกับความต้องการของผู้ป่วยใน การจำหน่าย, จะถูกบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกหรือการผ่าตัด

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.3.1

- ☐ 1. ผู้ป่วยซึ่งมีการวางแผนผ่าตัดได้รับการประเมินก่อนที่จะทำการผ่าตัด.
- ☐ 2. การประเมินทางการแพทย์ก่อนการผ่าตัด ครอบคลุมความต้องการด้านการแพทย์, ร่างกาย, จิตใจ, สังคม, เศรษฐกิจ, และการจำหน่าย.
- ☐ 3. การประเมินทางการแพทย์ก่อนการผ่าตัดได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนก่อนการผ่าตัด

มาตรฐาน AOP.1.4

ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโภชนาการ, ความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร, และความต้องการพิเศษอื่น ๆ ได้รับการส่งต่อไปรับการประเมินดังกล่าวเมื่อจำเป็น.

เจตจำนงของ AOP.1.4

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ และ/หรือการพยาบาล, ผ่านเกณฑ์ในการ คัดกรอง, ที่อาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการในการประเมินเพิ่มเติมหรือการประเมินในเชิงลึกของภาวะโภชนาการหรือความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร, รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ดู IPSG.6). การประเมินเชิงลึกจะสามารถระบุความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องการ การจัดการด้านโภชนาการ และ ผู้ป่วยที่ต้องการ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร. วิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการระบุผู้ป่วยที่มีความต้องการทางด้านภาวะโภชนาการ หรือ ความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรโดยการใช้เกณฑ์ในการคัดกรอง. การคัดกรองทั่วไป เป็นการใช้อนุทธานุภาพอย่างง่าย และการประเมินผลระดับสูงใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จำเป็นต้องมี การประเมินเพิ่มเติมในเชิงลึก. ตัวอย่างเช่น, แบบฟอร์มการประเมินแรกรับทางการแพทย์อาจประกอบด้วยเกณฑ์พื้นฐานสำหรับคัดกรองทางโภชนาการ, เช่นคำถาม ง่าย ๆ 5–6 คำถาม ที่ให้ คะแนนเป็นตัวเลขเกี่ยวกับการรับประทานอาหารลดลงในปัจจุบัน, ถ้าน้ำหนักลดลงระหว่างสามเดือน ที่ผ่านมา, การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นต้น. คะแนนทั้งหมดจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง ทางโภชนาการที่ จำเป็นต้องมีการประเมินเชิงลึกทางโภชนาการต่อไป.

ในแต่ละกรณี, เกณฑ์การคัดกรองจะต้องมีการพัฒนาโดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการประเมิน เพิ่มเติม, และจัดให้มีการบริการหากผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษา. ยกตัวอย่างเช่น, เกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงทางโภชนาการอาจได้รับการพัฒนาโดยพยาบาลที่จะใช้เกณฑ์, นักโภชนาการที่จัดการด้านอาหาร, และ นักกำหนดอาหารที่สามารถบูรณาการความต้องการทาง โภชนาการและความต้องการอื่น ๆ ของผู้ป่วย (ดู COP.4 และ COP.5) เกณฑ์การคัดกรองจะต้อง นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งโรงพยาบาลเมื่อมีความต้องการ. สารสนเทศที่รวบรวมได้จากการประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์ และ/หรือ การพยาบาลยังอาจจะระบุ ความจำเป็นที่ จะต้องมีการประเมินอื่น ๆ เช่น ทันทกกรรม การได้ยิน ตา และอื่น ๆ (ดู AOP.1.2 และ AOP.1.2.1) โรงพยาบาลส่งผู้ป่วยไปรับการประเมินดังกล่าวที่มีอยู่ในองค์กรหรือในชุมชน.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.4

- ☐ 1. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมจัดทำเกณฑ์เพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการประเมินด้านโภชนาการเพิ่มเติม, และเกณฑ์การคัดกรองจะต้องนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งโรงพยาบาลเมื่อมีความต้องการ.
- ☐ 2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสำหรับปัญหาทางโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ
- ☐ 3. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมจัดทำเกณฑ์เพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการประเมินความต้องการความช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตร (functional needs) เพิ่มเติม, และเกณฑ์การคัดกรองจะต้องนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั่วทั้งโรงพยาบาลเมื่อมีความต้องการ.
- ☐ 4. ผู้ป่วยที่อยู่ในความต้องการของการประเมินผลการทำงานจะเรียกว่าสำหรับการประเมินดังกล่าว
- ☐ 5. เมื่อระบุผู้ป่วยมีความต้องการในการประเมินเพิ่มเติม, ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการประเมินดังกล่าวที่มีอยู่ในองค์กรหรือในชุมชน.
- ☐ 6. ผลการประเมินพิเศษที่มีการดำเนินการภายในโรงพยาบาลเสร็จสมบูรณ์และบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย.

มาตรฐาน AOP.1.5

ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทุกรายได้รับการคัดกรองความเจ็บปวดและได้รับการประเมินเมื่อมีความเจ็บปวด

เจตจำนงของ AOP.1.5

ในระหว่างการประเมินเบื้องต้นและการประเมินซ้ำ,การคัดกรองจะใช้ในการระบุผู้ป่วยที่มีอาการปวด ตัวอย่างคำถามที่อาจจะใช้ในการตรวจคัดกรองครอบคลุมดังต่อไปนี้ :

- ตอนนี้ท่านมีความเจ็บปวดหรือไม่?
- ความปวดทำให้ท่านนอนไม่หลับในตอนกลางคืนใช่หรือไม่?
- ความปวดทำให้ท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ใช่หรือไม่?
- ท่านปวดทุกวันเลยใช่หรือไม่?

คำตอบในเชิงบวกต่อคำถามเช่นนี้บ่งบอกถึงความจำเป็นในการประเมินเพิ่มเติมในเชิงลึกของความ เจ็บปวดของผู้ป่วย.เมื่อผู้ป่วยนอกมีความเจ็บปวด,ผู้ป่วยอาจได้รับการประเมินอย่างละเอียดเพิ่มเติม และรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือส่งต่อไปรับการประเมินและการรักษา.ขอบเขตของการรักษาจะ ขึ้นอยู่กับการดูแลและการบริการที่จัดให้ (ดู COP.6)

เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บปวด,การประเมินที่ครอบคลุมมากขึ้นจะดำเนินการโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะระบุ ความเจ็บปวด.การประเมินนี้ต้องเหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย และวัดระดับและระบุรายละเอียด ของความ เจ็บปวด, เช่น ลักษณะความเจ็บปวด, ความถี่, ตำแหน่ง, และระยะเวลา. ข้อมูลเพิ่มเติม อาจรวมถึง ประวัติความเจ็บปวด, สิ่งที่ทำให้อาการปวดดีขึ้นหรือแย่ลง, เป้าหมายของผู้ป่วยเพื่อ บรรเทาอาการปวด, และลักษณะที่คล้ายกัน. มีการบันทึกผลการประเมินในลักษณะที่เอื้อต่อการ ประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอและการติดตามตามเกณฑ์ที่จัดทำโดยองค์กรและตามภาวะความต้องการ ของผู้ป่วย.(ดู AOP.1.2 และ AOP.1.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.5

- ☐ 1.ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองความเจ็บปวดและการคัดกรองถูกบันทึกไว้
- ☐ 2.เมื่อพบว่ามีความเจ็บปวดจากการตรวจคัดกรองเบื้องต้น,ผู้ป่วยได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมที่เหมาะสม
- ☐ 3.มีการบันทึกผลการประเมินในลักษณะที่เอื้อต่อการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอและการติดตามตามเกณฑ์ที่จัดทำโดยองค์กรและตามภาวะความต้องการของผู้ป่วย.

มาตรฐาน AOP.1.6

การประเมินเบื้องต้นทางการแพทย์และการพยาบาลมีการดำเนินการเฉพาะรายสำหรับประชากรกลุ่มพิเศษที่ต้องได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาล (P)

เจตจำนงของ AOP.1.6

การประเมินเบื้องต้นของผู้ป่วยบางประเภทหรือประชากรบางกลุ่มต้องได้รับการประเมินที่ปรับเปลี่ยน การเฉพาะ,การปรับเปลี่ยนดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะหรือความต้องการของแต่ละกลุ่มประชากรผู้ป่วย. แต่ละโรงพยาบาลต้องระบุกลุ่มผู้ป่วยพิเศษและประชากรที่ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการ ประเมินเป็นการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการพิเศษของผู้ป่วย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ โรงพยาบาลให้บริการกลุ่มผู้ป่วยพิเศษและประชากรหนึ่งกลุ่ม หรือ มากกว่านั้นตามที่ระบุ รายการด้านล่าง, การประเมินผลทางการแพทย์และพยาบาลจะดำเนินการ:

- เด็ก
- วัยรุ่น

- ผู้ป่วยสูงอายุที่เปราะบาง
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิต
- ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดรุนแรง หรือ เรื้อรัง
- หญิงเจ็บครรภ์
- หญิงที่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาความผิดปกติทางอารมณ์ หรือ จิตใจ
- ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ และ/หรือสุรา
- เหยื่อที่ถูกกระทำทารุณหรือถูกทอดทิ้ง
- ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อ
- ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา
- ผู้ป่วยซึ่งมีภูมิคุ้มกันพร่อง

การประเมินผู้ป่วยที่ต้องสงสัยว่าจะติดเชื้อเสียดและ/หรือสุราและการประเมินผู้ที่ตกเป็นเหยื่อที่ถูกต้องปรับให้เข้า กับวัฒนธรรมของประชากรผู้ป่วย.การประเมินเหล่านี้ไม่ได้มีเจตนาจะรุกราน. แต่การประเมินผู้ป่วยเหล่านี้จะ ตอบสนองต่อความต้องการและสถานะของผู้ป่วยในลักษณะทางวัฒนธรรมที่ได้รับการยอมรับและเป็นความลับ. กระบวนการประเมินมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายและ ระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานวิชาชีพที่ เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรดังกล่าวและสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของครอบครัวเมื่อมีความเหมาะสมหรือ จำเป็น (ดู AOP.1.2 และ AOP.1.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.6

- ☐ 1.โรงพยาบาลระบุกลุ่มผู้ป่วยพิเศษและประชากรที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการประเมินเป็นการเฉพาะ ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร
- ☐ 2.กระบวนการประเมินความต้องการเฉพาะของประชากรผู้ป่วยกลุ่มพิเศษต้องได้รับการปรับให้สอดคล้อง กับความต้องการ.
- ☐ 3.กระบวนการประเมินมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรดังกล่าว
- ☐ 4.การประเมินเฉพาะทางการแพทย์และพยาบาลถูกนำไปปฏิบัติและบันทึกไว้

มาตรฐาน AOP.1.7

ผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิตและครอบครัวได้รับการประเมินและประเมินซ้ำตามความต้องการเฉพาะราย.

เจตจำนงของ AOP.1.7

การประเมินและประเมินซ้ำต้องเป็นการตอบสนองความต้องการเฉพาะรายของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ทีวาระ สุดท้ายของชีวิต (ดู COP.7) การประเมินและการประเมินซ้ำควรประเมินผู้ป่วยตามอาการและสถานะของผู้ป่วย ,และตามความต้องการของผู้ป่วย. อาการ, สถานะ, และความต้องการดูแลสุขภาพ ได้แก่

- อาการคลื่นไส้และอาการหายใจลำบาก;
- ปัจจัยที่ทำให้อาการทางร่างกายทุเลาหรือกำเริบ;

- การบำบัดอาการในขณะนั้นและการตอบสนองของผู้ป่วย; และ
- ความต้องการสำหรับลักษณะแวดล้อม (setting) หรือระดับของการดูแลที่เป็นทางเลือก;

ผู้ป่วยและครอบครัวนอกจากนี้ยังอาจได้รับการประเมิน, และการประเมินซ้ำหากเป็นไปได้, สำหรับจิตวิญญาณ, จิตสังคม, และความต้องการบริการ, ตามความเหมาะสมและเป็นไปตาม ความต้องการเฉพาะรายและวัฒนธรรม. องค์ประกอบที่จะต้องพิจารณารวมถึงต่อไปนี้:

- ความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว และการเข้าร่วมกลุ่มทางศาสนา;
- ความอาหารหรือความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความสิ้นหวัง ความทุกข์ทรมาน ตราบาป หรือการให้อภัย;
- สภาวะด้านจิตสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมที่ บ้านหากให้การดูแลที่บ้าน กลไกจัดการกับปัญหา ปฏิกริยาของผู้ป่วยและครอบครัวต่อความเจ็บป่วย;
- ความต้องการสำหรับบริการเกื้อหนุน หรือการหยุดพักชั่วคราว สำหรับผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแลอื่น;
- ปัจจัยเสี่ยงของผู้ที่อยู่ข้างหลัง เช่น กลไกการจัดการปัญหาของครอบครัว และโอกาสเกิดความเศร้าโศกที่รุนแรง.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.7

- ☐ 1.ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตได้รับการประเมินและประเมินซ้ำอาการ สภาวะ และความต้องการดูแลสุขภาพตามที่บ่งชี้และเป็นไปตามความต้องการที่ระบุได้ (ดู AOP.2, ME 2 และ COP.7, ME 2)
- ☐ 2. ผู้ป่วยที่กำลังจะสิ้นชีวิตและครอบครัวได้รับการประเมินและประเมินซ้ำตามความเหมาะสม สำหรับจิตวิญญาณ, จิตสังคม, และความต้องการบริการตามความเหมาะสมและเป็นไปตามความต้องการเฉพาะรายและวัฒนธรรม
- ☐ 3.ผลการประเมินได้รับการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู MOI.9.1, ME 3)

มาตรฐาน AOP.1.8

การประเมินเบื้องต้นรวมถึงการพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย[®]

เจตจำนงของ AOP.1.8

ความต่อเนื่องของการดูแลต้องมีการเตรียมความพร้อมและการพิจารณาเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย. กระบวนการวางแผนการจำหน่ายเริ่มต้นตั้งแต่กระบวนการประเมินแรกเริ่ม. การประเมินเบื้องต้นสามารถช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการวางแผน, อายุ, ความสามารถในการเคลื่อนไหว, ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง, หรือความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรชีวิตประจำวัน, หรือในกลุ่มอื่น ๆ . เมื่อมีการเตรียมการวางแผนจำหน่ายอาจใช้เวลา, การประเมินและการวางแผนกระบวนการควร เริ่มเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้หลังจากที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

การวางแผนจำหน่ายรวมถึงการให้ข้อมูลพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้านนอกโรงพยาบาล (ดู PFE.2) ตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จะต้องได้รับ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ, เช่นเดียวกับ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การฉีดยาอินซูลิน. ผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาจต้องได้รับการ พินฟูสมรรถภาพหัวใจและการติดตามหลังจำหน่าย, เช่นเดียวกับ การให้คำแนะนำทางโภชนาการ การจำหน่ายที่ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าที่มี ประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.1.8

- ☐ 1.โรงพยาบาลเริ่มต้นกระบวนการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่การประเมินแรกรับเพื่อระบุผู้ป่วยที่มีความจำเป็น สำหรับการวางแผนจำหน่าย (ดู ACC.4, ME 3)
- ☐ 2.การวางแผนจำหน่ายรวมถึงการระบุความต้องการพิเศษและได้รับการปฏิบัติตามแผนเพื่อตอบสนอง ความต้องการเหล่านั้น
- ☐ 3.ผู้ป่วย, ครอบครัวตามความเหมาะสม และบุคลากรที่มีเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมใน กระบวนการวางแผนจำหน่าย (ดู PFR.2, ME 1)

มาตรฐาน AOP.2

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาขึ้นอยู่กับสถานะและการรักษาของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาการตอบสนอง ต่อการรักษาและแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือการจำหน่าย (P)

เจตจำนงของ AOP.2

การประเมินซ้ำโดยผู้ให้การดูแลสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยเป็นกุญแจสำคัญในการตัดสินใจการดูแลที่มีความ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ. ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินซ้ำตลอดกระบวนการการดูแลตามช่วงเวลาที่อยู่บน พื้นฐานของความต้องการและแผนของการดูแลของผู้ป่วยหรือตามที่กำหนดไว้ในนโยบายและระเบียบปฏิบัติของ โรงพยาบาล. ผลการประเมินซ้ำเหล่านี้ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน และใช้สำหรับผู้ให้การดูแลผู้ป่วย การประเมินซ้ำโดยแพทย์เป็นส่วนประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วย อย่างน้อยทุกวัน,รวมทั้งวันหยุดสุดสัปดาห์และเมื่อได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในสถานะของผู้ป่วย การประเมินซ้ำจะนำไปปฏิบัติและบันทึกผลในเวชระเบียนผู้ป่วย

- ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมระหว่างการดูแล (เช่น พยาบาลบันทึกสัญญาณชีพ, ประเมินความเจ็บปวด, ปอด และ เสียงหัวใจ, เป็นระยะตามสถานะของผู้ป่วย);
- ประจำทุกวันโดยแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบเฉียบพลัน
- เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในสถานะของผู้ป่วย;
- เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย และต้องการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล; และ
- เพื่อพิจารณาผลสำเร็จของการรักษาด้วยยาหรือวิธีการอื่น ๆ และ พิจารณาว่าสามารถเคลื่อนย้ายหรือ จำหน่ายผู้ป่วยได้หรือไม่

ผู้ป่วยบางคนที่ไม่ใช่เฉียบพลันอาจไม่จำเป็นต้องประเมินซ้ำทางการแพทย์ประจำวัน; ตัวอย่างเช่น, ผู้ป่วยจิตเวชที่มี อาการคงที่ซึ่งได้รับการบำบัดแบบกลุ่ม, หรือผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันของการ เจ็บป่วยหรือการผ่าตัดและได้รับ เพียงการรักษาฟื้นฟูสภาพ.โรงพยาบาลมีการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่จำ เป็นต้องมีการประเมินซ้ำทุกวันไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.2

- ☐ 1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำเพื่อพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษาและวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และ/ หรือการจำหน่าย (ดู COP.5, ME 3; ASC.6.1, ME 3 และ MMU.7, ME 1)
- ☐ 2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามช่วงเวลาที่ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสำคัญในสถานะของผู้ป่วย, แผนการดูแล หรือความต้องการของแต่ละบุคคล (ดู AOP.1.7, ME 1)
- ☐ 3. แพทย์ประเมินซ้ำผู้ป่วยอย่างน้อยทุกวัน, รวมทั้งวันหยุดสุดสัปดาห์ในช่วงระยะเฉียบพลันของการดูแลรักษา
- ☐ 4. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เฉียบพลัน, โรงพยาบาลกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรในสถานการณ์และประเภทของผู้ป่วยหรือประชากรผู้ป่วยที่การประเมินของแพทย์อาจจะน้อยกว่าทุกวันและระบุช่วง เวลาการประเมินขั้นต่ำสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้
- ☐ 5. ผลการประเมินซ้ำได้รับการบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย

มาตรฐาน AOP.3

ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วยและประเมินซ้ำ ⑥

เจตจำนงของ AOP.3

การประเมินและการประเมินซ้ำของผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จำเป็นต้องมีการศึกษาพิเศษ, การฝึกอบรม, ความรู้, และทักษะ. ดังนั้นสำหรับแต่ละประเภทของการประเมิน, จะมีการระบุบุคคลผู้มี คุณสมบัติเหมาะสมที่จะดำเนินการประเมินและความรับผิดชอบที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร. โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลผู้มีคุณสมบัติที่จะดำเนินการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินหรือการประเมินความต้องการการพยาบาลจะมีการระบุไว้อย่างชัดเจน. การประเมินผลจะดำเนินการโดยแต่ละสาขาวิชาชีพที่ได้รับ อนุญาตโดยใบอนุญาต, ประกาศนียบัตร/ใบรับรองกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.3

- ☐ 1. มีการกำหนดความรับผิดชอบของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะทำการประเมินผู้ป่วยและประเมินซ้ำไว้เป็นลายลักษณ์อักษร. (ดู SQE.1.1, ME 2 และ SQE.10, ME 3)
- ☐ 2. เฉพาะบุคคลที่ได้รับอนุญาตโดยใบอนุญาต ประกาศนียบัตร/ใบรับรองกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเท่านั้น ทำการประเมินผู้ป่วย.
- ☐ 3. การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินกระทำโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม.
- ☐ 4. การประเมินด้านการพยาบาลกระทำโดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม.

มาตรฐาน AOP.4

แพทย์, พยาบาล และ วิชาชีพอื่น ๆ ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย มีการประสานความร่วมมือในการวิเคราะห์และบูรณาการการประเมินผู้ป่วยและการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วน/ ความต้องการที่สำคัญการดูแลผู้ป่วย

เจตจำนงของ AOP.4

ผู้ป่วยอาจได้รับการประเมินหลายชนิดทั้งจากภายนอกและภายในโรงพยาบาลโดยหน่วยงานและบริการต่าง ๆ. เป็นผลให้ อาจจะมีหลากหลายของข้อมูล, ผลการตรวจสอบและข้อมูลอื่น ๆ ในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย (ดู AOP 1.3) ฝ่ายเวชจะได้รับประโยชน์มากที่สุดเมื่อเฝ้าระวัง, ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในการวิเคราะห์ผล

การประเมินและรวมข้อมูลเหล่านี้เพื่อสรุป ภาพรวมของสถานะของผู้ป่วย. จากความร่วมมือนี้, ความต้องการของผู้ป่วยจะมีการระบุลำดับความสำคัญในการสร้างและการตัดสินใจวางแผนการดูแล. การบูรณาการข้อมูลจะสนับสนุนให้มีการ ประสานงานระหว่างผู้ให้การดูแล (ดู AOP.1.2 และ AOP.1.2.1 และ COP.2) กระบวนการในการทำงานร่วมกันแบบง่ายและไม่เป็นทางการทำเมื่อความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่มี ความซับซ้อน. การประชุมอย่างเป็นทางการ, การประชุมทีมงานรักษาผู้ป่วย, และการเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมกันอาจมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการที่ซับซ้อนหรือไม่ชัดเจน. ผู้ป่วย, หรือ ครอบครัว และคนอื่น ๆ ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในนามของผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการ ตัดสินใจเมื่อมีความจำเป็น.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.4

- ☐ 1. ข้อมูลและสารสนเทศในการประเมินผู้ป่วยต้องมีการวิเคราะห์และบูรณาการ
- ☐ 2. ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการ
- ☐ 3. ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการจัดลำดับความสำคัญขึ้นอยู่กับผลการประเมิน

บริการห้องปฏิบัติการ

มาตรฐาน AOP.5

บริการห้องปฏิบัติการพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและการให้บริการดังกล่าวทั้งหมดเป็นไปตาม มาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ของ ห้องถิ่นและประเทศ.

เจตจำนงของ AOP.5

โรงพยาบาลมีระบบการให้บริการห้องปฏิบัติการ, รวมถึงบริการพยาธิวิทยาคลินิก, ที่จำเป็นต่อ ประชากรผู้ป่วย, บริการทางคลินิกที่จัดให้บริการ, และความต้องการของผู้ประกอบการดูแลสุขภาพ. บริการห้องปฏิบัติการที่มีและ จัดให้เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ของ ห้องถิ่นและประเทศ.

บริการห้องปฏิบัติการ, รวมทั้งที่จำเป็นต้องใช้สำหรับกรณีฉุกเฉิน, อาจจะทำให้ภายในโรงพยาบาล, ตามข้อตกลงกับ องค์การอื่น, หรือทั้งสองอย่าง. บริการห้องปฏิบัติการพร้อมใช้งานหลังจากเวลาปกติสำหรับ กรณีฉุกเฉิน. นอกจากนี้ โรงพยาบาลมีความสามารถในการระบุและจะติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัย เฉพาะ เช่น ประสิทธิภาพ, ไวรัส วิทยา, หรือ พิษวิทยา, เมื่อมีความจำเป็น

แหล่งบริการภายนอกมีความสะดวกสำหรับผู้ป่วยในการเข้าถึง. โรงพยาบาลเลือกแหล่งภายนอกขึ้นอยู่กับคำแนะนำ ของผู้นำทางห้องปฏิบัติการหรือบุคคลอื่นที่มีความรับผิดชอบสำหรับการให้บริการห้อง ปฏิบัติการ. แหล่งบริการ ภายนอกของการให้บริการห้องปฏิบัติการตอบสนองกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องและมีการบันทึกที่ ยอมรับได้ของความต้องถูกต้อง, เวลาในการให้บริการ. ผู้ป่วยได้รับทราบถ้ามีความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์ผู้ส่ง ตรวจกับแหล่งบริการภายนอก

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5

- ☐ 1. บริการห้องปฏิบัติการเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของห้องถิ่นและ ประเทศ. (ดู GLD.2, ME 5)

- ☐ 2.บริการห้องปฏิบัติการพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการตามพันธกิจของโรงพยาบาลและจำนวนประชากรผู้ป่วย,ชุมชนที่ต้องการการดูแลสุขภาพ,และความต้องการฉุกเฉิน, รวมถึงหลังเวลาปกติ.
- ☐ 3.ผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยเฉพาะได้รับการติดต่อเมื่อมีความจำเป็น
- ☐ 4.แหล่งบริการภายนอกจะถูกเลือกจากการได้รับการยอมรับและ เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- ☐ 5.ผู้ป่วยจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ส่งตรวจและแหล่งบริการภายนอกของการให้บริการห้องปฏิบัติการที่ให้บริการ (ดู GLD.12.1, ME 1)

มาตรฐาน AOP.5.1

บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการการให้บริการห้องปฏิบัติการทางคลินิกหรือบริการทางพยาธิวิทยา^๑

เจตจำนงของ AOP.5.1

บริการห้องปฏิบัติการทางคลินิกอยู่ภายใต้การดูแลของบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมโดยได้รับการฝึกอบรม,ความเชี่ยวชาญ, และประสบการณ์, ที่สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง. บุคคลนี้จะต้องรับผิดชอบต่อวิชาชีพสำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกและการให้บริการในห้องปฏิบัติการ เช่นเดียวกับ,การการตรวจวินิจฉัยที่ดำเนินการนอกห้องปฏิบัติการ, เช่น การทดสอบที่ดำเนินการ ช้างเตี้ย (การทดสอบ ณ.จุดดูแลผู้ป่วย). การกำกับดูแลการให้บริการนอกห้องปฏิบัติการรวมถึงการ สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตามนโยบายที่สอดคล้องและเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล, การฝึกอบรม, และการจัดการเวชภัณฑ์, อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง. แต่ไม่รวมถึงการกำกับดูแลประจำวันของ กิจกรรมเหล่านั้น.การกำกับดูแลประจำวันยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของผู้นำแผนกหรือหน่วยงาน ที่มีการดำเนินการในการทดสอบดังกล่าว.

บุคคลที่จะให้คำปรึกษาทางคลินิกหรือความเห็นทางการแพทย์, ควรเป็นแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ควรเป็นพยาธิแพทย์. การบริการพิเศษทางห้องปฏิบัติการและบริการเฉพาะควรอยู่ภายใต้การดูแล ของบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. หน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- การจัดทำ, นำสู่การปฏิบัติ, และ อารังไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ;
- การกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ;
- การดำเนินการและอารังไว้ซึ่งแผนงานควบคุมคุณภาพที่จำเป็น;
- การให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งบริการห้องปฏิบัติการภายนอก; และ
- การติดตามและทบทวนบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.1

- ☐ 1.ห้องปฏิบัติการทางคลินิกและการให้บริการห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ของโรงพยาบาลอยู่ภายใต้ การดูแล และการกำกับดูแลของบุคคลหนึ่งหรือมากกว่าซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (ดู GLD.9.6, ME 1)
- ☐ 2.หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำ, นำสู่การปฏิบัติ, และ อารังไว้ซึ่งนโยบาย และระเบียบปฏิบัติ
- ☐ 3.หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ
- ☐ 4.หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการและอารังไว้ซึ่งแผนงานควบคุม คุณภาพที่จำเป็น

- ❑ 5.หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งบริการห้องปฏิบัติ การภายนอก (ดู GLD.6, ME ที่ 4 และ GLD.6.1, ME 3)
- ❑ 6.หัวหน้าห้องปฏิบัติการมีหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามและทบทวนบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด.

มาตรฐาน AOP.5.1.1

บุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลภาพรวมและกำกับติดตามแผนงานการตรวจทดสอบ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT) (P)

เจตจำนงของ AOP.5.1.1

การตรวจทดสอบ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT) ให้คำนิยามโดยวิทยาลัยแพทยแห่งอเมริกันว่า "การทดสอบที่ออกแบบมาเพื่อนำมาใช้ ณ หรือใกล้กับตำแหน่งที่ผู้ป่วยอยู่ ซึ่งไม่ต้องการใช้ถาวร เป็นพื้นที่เฉพาะ และดำเนินการ นอกสถานที่ทางกายภาพของห้องปฏิบัติการทางคลินิก"

เมื่อการตรวจทดสอบ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT) รวมอยู่ในการให้บริการของโรงพยาบาล มีการดูแลภาพรวมและกำกับติดตามการให้บริการที่มีการดำเนินการให้บริการโดยบุคคลที่รับผิดชอบในการจัดการบริการห้องปฏิบัติการ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายโดยไม่คำนึงถึงสถานที่ให้บริการ โรงพยาบาลจะต้องมีวิธีการที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนและมีโครงสร้างที่ดีในการทำ POCT เพื่อให้แน่ใจว่าจะดำเนินการได้อย่างปลอดภัยและถูกต้องและผลที่เกิดขึ้นมีความ ถูกต้องและเชื่อถือได้¹⁻³

แผนงาน POCT รวมถึงการวางแผนอย่างละเอียดกับผู้นำในการดำเนินการเลือกใช้ POCT ในแผนก/หอผู้ป่วย การวางแผนครอบคลุมการเลือกการทดสอบที่จะดำเนินการ การระบุบุคลากรที่ทำการทดสอบและโปรโตคอลสำหรับ การรายงานผลการตรวจทดสอบรวมทั้งกระบวนการในการรายงานผลวิกฤต บุคลากรที่ทำ POCT ต้องได้รับการฝึก อบรมสำหรับการทดสอบแต่ละชนิดที่ทำ พร้อมกับประเมินความสามารถเพื่อให้แน่ใจว่าผลลัพธ์จะมีความถูกต้อง

ผลการดำเนินงานควบคุมคุณภาพ เอกสารและการประเมินผลจะต้องดำเนินการภายในข้อกำหนดที่กำหนดไว้ โดยทั่วไปจะเป็นไปตามคำแนะนำโดยผู้ผลิตในลักษณะประจำวันรวมทั้งระหว่างแบบทดสอบใหม่หรือชุดทดสอบ กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพอาจจะมาพร้อมกับชุดทดสอบหรืออาจจะต้องซื้อจากผู้ผลิตหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจ บุคลากรทุกคนทำ POCT ตามขั้นตอนการควบคุมคุณภาพที่กำหนดไว้และเข้าใจวิธีดำเนินการเมื่อตัวอย่างการควบคุมคุณภาพออกนอกเหนือจากข้อกำหนด

แผนงาน POCT ควรจะได้รับการเฝ้าติดตามและประเมินผลเพื่อให้มั่นใจว่าแผนงานจะตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน (ผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพ บุคลากรที่ทำการทดสอบและผู้ป่วย) ซึ่งอาจทำได้โดยการพัฒนาและเฝ้าติดตามมาตรการพัฒนาคุณภาพผ่านการสำรวจผู้ป่วยและ/หรือทบทวนผลการควบคุมคุณภาพและการทดสอบความชำนาญและรายงานการใช้ทรัพยากร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.1.1

- ☐ 1. ผู้รับผิดชอบในการจัดการบริการห้องปฏิบัติการหรือผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแลแผนงาน POCT (ดู GLD.9, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. บุคลากรดำเนินการตรวจสอบ ณ จุดดูแลผู้ป่วย มีคุณสมบัติและการฝึกอบรมตามข้อกำหนดและมีความสามารถในการทำ POCT (ดู SQE.4, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. แผนงาน POCT ครอบคลุมกระบวนการที่กำหนดไว้สำหรับการรายงานผลการทดสอบรวมถึงการรายงานผลที่วิกฤต (ดู IPSG.2.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. แผนงาน POCT ครอบคลุมผลการดำเนินงานการควบคุมคุณภาพ เอกสารและการประเมินผล (ดู AOP.5.9 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน AOP.5.2

บุคลากรห้องปฏิบัติการทุกคนมีการศึกษา, การฝึกอบรม, คุณวุฒิ, และประสบการณ์ที่จำเป็นในการบริหารและการตรวจสอบและการแปลผล

เจตจำนงของ AOP.5.2

โรงพยาบาลระบุงานการศึกษา, การฝึกอบรม, คุณสมบัติ, และประสบการณ์ของบุคลากรห้องปฏิบัติการ ในการตรวจสอบและการแปลผลทดสอบในห้องปฏิบัติการ, กำหนดบุคลากรห้องปฏิบัติการที่จะ ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทำการตรวจคัดกรองที่จุดให้บริการ (point-of-care screening test) ที่ข้างเตียงและผู้ป่วยใน หัวหน้าหรือทำหน้าที่กำกับดูแลบุคลากรซึ่งทำการตรวจ วิเคราะห์, และผู้ที่ดูแลหรือกำกับดูแลบุคลากรผู้ตรวจวิเคราะห์, ได้รับการนิเทศงาน. บุคลากร ผู้ตรวจวิเคราะห์ได้รับการมอบหมายงานที่สอดคล้องกับการฝึกอบรมและประสบการณ์ของแต่ละคน. นอกจากนี้ในห้องปฏิบัติการต้องมีบุคลากรเพียงพอที่จะทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว และจัดให้มีบุคลากรห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตลอดเวลาทำการและสำหรับกรณีฉุกเฉิน.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.2

- ☐ 1.บุคลากรห้องปฏิบัติการทุกคนมีการศึกษา, การฝึกอบรม, คุณวุฒิ, และ ประสบการณ์ที่จำเป็นในการบริหารและการตรวจสอบและการแปลผล (ดู SQE.4, ME 1)
- ☐ 2.ห้องปฏิบัติการต้องมีบุคลากรเพียงพอที่จะทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ได้อย่างรวดเร็ว และจัดให้มีบุคลากรห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตลอดเวลาทำการและสำหรับกรณีฉุกเฉิน. (ดู SQE.6, ME 2)
- ☐ 3.กำหนดผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมและประสบการณ์ (ดู SQE.4, ME 1)

มาตรฐาน AOP.5.3

แผนงานด้านความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการได้รับการนำไปปฏิบัติ, ติดตาม, และได้รับการบันทึก, และชำระไว้ซึ่งการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและแผนงานควบคุมการติดเชื้อ (P)

เจตจำนงของ AOP.5.3

ห้องปฏิบัติการมีแผนงานด้านความปลอดภัยที่ใช้งานในระดับที่จำเป็นตามความเสี่ยงและอันตรายที่พบในห้องปฏิบัติการ. มีการปฏิบัติตามแผนงานด้านความปลอดภัยและมาตรการการป้องกัน (เช่น สถานีตาล้าง, ชุดเก็บกู้สารอันตรายรั่วไหล, และที่มีลักษณะคล้ายกัน) สำหรับบุคลากรห้องปฏิบัติการ, บุคลากรอื่น ๆ และผู้ป่วย. แผนงานห้องปฏิบัติการมีการประสานงานกับการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก และการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

แผนงานการจัดการความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการประกอบด้วย

- นโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสนับสนุนการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก และการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล;
- นโยบายและระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสนับสนุนการปฏิบัติตามมาตรฐานและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
- อุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยพร้อมใช้ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ในห้องปฏิบัติการ;
- การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยให้แก่บุคลากร ของห้องปฏิบัติการทุกคน;(ดู SQE.8.2) และ
- การศึกษาระหว่างประจำการสำหรับวิธีการตรวจวิเคราะห์ใหม่ และวัตถุอันตรายที่นำเข้ามา ใหม่หรือเพิ่งรับรู้ (ดู FMS.4.1, ME 1 และ FMS.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.3

- ☐ 1.แผนงานด้านความปลอดภัยที่ใช้งานในระดับที่จำเป็นตามความเสี่ยงและอันตรายที่พบในห้องปฏิบัติการและพื้นที่อื่น ๆ นอกห้องปฏิบัติการที่ให้บริการ (ดู FMS.4, ME 1)
- ☐ 2.แผนงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและรายงานไปยังโครงสร้างความปลอดภัยของโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเมื่อมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัย (ดู PCI.5, ME 3 และ 4)
- ☐ 3.มีกระบวนการในการระบุความเสี่ยงด้านความปลอดภัย และ/หรือ มีมาตรการอุปกรณ์เพื่อลด ความเสี่ยงด้านความปลอดภัย (ดู FMS.5, ME 3)
- ☐ 4.บุคลากรห้องปฏิบัติได้รับการนิเทศเรื่องความปลอดภัยและการปฏิบัติและได้รับการศึกษา อย่างต่อเนื่อง และการฝึกอบรมสำหรับการปฏิบัติและวิธีการทดสอบใหม่ (ดู FMS.11, ME 1; GLD.9, ME 4 และ SQE.8, ME 3 และ 4)

มาตรฐาน AOP.5.3.1

ห้องปฏิบัติการใช้กระบวนการประสานงานเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเป็นผลมาจากการสัมผัสกับโรคติดเชื้อ และวัตถุและขยะชีวอันตราย ⑤

เจตจำนงของ AOP.5.3.1

มีนโยบายขั้นตอนและระเบียบปฏิบัติที่นำมาใช้เพื่อลดอันตรายจากการสัมผัสกับวัตถุและขยะชีวอันตราย. การติดเชื้อในห้องปฏิบัติการจะมีการรายงานภายในและ, เมื่อเหมาะสมให้กับหน่วยงาน สาธารณสุข.การปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยทางชีวภาพถูกกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร ดังต่อไปนี้:

- a) การสัมผัสต่อละอองฝอยและเสมหะได้รับการควบคุม (ยกตัวอย่างเช่น, เมื่อ ทำการผสม, การใช้คลื่นเสียง, การปั่นแยก, และ การลนไฟห้วงที่ใช้ฉีดลงไปในอาหารเลี้ยงเชื้อ).
- b) การสวมเสื้อนอก, เสื้อกาวน์, หรือ เครื่องแบบทางห้องปฏิบัติการเพื่อป้องกันชุดที่ ใส่มาจากข้างนอกและ ป้องกันการปนเปื้อน.
- c) มีการใช้ตู้ที่มีความปลอดภัยทางด้านชีวเมื่อจำเป็น.

- d) กฎในการบังคับห้องปฏิบัติการในการหีบจับสัมผัสสารติดเชื้อ, อุบัติเหตุของมี คมบาด, อันตรายจากเข็มตำ, การกลืนสารเคมีโดยไม่ได้ตั้งใจ, และการสัมผัสสารที่มีโอกาสติดเชื้อ ผ่านทางเนื้อเยื่อเมือก. กฎนี้ครอบคลุมระเบียบปฏิบัติการจัดการปนเปื้อนผู้ที่สัมผัส มารักษาฉุกเฉิน, และสถานที่รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ ความปลอดภัย.
- e) มีระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดเรื่องการเก็บ, ขนย้าย, และหีบจับ สัมผัสสิ่งส่งตรวจทั้งหมดอย่างปลอดภัย. ระเบียบปฏิบัติครอบคลุมการห้ามทุกคนในพื้นที่ ทางเทคนิคของห้องปฏิบัติการจากการ รับประทาน, ดื่ม, สูบบุหรี่, การใช้เครื่องสำอาง, การหีบจับ คอนแทคเลนส์, และการใช้ปากในการทำปิเปตต์.
- f) เมื่อเกี่ยวข้องกับงานของตน, บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับ มาตรการในการเฝ้าระวัง, วิธีการแพร่กระจายเชื้อ, และการป้องกันเชื้อก่อโรคทางกระแสเลือด.
- g) ห้องปฏิบัติการยังต้องมีระเบียบปฏิบัติเพื่อควบคุมการสัมผัสต่อโรคติดเชื้อ ยกตัวอย่างเช่น, Ebola, MERS, วัณโรค, Zika, และอื่น ๆ อีกด้วย. (ดู PCI.8.2)

เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติเกิดขึ้น, หรืออุบัติเหตุเกิดขึ้น, จะมีการดำเนินการแก้ไข, บันทึกไว้, และมีการทบทวน (ดู PCI.7.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.3.1

- ☐ 1. ห้องปฏิบัติการกำหนดกระบวนการเพื่อการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ (ดู PCI.5, Mes 2, 3 และ 4)
- ☐ 2. การติดเชื้อในห้องปฏิบัติการจะมีการรายงาน, ตามที่กำหนดไว้ในนโยบายและเป็นไปตาม กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับ (ดู PCI.3, ME 3)
- ☐ 3. มีการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยทางชีวภาพสำหรับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องตามองค์ประกอบ a) ถึง g) ในเจตจำนง (ดู PCI.5, ME 2, 3 และ 4)
- ☐ 4. เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติเกิดขึ้น, หรืออุบัติเหตุเกิดขึ้น, จะมีการดำเนินการแก้ไข, บันทึกไว้, และมีการทบทวน

มาตรฐาน AOP.5.4

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นไปตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามกำหนดไว้โดยโรงพยาบาล®

เจตจำนงของ AOP.5.4

โรงพยาบาลกำหนดระยะเวลาสำหรับการรายงานผลการทดสอบในห้องปฏิบัติการ. มีการรายงานผลภายในกรอบเวลาที่อยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย, บริการทางคลินิกที่จัดให้, และความต้องการของบุคลากรทางคลินิก, การกำหนดช่วงเวลารายงานผลนี้ครอบคลุมความต้องการในการตรวจวิเคราะห์กรณีฉุกเฉิน การตรวจนอกเวลาทำการ และการตรวจในวันหยุดด้วย. ผลการตรวจ เร่งด่วนที่ส่งจากห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยวิกฤติได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษในกระบวนการ ติดตามวัดคุณภาพ. ในกรณีที่มีการให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการโดยทำสัญญากับองค์กร ภายนอกการรายงานผลจะต้องทันเวลาตามที่กำหนดไว้ในนโยบายขององค์กรหรือที่ระบุในสัญญา. (ดู IPSG.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.4

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดระยะเวลาสำหรับการรายงานผลการทดสอบในห้องปฏิบัติการ
- ☐ 2. ผลการตรวจเร่งด่วน/ฉุกเฉิน ได้รับการติดตามวัดคุณภาพ.

- ☐ 3. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ภายในรอบเวลาที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ดู ASC.7, ME 1)

มาตรฐาน AOP.5.5

เครื่องมืออุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้สำหรับการทดสอบในห้องปฏิบัติการมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ, การบำรุงรักษา, และการสอบเทียบ, และมีการบันทึกไว้อย่างเหมาะสม. (P)

เจตจำนงของ AOP.5.5

บุคลากรห้องปฏิบัติการมีกระบวนการเพื่อให้แน่ใจว่าอุปกรณ์ทั้งหมด, รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้สำหรับการตรวจทดสอบ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT), การทดสอบลักษณะการใช้งานในระดับที่ยอมรับและมีความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน. ห้องปฏิบัติการพัฒนาและนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้สำหรับ

- การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
- การบ่งชี้และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ;
- การประเมินเครื่องมือที่ใช้งานโดยการตรวจสอบ ทดสอบ สอบเทียบ และบำรุงรักษา;
- การติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตราย จากเครื่องมือมีการเรียกกลับ มีอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและ ข้อบกพร่องต่าง ๆ; และ
- การบันทึกในระบบบริหารจัดการเครื่องมือ.

ความถี่ในการทดสอบ บำรุงรักษา และสอบเทียบ ขึ้นกับการใช้เครื่องมือของห้องปฏิบัติการและประวัติการให้บริการที่บันทึกไว้ (ดู FMS.8 และ FMS.8.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.5

- ☐ 1. ห้องปฏิบัติการดำเนินการพัฒนา, นำไปปฏิบัติ, และ และบันทึกแผนงานในการจัดการอุปกรณ์ เครื่องมือของห้องปฏิบัติการ
- ☐ 2. แผนงานระบุการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
- ☐ 3. มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือห้องปฏิบัติการทั้งหมด
- ☐ 4. อุปกรณ์ห้องปฏิบัติการมีการตรวจสอบและทดสอบเมื่อรับเข้ามาใหม่และตามอายุ, การใช้งาน, และคำแนะนำของผู้ผลิต, และการตรวจสอบหลังจากนั้น และได้รับการบันทึกไว้
- ☐ 5. อุปกรณ์ห้องปฏิบัติการได้รับสอบเทียบและการบำรุงรักษาตามคำแนะนำของผู้ผลิต, และการสอบเทียบและการบำรุงรักษาได้รับการบันทึก
- ☐ 6. โรงพยาบาลมีระบบในการติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตราย จากเครื่องมือมีการเรียกกลับ มีอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่าง ๆ; (ดู FMS.8.1, ME 1)

มาตรฐาน AOP.5.6

น้ำยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น, และวัสดุ อื่น ๆ ที่จำเป็น, ทั้งหมดได้รับการประเมินเพื่อสร้างความมั่นใจในความถูกต้อง และแม่นยำของผลการตรวจ. (P)

เจตจำนงของ AOP.5.6

โรงพยาบาลมีการระบุน้ำยาและวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นในการให้บริการทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วย มีกระบวนการสั่งซื้อหรือสร้างความมั่นใจว่าจะมีน้ำยาและวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพ น้ำยาทั้งหมดได้รับการจัดเก็บและนำไปใช้ตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ มีแนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้มั่นใจในการเขียนฉลากน้ำยาและสารละลายที่ครบถ้วนและถูกต้องรวมถึงความถูกต้องแม่นยำของผลการตรวจทั้งหมด. (ดู AOP.5.9 และ FMS.5)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.6

- ☐ 1. น้ำยาและวัสดุที่จำเป็นได้รับการระบุไว้ (ดู FMS.5, ME 1)
- ☐ 2. น้ำยาและวัสดุที่จำเป็นเพียงพอพร้อมใช้งาน และมีกระบวนการที่จะแก้ไขเมื่อน้ำยาที่จำเป็นไม่สามารถใช้งานได้
- ☐ 3. น้ำยาและวัสดุที่จำเป็นทั้งหมดได้รับการจัดเก็บและนำไปใช้ตามคำแนะนำของผู้ผลิตหรือคำแนะนำที่ระบุในบรรจุภัณฑ์ (ดู FMS.5, ME 2)
- ☐ 4. ห้องปฏิบัติการจัดทำแนวทางปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้มั่นใจในการประเมินถูกต้องแม่นยำของผลการตรวจทั้งหมด. (ดู AOP.5.9, ME 4)
- ☐ 5. น้ำยาและวัสดุที่จำเป็นทั้งหมดได้รับการติดฉลากที่สมบูรณ์และถูกต้อง (ดู FMS.5, ME 4)

มาตรฐาน AOP.5.7

มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการในการเก็บรวบรวม, การระบุ, การหีบห่อ, การขนย้ายที่ปลอดภัย, และการกำจัดสิ่งส่งตรวจ®

เจตจำนงของ AOP.5.7

มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการสำหรับ

- การสั่งการทดสอบ;
- การเก็บรวบรวมและการระบุสิ่งส่งตรวจ;
- การขนย้าย, การจัดเก็บ, และการรักษาสิ่งส่งตรวจ; และ
- การรับ, การบันทึก, และการติดตามสิ่งส่งตรวจ

กระบวนการเหล่านี้จะใช้ในการติดตามสำหรับสิ่งส่งตรวจที่ส่งไปตรวจวิเคราะห์ยังห้องปฏิบัติการภายนอกด้วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.7

- ☐ 1. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการสั่งการทดสอบ
- ☐ 2. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการเก็บรวบรวมและการระบุสิ่งส่งตรวจ (ดู IPSG.1, ME 2 และ IPSG.4.1)
- ☐ 3. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการขนย้าย, การจัดเก็บ, และการรักษาสิ่งส่งตรวจ
- ☐ 4. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการรับและการติดตามสิ่งส่งตรวจ
- ☐ 5. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการกำจัดสิ่งส่งตรวจ (ดู FMS.5.1, ME 4)
- ☐ 6. มีกระบวนการในการติดตามการปฏิบัติสำหรับสิ่งส่งตรวจที่ส่งไปตรวจวิเคราะห์ยังห้องปฏิบัติการภายนอก

มาตรฐาน AOP.5.8

ห้องปฏิบัติการกำหนดช่วงค่าอ้างอิง (reference intervals) หรือค่าปกติ (normal ranges) สำหรับการตรวจวิเคราะห์แต่ละประเภทที่ให้บริการ.

เจตจำนงของ AOP.5.8

ห้องปฏิบัติการกำหนดช่วงค่าอ้างอิงหรือ "ค่าปกติ" สำหรับการตรวจวิเคราะห์แต่ละประเภทที่ให้บริการ. ค่าปกตินี้ได้รับการเก็บบันทึกไว้ในเวชระเบียนในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการตรวจ หรือบัญชีรายการค่าดังกล่าวที่เป็นปัจจุบันซึ่งรับรองโดยหัวหน้าห้องปฏิบัติการ. ค่าปกติได้รับการปรับ เมื่อมีการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอก. ค่าพิสัยอ้างอิงเหมาะสมกับลักษณะทางภูมิศาสตร์และลักษณะประชากรที่องค์กรดูแล ได้รับการทบทวน และปรับให้เป็นปัจจุบันเมื่อวิธีการตรวจวิเคราะห์เปลี่ยนไป

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.8

- ☐ 1. ห้องปฏิบัติการกำหนดช่วงค่าอ้างอิงสำหรับการตรวจวิเคราะห์แต่ละประเภทที่ให้บริการ.
- ☐ 2. ค่าปกตินี้ได้รับการเก็บบันทึกไว้ในเวชระเบียนในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการตรวจ
- ☐ 3. ค่าปกติได้รับการปรับ เมื่อมีการส่งตรวจวิเคราะห์ภายนอก.
- ☐ 4. ค่าพิสัยอ้างอิงเหมาะสมกับลักษณะทางภูมิศาสตร์และลักษณะประชากรที่องค์กรดูแล
- ☐ 5. ช่วงค่าอ้างอิงได้รับการทบทวนและปรับปรุงตามความจำเป็น

มาตรฐาน AOP.5.9

มีกระบวนการควบคุมคุณภาพการให้บริการห้องปฏิบัติการ, ได้รับการติดตาม, และบันทึกไว้[®]

มาตรฐาน AOP.5.9.1

มีกระบวนการในการทดสอบความชำนาญในการให้บริการห้องปฏิบัติการนั้น[®]

เจตจำนงของ AOP.5.9 และ AOP.5.9.1

การออกแบบระบบที่ดีในการควบคุมคุณภาพมีความจำเป็นเพื่อที่จะให้บริการห้องปฏิบัติการทางคลินิกและพยาธิวิทยาที่ดีเยี่ยม (ดู AOP.5.1.1, ME 4 และ 5) กระบวนการควบคุมคุณภาพประกอบด้วย

- การตรวจสอบ (validation) วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่ใช้เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (accuracy) ความเที่ยง (precision) และช่วงค่าของการรายงานผล;
- การเฝ้าติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ประจำวันโดยบุคลากรห้องปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติเหมาะสม;
- การตรวจทดสอบน้ำยา
- การปฏิบัติการแก้ไขอย่างรวดเร็วเมื่อพบข้อบกพร่อง; และ
- การบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์และปฏิบัติการแก้ไข.

การทดสอบความชำนาญ (proficiency testing) เป็นการเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ของห้องปฏิบัติการ แต่ละแห่งนั้นดีเพียงใด เมื่อเทียบกับห้องปฏิบัติการแห่งอื่น ๆ ซึ่งใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์เดียวกัน. การทดสอบดังกล่าวสามารถ

บ่งชี้ปัญหาที่สมรรถนะซึ่งตรวจไม่พบโดยกลไกภายใน. ห้องปฏิบัติการจึงควรเข้าร่วมในการทดสอบความชำนาญที่ได้รับการรับรองที่มีอยู่ หากไม่มีการทดสอบความชำนาญที่ได้รับการรับรองห้องปฏิบัติการควรแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการขององค์กรอื่นเพื่อให้มีการตรวจวิเคราะห์เปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน. ห้องปฏิบัติการเก็บรักษาสารที่รวบรวมการมีส่วนร่วมในกระบวนการทดสอบความชำนาญ. มีการทดสอบความชำนาญหรือตรวจวิเคราะห์เปรียบเทียบในทุกสาขาที่ให้บริการ เมื่อมีการทดสอบดังกล่าว. (ดู GLD.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.9

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนงานการควบคุมคุณภาพสำหรับห้องปฏิบัติการทางคลินิก
- ☐ 2. แผนงานรวมถึงการตรวจสอบวิธีการตรวจวิเคราะห์
- ☐ 3. แผนงานรวมถึงการเฝ้าติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ประจำวัน
- ☐ 4. แผนงานรวมถึงการตรวจทดสอบน้ำยา (ดู AOP.5.6, ME 4)
- ☐ 5. แผนงานรวมถึงการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์และปฏิบัติการแก้ไข.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.9.1

- ☐ 1. ห้องปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการทดสอบความชำนาญในการให้บริการห้องปฏิบัติการ, หรือทางเลือกอื่นสำหรับการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (ดู AOP.5.10, ME 3)
- ☐ 2. สำหรับการวิเคราะห์พิเศษ, หรือการทดสอบ, ผลการทดสอบความชำนาญของห้องปฏิบัติการ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่น่าพอใจตามกฎหมายและ ระเบียบข้อบังคับ
- ☐ 3. ห้องปฏิบัติการเก็บรักษาสารที่รวบรวมการมีส่วนร่วมใน กระบวนการทดสอบความชำนาญ.

มาตรฐาน AOP.5.10

ห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้างโดยโรงพยาบาลมีใบอนุญาตและได้รับการรับรองจากหน่วยงาน ที่เป็นที่ยอมรับที่มีอำนาจในการออกใบอนุญาต.

มาตรฐาน AOP.5.10.1

โรงพยาบาลระบุมตรการในการตรวจสอบคุณภาพของการบริการที่ให้บริการโดยห้องปฏิบัติการ อ้างอิง/สัญญาจ้าง

เจตจำนงของ AOP.5.10 และ AOP.5.10.1

เมื่อโรงพยาบาลใช้บริการห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้าง การคัดเลือกการตรวจวิเคราะห์หรือ การให้บริการห้องปฏิบัติการ ต้องมีสารสนเทศดังต่อไปนี้ :

- a) สำเนาใบอนุญาตจากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับที่มีอำนาจในการออกใบอนุญาต.
- b) สำเนาประกาศนียบัตรหรือจดหมายการรับรองหรือประกาศนียบัตรจากแผนงาน การรับรองหรือให้ประกาศนียบัตรที่เป็นที่ยอมรับ*
- c) เอกสารแสดงว่าห้องปฏิบัติการอ้างอิง (จ้างเหมา) เข้าร่วมในแผนงานทดสอบ ความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ

นอกจากนี้, มาตรการของโรงพยาบาลสำหรับการเฝ้าติดตามคุณภาพการบริการที่ให้โดยห้องปฏิบัติ การอ้างอิง (จ้างเหมา) – ยกตัวอย่าง เช่น, ระยะเวลาออกผลตรวจทดสอบ, การรายงานผลวิกฤต, และปัญหาที่เกี่ยวข้องส่ง

ตรวจเช่นไม่มีตัวบ่งชี้ผู้ป่วย หรือ การปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ. ผู้ที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมทบทวนและดำเนินการต่อผลการ ฝ่าฝืนตามคุณภาพ. (ดู GLD.6.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.10

- ☐ 1.โรงพยาบาลเก็บรักษาลำเนาใบอนุญาตจากหน่วยงานที่เป็นที่ยอมรับที่มีอำนาจในการออกใบอนุญาต สำหรับห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้างที่ใช้โดยโรงพยาบาล
- ☐ 2.โรงพยาบาลเก็บรักษาลำเนาประกาศนียบัตรหรือจดหมายการรับรองหรือประกาศนียบัตรจากแผนงาน การรับรองหรือให้ประกาศนียบัตรที่เป็นที่ยอมรับสำหรับห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้างที่ใช้โดย โรงพยาบาล
- ☐ 3.โรงพยาบาลเก็บรักษาลำเนาเอกสารการเข้าร่วมในแผนงานทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการ สำหรับห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้างที่ใช้โดยโรงพยาบาล (ดู AOP.5.9.1, ME 1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.10.1

- a) 1.ความถี่และชนิดของข้อมูลผลการดำเนินงานที่คาดหวังจากห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้างที่ใช้ถูก กำหนดโดยโรงพยาบาล (ดู GLD.6.1, ME 1)
- b) 2.บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งรับผิดชอบในการทบทวนผลลัพธ์ที่คาดหวังจาก ห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้าง (ดู GLD.6, ME 4)
- c) 3.บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งดำเนินการต่อผลการฝ่าฝืนตามคุณภาพ
- d) 4.รายงานประจำปีของห้องปฏิบัติการอ้างอิง/สัญญาจ้างส่งถึงผู้นำของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการบริหาร จัดการในการจัดทำสัญญาและการต่ออายุสัญญา (ดู GLD.6.1, ME 2)

ธนาคารเลือดและ/หรือบริการให้เลือด

มาตรฐาน AOP.5.11

บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบธนาคารเลือด และ/หรือบริการให้เลือด และสร้างความมั่นใจว่า การ ให้บริการเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ®

เจตจำนงของ AOP.5.11

ธนาคารเลือด และ/หรือบริการให้เลือดที่ให้บริการโดยโรงพยาบาล, อยู่ภายใต้การดูแลของบุคคล ที่มีคุณสมบัติ เหมาะสมโดยการฝึกอบรม, ความเชี่ยวชาญ, และประสบการณ์ที่สอดคล้องกับกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับ. บุคคลนี้มีคุณสมบัติเหมาะสมในมาตรฐานวิชาชีพสำหรับทุกด้านของการบริการ ธนาคารเลือดที่ให้บริการใน โรงพยาบาล. ธนาคารเลือดได้รับการจัดตั้ง, นำไปปฏิบัติ, และบันทึก ตามกระบวนการ

- a) การคัดเลือกผู้บริจาคเลือด
- b) การคัดกรองโรค
- c) การเก็บเลือด
- d) การเก็บรักษาเลือด
- e) การทดสอบความเข้ากันได้ (compatibility) และ
- f) การกระจายเลือด

มีมาตรการควบคุมคุณภาพสำหรับธนาคารเลือดและบริการให้เลือดได้รับการจัดตั้ง, นำไปปฏิบัติ, และบันทึก เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการบริการอย่างปลอดภัย. ผู้บริจาคโลหิตและการบริการให้เลือดเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.5.1

- ☐ 1. บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมรับผิดชอบธนาคารเลือด และ/หรือบริการให้เลือด (ดู COP.3.3, ME 1 และ GLD.9, ME 1)
- ☐ 2. ธนาคารเลือดได้รับการจัดตั้ง, นำไปปฏิบัติ, และบันทึก ตามกระบวนการ a) ถึง f) ของเจตจำนง (ดู COP.3.3, ME 2)
- ☐ 3. มีมาตรการควบคุมคุณภาพสำหรับธนาคารเลือดและบริการให้เลือดได้รับการจัดตั้ง, นำไปปฏิบัติ, และบันทึกไว้
- ☐ 4. ธนาคารเลือดและการบริการให้เลือดเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ

บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย

มาตรฐาน AOP.6

บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย, และการให้บริการดังกล่าวเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของท้องถิ่นและประเทศ.

เจตจำนงของ AOP.6

โรงพยาบาลมีระบบสำหรับการให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรผู้ป่วย, การบริการทางคลินิก, และความต้องการของผู้ให้การดูแลสุขภาพ. บริการ รังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของ ท้องถิ่นและประเทศ.

บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย, รวมทั้งที่จำเป็นต้องใช้สำหรับกรณีฉุกเฉิน, อาจจะให้ภายในโรงพยาบาล, ตามข้อตกลงกับองค์กรอื่น, หรือทั้งสองอย่าง. บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยพร้อมใช้งานหลัง จากเวลาปกติสำหรับกรณีฉุกเฉิน. นอกจากนี้โรงพยาบาลมีความสามารถในการระบุและจะติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยเฉพาะ เช่น ฟิสิกส์รังสีรักษา, รังสีมะเร็งวิทยา หรือ เวชศาสตร์นิวเคลียร์ เมื่อมีความจำเป็น.

แหล่งบริการภายนอกมีความสะดวกสำหรับผู้ป่วยในการเข้าถึง. โรงพยาบาลเลือกแหล่งภายนอกขึ้นอยู่กับคำแนะนำของบุคคลที่รับผิดชอบในบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย. แหล่งบริการภายนอกของ บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยตอบสนองกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องและมีการ บันทึกที่ยอมรับได้ของความต้องการถูกต้อง, เวลาในการให้บริการ. ผู้ป่วยได้รับทราบถ้ามีความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์ผู้ส่งตรวจกับแหล่งบริการภายนอก

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6

- ☐ 1. บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องของท้องถิ่นและประเทศ. (ดู GLD.2, ME 5)
- ☐ 2. บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการตามพันธกิจของโรงพยาบาลและจำนวนประชากรผู้ป่วย,ชุมชนที่ต้องการการดูแลสุขภาพ,และความต้องการฉุกเฉิน, รวมถึงหลังเวลาปกติ.
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยเฉพาะและได้รับการติดต่อเมื่อมีความจำเป็น
- ☐ 4. แหล่งบริการภายนอกจะถูกเลือกจากการได้รับการยอมรับและ เป็นไปตามมาตรฐาน กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- ☐ 5. ผู้ป่วยจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ส่งตรวจและแหล่งบริการภายนอกของบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่ให้บริการ (ดู GLD.12.1, ME 1)

มาตรฐาน AOP.6.1

บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการการให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย

เจตจำนงของ AOP.6.1

บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยอยู่ภายใต้การดูแลของบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมโดยได้รับการฝึกอบรม,ความเชี่ยวชาญ, และประสบการณ์, ที่สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง. บุคคล นี้จะต้องรับผิดชอบต่อวิชาชีพสำหรับสิ่งอำนวยความสะดวกและการให้บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย.บุคคลที่จะให้คำปรึกษาทางคลินิกหรือความเห็นทางการแพทย์, ควรเป็นแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเป็นรังสีแพทย์.บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยหรือบริการเฉพาะควรอยู่ภายใต้การดูแลของบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม. หน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย ได้แก่

- การจัดทำ, นำสู่การปฏิบัติ, และ อารังไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ;
- การกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ;
- การดำเนินการและอารังไว้ซึ่งแผนงานควบคุมคุณภาพที่จำเป็น;
- การให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอก; และ
- การติดตามและทบทวนการบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทั้งหมด.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.1

- ☐ 1. บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยของโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การดูแลและการกำกับดูแลของบุคคลหนึ่งหรือมากกว่าซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (ดู GLD.9, ME 1)
- ☐ 2. หัวหน้าบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำ, นำสู่การปฏิบัติ, และอารังไว้ซึ่งนโยบาย และระเบียบปฏิบัติ
- ☐ 3. หัวหน้าบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านบริหารจัดการ
- ☐ 4. หัวหน้าบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการและอารังไว้ซึ่งแผนงานควบคุมคุณภาพที่จำเป็น
- ☐ 5. หัวหน้าบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแหล่งบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอก (ดู GLD.6, ME ที่ 4 และ GLD.6.1, ME 3)
- ☐ 6. หัวหน้าบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย มีหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามและทบทวนบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทั้งหมด.

มาตรฐาน AOP.6.2

บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและประสบการณ์ดำเนินการตรวจการวินิจฉัย , แปลผล, และรายงานผล

เจตจำนงของ AOP.6.2

โรงพยาบาลระบุนการศึกษา, การฝึกอบรม, คุณสมบัติ, และประสบการณ์ของบุคลากรเทคนิคในการตรวจทดสอบ และการแปลผลรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย, กำหนดผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทำการ ตรวจ ณ จุดให้บริการที่ข้างเตียงผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะแปลผลหรือทวนสอบและรายงานผลการตรวจรวมถึงผู้ที่ทำหน้าที่หัวหน้าหรือกำกับดูแลกระบวนการตรวจ. ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลและบุคลากรเทคนิคได้รับการฝึกอบรม มีประสบการณ์ มีทักษะเพียงพอ และเหมาะสมได้รับการ นิเทศให้เกิดความคุ้นเคยกับงานที่จะต้องปฏิบัติ.บุคลากรเทคนิคได้รับการมอบหมายงานที่สอดคล้องกับการฝึกอบรมและประสบการณ์ของแต่ละคน. นอกจากนี้ต้องมีบุคลากรเพียงพอที่จะทำหน้าที่ตรวจ แปลผล รายงานผลได้ทันทีและจัดให้มีบุคลากรที่จำเป็นตลอดเวลาทำการและสำหรับกรณีฉุกเฉิน.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.2

- ☐ 1.มีการกำหนดผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ทำการตรวจรวมถึงผู้ที่ทำหน้าที่หัวหน้าหรือกำกับดูแลกระบวนการตรวจ. (ดู SQE.4, ME 1)
- ☐ 2.บุคลากรเทคนิคมีคุณสมบัติและประสบการณ์ในการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย (ดู SQE.4, ME 1)
- ☐ 3.บุคลากรเทคนิคมีคุณสมบัติและประสบการณ์ในการแปลผลทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย (ดู SQE.10, ME 3)
- ☐ 4.บุคลากรเทคนิคได้รับตรวจสอบคุณสมบัติและรายงานผลการศึกษา (ดู SQE.10, ME 3)
- ☐ 5.มีบุคลากรเพียงพอเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ดู GLD.9, ME 2 และ SQE.6, ME 2) กำหนดผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมและประสบการณ์ (ดู SQE.4, ME 1)

มาตรฐาน AOP.6.3

แผนงานการจัดการความปลอดภัยทางรังสีได้รับการนำไปปฏิบัติ, ติดตาม, และได้รับการบันทึก, และอ้างไว้ซึ่งการจัดการสิ่งอำนวยความสะดวกและแผนงานควบคุมการติดเชื้อ®

เจตจำนงของ AOP.6.3

การถ่ายภาพวินิจฉัยคือการทดสอบที่ใช้ในการช่วยชีวิตที่มีการใช้อย่างกว้างขวางในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม, การได้รับรังสีอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงในระยะยาว, ขึ้นอยู่กับปริมาณของรังสีที่ได้รับ และจำนวนครั้งของการทดสอบในแต่ละบุคคล.ปริมาณที่สูงขึ้น, จะเพิ่มความเสี่ยงในระยะยาว, และปริมาณผลสะสมยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้น. ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพควรมีการสั่ง การตรวจวินิจฉัยและชี้แจงน้ำหนักความจำเป็นทางการแพทย์ของการสัมผัสกับรังสีเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการสัมผัสกับรังสีที่ไม่จำเป็น.การตรวจการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับปริมาณของรังสีคือการตรวจวินิจฉัยทางคอมพิวเตอร์, เวชศาสตร์นิวเคลียร์ และการฉายรังสี.

โรงพยาบาลมีแผนงานการจัดการความปลอดภัยทางรังสีที่ครอบคลุมบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย ทั้งหมดของโรงพยาบาล, รวมทั้งการรักษารังสีมะเร็งวิทยาและห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ. แผนงานความปลอดภัยทางรังสี

สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงและอันตรายที่พบ. มีแผนงาน ด้านความปลอดภัยและมาตรการการป้องกันรังสีสำหรับบุคลากรของหน่วยรังสีวิทยาและภาพ วินิจฉัย , บุคลากรอื่น ๆ และผู้ป่วย. แผนงานการจัดการความปลอดภัยทางรังสีมีการประสาน งานกับการจัดการสิ่งแวดล้อม ความ สะดวกและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

แผนงานการจัดการความปลอดภัยทางรังสีประกอบด้วย

- นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสนับสนุนการปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
- นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับการหีบห่อสัมผัสและกำจัดสารติดเชื้อและวัตถุอันตราย;
- มีอุปกรณ์ป้องกันเพื่อความปลอดภัยพร้อมใช้ เหมาะสมกับการปฏิบัติงานและอันตรายที่ อาจเกิดขึ้น;
- การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยให้แก่บุคลากรของหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทุกคน; และ
- การให้การศึกษาระหว่างประจำการสำหรับวิธีการตรวจใหม่ๆ และวัตถุอันตรายที่นำเข้ามาใหม่หรือเพิ่งรับรู้.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.3

- ☐ 1.แผนงานความปลอดภัยทางรังสีที่ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรและระบุความเสี่ยง ด้าน ความปลอดภัยและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภายในหรือภายนอกแผนก (ดู FMS.4, ME 1)
- ☐ 2.แผนงานความปลอดภัยทางรังสีรวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับปริมาณการใช้รังสีในแผนกรังสีวิทยา และภาพวินิจฉัย
- ☐ 3.มีการจัดทำแนวทางที่ระบุปริมาณสูงสุดของรังสีสำหรับการตรวจแต่ละประเภทที่เป็นที่ยอมรับ และนำไปปฏิบัติ
- ☐ 4.มีกระบวนการในการระบุความเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องในกระบวนการตรวจวินิจฉัย หรือ อุปกรณ์สำหรับบุคลากรและผู้ป่วยที่ช่วยลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัย (เช่น เลือตตะกั่ว, แผ่นวัดปริมาณรังสี, และที่คล้ายกัน) (ดู FMS.5, ME 3)
- ☐ 5.บุคลากรของหน่วยรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยได้รับการนิเทศเรื่องความปลอดภัยและการ ปฏิบัติ และได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องและการฝึกอบรมสำหรับการปฏิบัติและวิธีการทดสอบใหม่ (ดู FMS.11.1, ME 1; GLD.9, ME 4 และ SQE.8, ME 3 และ 4)
- ☐ 6.แผนงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการสิ่งแวดล้อมและความควบคุมการติดเชื้อในร่ พยาบาลและ รายงานไปยังโครงสร้างความปลอดภัยของโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และเมื่อมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นเกี่ยวกับความปลอดภัย (ดู FMS.3)

มาตรฐาน AOP.6.4

ผลการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยเป็นไปตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามกำหนดไว้โดยโรงพยาบาล ⑥

เจตจำนงของ AOP.6.4

โรงพยาบาลกำหนดระยะเวลาสำหรับการรายงานผลการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย. มีการรายงานผลภายในกรอบเวลาที่อยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วย, บริการทางคลินิก ที่จัดให้, และความต้องการของบุคลากรทางคลินิก, การกำหนดช่วงเวลารายงานผลนี้ครอบคลุม ความต้องการในการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยกรณีฉุกเฉิน การตรวจนอกเวลาทำการและการตรวจในวันหยุดด้วย. ผลการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพ

วินิจฉัยเร่งด่วนที่ส่งจากห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยวิกฤติ ได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษในกระบวนการติดตามวัดคุณภาพ. ในกรณี ที่มีการให้บริการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยโดยทำสัญญากับองค์กรภายนอกการรายงานผลจะต้องทันเวลาตามที่กำหนดไว้ในนโยบายขององค์กรหรือที่ระบุในสัญญา.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.4

- ☐ 1.โรงพยาบาลกำหนดระยะเวลาสำหรับการรายงานผลตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย
- ☐ 2.ผลการตรวจเร่งด่วน/ฉุกเฉิน ได้รับการติดตามวัดคุณภาพ.
- ☐ 3. การรายงานผลตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยอยู่ภายในกรอบเวลาที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ดู ASC.7, ME 1)

มาตรฐาน AOP.6.5

เครื่องมืออุปกรณ์ทุกชนิดที่ใช้สำหรับการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ, การบำรุงรักษา, และการสอบเทียบ, และมีการบันทึกไว้อย่างเหมาะสม. ⑥

เจตจำนงของ AOP.6.5

บุคลากรหน่วยบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีกระบวนการเพื่อให้แน่ใจว่าอุปกรณ์ทั้งหมดมีลักษณะการใช้งานในระดับที่ยอมรับและมีความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงาน. หน่วยบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยพัฒนาและนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้สำหรับ

- การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;
- การบ่งชี้และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ;
- การประเมินเครื่องมือที่ใช้งานโดยการตรวจสอบ ทดสอบ สอบเทียบ และบำรุงรักษา;
- การติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตราย จากเครื่องมือ มีการเรียกกลับ มีอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและ ข้อบกพร่องต่าง ๆ; และ
- การบันทึกในระบบบริหารจัดการเครื่องมือ.

ความถี่ในการทดสอบ บำรุงรักษา และสอบเทียบ ขึ้นกับการใช้เครื่องมือของห้องปฏิบัติการและประวัติการให้บริการที่บันทึกไว้ (ดู AOP.6.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.5

- ☐ 1.หน่วยบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยดำเนินการพัฒนา, นำไปปฏิบัติ, และ บันทึกแผนงานในการจัดการอุปกรณ์เครื่องมือ (ดูFMS.8.1, ME 1)
- ☐ 2.แผนงานระบุการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
- ☐ 3.มีการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยทั้งหมด (ดู FMS.8, ME 2)
- ☐ 4.อุปกรณ์การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยมีการตรวจสอบและทดสอบเมื่อรับเข้ามาใหม่ และตามอายุ, การใช้งาน, และคำแนะนำของผู้ผลิต, และการตรวจสอบหลังจากนั้นและได้รับการ บันทึกไว้ (ดู FMS.8, ME 3)
- ☐ 5.อุปกรณ์การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยได้รับสอบเทียบและการบำรุงรักษาตาม คำแนะนำของผู้ผลิต (ดูFMS.8, ME 3)

- ☐ 6.โรงพยาบาลมีระบบในการติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือ มีการเรียกกลับ มีอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่าง ๆ; (ดู FMS.8.1, ME 1)

มาตรฐาน AOP.6.6

ฟิล์มเอกซเรย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นมีความพร้อมใช้เมื่อโรงพยาบาลใช้ฟิล์มเอกซเรย์

เจตจำนงของ AOP.6.6

เมื่อมีการใช้ฟิล์มเอกซเรย์ในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลมีการระบุฟิล์มเอกซเรย์, น้ำยาและวัสดุอื่น ๆ ที่จำเป็นในการให้บริการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วย. มีกระบวนการสั่งซื้อหรือ สร้างความมั่นใจว่าจะมีฟิล์มเอกซเรย์, น้ำยาและวัสดุอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพ. ฟิล์มเอกซเรย์, น้ำยา และ วัสดุอื่น ๆ ทั้งหมดได้รับการจัดเก็บและนำไปใช้ตามระเบียบปฏิบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งรวมถึงคำแนะนำของ ผู้ผลิต. มีการประเมินน้ำยาที่ใช้เป็นระยะตามข้อแนะนำของผู้ผลิตเพื่อสร้างความมั่นใจในความถูกต้อง และความเที่ยงของผลการตรวจ. (ดู AOP.6.5; AOP.6.8 และ FMS.5.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.6

- ☐ 1.ฟิล์มเอกซเรย์, น้ำยาและวัสดุที่จำเป็นจะได้รับการระบุไว้และพร้อมใช้เมื่อมีความต้องการใช้ ในโรงพยาบาล
- ☐ 2.วัสดุที่จำเป็นทั้งหมดได้รับการจัดเก็บและนำไปใช้ตามคำแนะนำของผู้ผลิต (ดู FMS.5, ME 2)
- ☐ 3.วัสดุทั้งหมดได้รับการประเมินเป็นระยะตามข้อแนะนำของผู้ผลิตเพื่อสร้างความมั่นใจในความ ถูกต้องและความเที่ยงของผลการตรวจ. (ดู AOP.6.7, ME 4)
- ☐ 4. วัสดุที่จำเป็นทั้งหมดได้รับการติดฉลากที่สมบูรณ์และถูกต้อง (ดู FMS.5, ME 4)

มาตรฐาน AOP.6.7

มีกระบวนการควบคุมคุณภาพการให้บริการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย, การติดตาม, การตรวจสอบ และบันทึกไว้®

เจตจำนงของ AOP.6.7

ระบบในการควบคุมคุณภาพที่ดีมีความจำเป็นเพื่อให้ให้บริการบริการตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยที่ดีเยี่ยม (ดู GLD.11) กระบวนการควบคุมคุณภาพประกอบด้วย

- การทวนสอบ (validation) วิธีการตรวจที่ใช้เพื่อตรวจหาความถูกต้องและความเที่ยง;
- การเฝ้าติดตามผลการถ่ายภาพประจำวันโดยบุคลากรรังสีวิทยาที่มีคุณสมบัติเหมาะสม;
- การปฏิบัติการแก้ไขอย่างรวดเร็วเมื่อพบข้อบกพร่อง
- การตรวจทดสอบน้ำยาและสารละลายที่ใช้; และ
- การบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์และปฏิบัติการแก้ไข

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.7

- ☐ 1.โรงพยาบาลจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนงานการควบคุมคุณภาพสำหรับการให้บริการ ตรวจทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย
- ☐ 2.แผนงานรวมถึงการตรวจสอบวิธีการตรวจวิเคราะห์
- ☐ 3.แผนงานรวมถึงการเฝ้าติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ประจำวัน
- ☐ 4.แผนงานรวมถึงการตรวจทดสอบน้ำยาและสารละลายเมื่อใช้, และบันทึกผลการทดสอบ (ดู AOP.6.6, ME 3)
- ☐ 5.แผนงานรวมถึงการบันทึกผลการตรวจวิเคราะห์และปฏิบัติการแก้ไข.

มาตรฐาน AOP.6.8

โรงพยาบาลมีการทบทวนผลการควบคุมคุณภาพของแหล่งบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกที่เป็นสัญญาจ้างทั้งหมด

เจตจำนงของ AOP.6.8

เมื่อโรงพยาบาลให้บริการแหล่งบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอก,ต้องมีการดำเนินการ ทบทวนผลการควบคุมคุณภาพของแหล่งบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกที่เป็นสัญญา จ้างทั้งหมด.บุคคลที่มีคุณสมบัติทบทวนผลการควบคุมคุณภาพ.หากเป็นการยากที่จะได้รับผลการควบคุมคุณภาพการถ่ายภาพจากแหล่งตรวจภายนอก, หัวหน้าหน่วยจะใช้ทางเลือกอื่นสำหรับการกำกับ ดูแลคุณภาพ. (ดู AOP.6.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ AOP.6.8

- ☐ 1.ความถี่และชนิดของข้อมูลผลการดำเนินงานที่คาดหวังจากแหล่งบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกที่เป็นสัญญาจ้างทั้งหมดถูกกำหนดโดยโรงพยาบาล(ดู GLD.6.1, ME 1)
- ☐ 2.บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งรับผิดชอบในการทบทวนผลลัพธ์ที่คาดหวังจากแหล่งบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอก (ดู GLD.6, ME 4)
- ☐ 3.บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมหรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งดำเนินการต่อผลการเฝ้าติดตามคุณภาพ
- ☐ 4.รายงานประจำปีของแหล่งบริการทางรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยภายนอกทั้งหมดส่งถึงผู้นำของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการในการจัดทำสัญญาและการต่ออายุสัญญา (ดู GLD.6.1, ME 2)

การดูแลผู้ป่วย (COP)

ภาพรวม

ความรับผิดชอบที่สำคัญที่สุดขององค์กรผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพและบุคลากรขององค์กรนั้น คือการให้การดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ และบริการให้กับผู้ป่วยทุกราย มาตรฐานต้องการให้มีสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ, มีการทำงานร่วมกันและมีกระบวนการที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้มั่นใจว่าการวางแผน, การประสานงานและการปฏิบัติสนับสนุนการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะและเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย

การดูแลอาจจะเป็นการป้องกัน, การดูแลรักษาแบบประคับประคอง, การรักษา, หรือการฟื้นฟู และอาจรวมถึงการให้การระงับความรู้สึกด้วยการดมยา, การผ่าตัด, การรักษาด้วยยา, การรักษาแบบสนับสนุน, หรือเป็นการใช้วิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ร่วมกัน และขึ้นอยู่กับการประเมินและการประเมินซ้ำของผู้ป่วยแต่ละราย การบริการที่มีความเสี่ยงสูงของการดูแล (รวมถึงการช่วยชีวิต, การให้เลือด, การปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ) และการดูแลที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีความต้องการพิเศษของประชากรเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเพิ่มเติม

การดูแลผู้ป่วยจะให้บริการโดยสหสาขาวิชาชีพและจากบุคลากรฝ่ายสนับสนุน ทุกคนที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทที่ชัดเจนที่กำหนดโดยใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ, ข้อมูลประจำตัว, ใบประกาศนียบัตร, กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ; โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะ ความรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล; และนโยบายขององค์กรหรือรายละเอียดงาน (job description) ในการดูแลบางอย่างอาจจะดำเนินการได้โดยตัวผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกฝน

การส่งมอบการดูแลและบริการต้องมีการประสานงานและบูรณาการร่วมกันของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละคนโดยทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลแต่ละคนมั่นใจว่า

- การดูแลมาจากการประเมิน, แผนการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย;
- การดูแลตามแผนจะส่งมอบให้กับผู้ป่วยแต่ละราย;
- การตอบสนองของผู้ป่วยในการดูแลมีการตรวจสอบ; และ
- แผนการดูแลมีการปรับปรุงเมื่อมีความจำเป็นขึ้นอยู่กับคำตอบของผู้ป่วย

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ (P) หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

การส่งมอบการดูแลผู้ป่วย

COP.1 การดูแลผู้ป่วยทั้งหมดเป็นรูปแบบเดียวกันและเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (P)

COP.2 มีกระบวนการที่บูรณาการและประสานการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย

COP.2.1 แผนการดูแลเป็นรายบุคคลได้รับการพัฒนาและจัดทำเป็นเอกสารสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

COP.2.2 โรงพยาบาล จัดทำและดำเนินกระบวนการในลักษณะเดียวกันสำหรับคำสั่งการรักษาผู้ป่วย (P)

COP.2.3 หัตถการทางคลินิกและการตรวจวินิจฉัยทางคลินิก และการรักษาถูกดำเนินการและบันทึกไว้เป็นคำสั่งรวมถึงผลลัพธ์ของการรักษาได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง

COP.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงปฏิบัติตามตามแนวทางการปฏิบัติทางวิชาชีพ, กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (P)

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วย

COP.3.1 บุคลากรทางคลินิกได้รับการฝึกอบรมในการรับรู้และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วย

บริการช่วยฟื้นคืนชีพ

COP.3.2 บริการช่วยฟื้นคืนชีพมีอยู่ทั่วโรงพยาบาลตลอดเวลา

COP.3.3 แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกและขั้นตอนการปฏิบัติถูกจัดทำ และดำเนินการปฏิบัติสำหรับการจัดเก็บ, การนำไปใช้และการบริหารเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด (P)

อาหารและโภชนาบำบัด

COP.4 จัดให้มีอาหารที่หลากหลาย และเหมาะสมสำหรับภาวะโภชนาการและสอดคล้องกับการดูแลทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างตลอดเวลา

COP.5 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางด้านโภชนาการได้รับการรักษาด้วยโภชนาบำบัด

การจัดการความเจ็บปวด

COP.6 ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (P)

การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

COP.7 โรงพยาบาลจัดให้มีการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่กำลังจะตายที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวและเพิ่มประสิทธิภาพในความสะดวกสบายของผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

บริการการปลูกถ่ายอวัยวะและ/หรือเนื้อเยื่อในโรงพยาบาล

COP.8 ผู้นำของโรงพยาบาลจัดหาทรัพยากรเพื่อสนับสนุนแผนงานการปลูกถ่ายอวัยวะ / เนื้อเยื่อ

COP.8.1 ผู้นำแผนงานการปลูกถ่ายที่มีคุณสมบัติเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับแผนงานการปลูกถ่าย

COP.8.2 แผนงานการปลูกถ่ายรวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในอวัยวะที่ปลูกถ่ายที่เกี่ยวข้อง-แผนงานการปลูกถ่ายที่จำเพาะ

COP.8.3 มีการกำหนดกลไกการประสานงานสำหรับกิจกรรมการปลูกถ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแพทย์, พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ

COP.8.4 แผนงานการปลูกถ่ายใช้เกณฑ์การคัดเลือกอวัยวะ-การปลูกถ่ายจำเพาะทางคลินิก, จิตวิทยา และตามเกณฑ์ความเหมาะสมทางสังคมสำหรับผู้สมัครปลูกถ่าย

COP.8.5 แผนงานการปลูกถ่ายได้รับความยินยอมแบบเฉพาะเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้สมัครปลูกถ่าย ⑨

COP.8.6 แผนงานการปลูกถ่ายมีเอกสารขั้นตอนการปฏิบัติ, แนวทางการปฏิบัติทางคลินิก, หรือขั้นตอนสำหรับการฟื้นฟูอวัยวะและอวัยวะที่ได้รับ เพื่อให้มั่นใจในความเข้ากันได้, ความปลอดภัย, ประสิทธิภาพและคุณภาพของเซลล์ของมนุษย์, เนื้อเยื่อและอวัยวะสำหรับการปลูกถ่าย

COP.8.7 แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับปลูกถ่าย

แผนงานการปลูกถ่ายที่ใช้อวัยวะของผู้บริจาคที่มีชีวิต

COP.9 แผนงานการปลูกถ่ายที่ใช้ผู้บริจาคที่มีชีวิตเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นและระดับภูมิภาคและคุ้มครองสิทธิของผู้บริจาคที่คาดหวังหรือเป็นผู้บริจาคจริง

COP.9.1 แผนงานการปลูกถ่ายที่ใช้ผู้บริจาคที่มีชีวิตได้รับความยินยอมแบบเฉพาะเพื่อการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่คาดหวัง

COP.9.2 แผนงานการปลูกถ่ายที่ใช้ผู้บริจาคที่มีชีวิตใช้เกณฑ์การคัดเลือกทางคลินิกและทางจิตวิทยาเพื่อกำหนดความเหมาะสมของผู้บริจาคที่มีศักยภาพ

COP.9.3 แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นแนวทางในการดูแลของผู้บริจาคที่มีชีวิต

มาตรฐาน, เจตจำนง, และองค์ประกอบที่วัดได้

การส่งมอบการดูแลสำหรับผู้ป่วยทั้งหมด

มาตรฐาน COP.1

การดูแลผู้ป่วยทั้งหมดเป็นรูปแบบเดียวกันและเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ②

เจตจำนงของ COP.1

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีความต้องการการดูแลแบบเดียวกันมีสิทธิที่จะได้รับคุณภาพในการดูแลแบบเดียวกันตลอดทั้งโรงพยาบาล การดำเนินการด้วยหลักการของ "การดูแลด้วยคุณภาพระดับเดียวกัน" ต้องการให้ผู้นำหน่วยงาน / บริการวางแผนและประสานงานการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการแก่กลุ่มผู้ป่วยที่คล้ายกันในหลายหน่วยงานหรือหลายพื้นที่ด้วยการใช้นโยบายและขั้นตอนการปฏิบัติที่มีผลต่อการส่งมอบการดูแลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน นอกจากนี้ผู้นำหน่วยงาน / บริการมั่นใจว่าการดูแลในระดับเดียวกันให้บริการทุกวันในหนึ่งสัปดาห์, และในการทำงานทุกเวอร์ในแต่ละวัน นโยบายและขั้นตอนการปฏิบัติเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เหมาะสมกับกระบวนการการดูแล และได้รับการพัฒนาที่ดีที่สุดในความร่วมมือกัน การดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบเดียวกันจะสะท้อนจาก:

- ☐ การเข้าถึงและความเหมาะสมของการดูแลและการรักษาไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วยในการจ่ายหรือแหล่งที่มาของการชำระเงิน
- ☐ การเข้าถึงการดูแลและการรักษาที่เหมาะสมโดยผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติไม่ขึ้นอยู่กับวันหรือช่วงเวลาของวัน
- ☐ ความรุนแรงของสถานะของผู้ป่วยกำหนดการจัดสรรทรัพยากรให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ดู ACC.1.1, ME 4)
- ☐ ระดับของการดูแลที่จัดให้กับผู้ป่วย (เช่น การดูแลการระงับความรู้สึก) เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล
- ☐ ผู้ป่วยที่มีความต้องการการพยาบาลลักษณะเดียวกันได้รับการพยาบาลในระดับที่เทียบเคียงกันตลอดทั้งโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยในรูปแบบเดียวกันเป็นผลจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเปิดโอกาสให้ประสิทธิผลของการดูแลที่มีลักษณะคล้ายกันตลอดทั้งโรงพยาบาล (ดู PFR.1.1 และ GLD.12)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.1

- ☐ 1. ผู้นำหน่วยงาน / บริการของโรงพยาบาลร่วมกันให้การดูแลที่เป็นกระบวนการรูปแบบเดียวกัน (ดู ACC.2.2.1)
- ☐ 2. ข้อกำหนดของการดูแลที่เป็นรูปแบบเดียวกันสะท้อนการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นและระดับภูมิภาค
- ☐ 3. การดูแลที่เป็นรูปแบบเดียวกันเป็นไปตามเจตจำนงตั้งแต่ข้อ a) ถึงข้อ e)

มาตรฐาน COP.2

มีกระบวนการที่บูรณาการและประสานการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละราย

เจตจำนงของ COP.2

กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจำนวนมากในหลาย ๆ พื้นที่และหน่วยงาน และหลาย ๆ การบริการ (ดู COP.9.3) การบูรณาการและการประสานงานในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างมีเป้าหมายเป็นการสะท้อนถึงประสิทธิภาพของกระบวนการดูแล, การใช้ทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความเป็นไปได้ที่ผลการรักษาผู้ป่วยจะดีขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้นำหน่วยงาน / การบริการใช้เครื่องมือและวิธีการบูรณาการและประสานงานที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วย (เช่น ทีมผู้ให้การดูแล, การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหลาย ๆ หน่วยงาน, การประชุมประสานรูปแบบแผนการดูแลร่วมกัน, การบูรณาการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย, ผู้จัดการการดูแลผู้ป่วย) (ดู ACC.3)

เวชระเบียนของผู้ป่วยสนับสนุนและสะท้อนการบูรณาการ และการประสานงานในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแต่ ละข้อสังเกตและการรักษาของผู้ปฏิบัติงานที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลลัพธ์ใด ๆ หรือ ข้อสรุปจากการประชุมของทีมร่วมดูแลผู้ป่วย หรือจากการอภิปรายกับผู้ป่วยที่ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู AOP.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.2

- ☐ 1. การวางแผนการดูแลถูกบูรณาการและประสานงานระหว่างพื้นที่, หน่วยงาน และการให้บริการ
- ☐ 2. การส่งมอบการดูแลถูกบูรณาการและประสานงานระหว่างพื้นที่, หน่วยงาน และการให้บริการ
- ☐ 3. ผลลัพธ์หรือข้อสรุปใด ๆ ของการประชุมทีมดูแลผู้ป่วย หรือการอภิปรายร่วมกันอื่น ๆ ได้รับการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย

มาตรฐาน COP.2.1

แผนการดูแลเป็นรายบุคคลได้รับการพัฒนาและจัดทำเป็นเอกสารสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

เจตจำนงของ COP.2.1

ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับแผนการดูแลและการรักษาที่ระบุกิจกรรมการดูแลของทีมดูแลสุขภาพที่จะดำเนินการในการ แก้ไขหรือสนับสนุนการวินิจฉัยที่ได้จากการประเมิน เป้าหมายโดยรวมของแผนการดูแลคือเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ทาง คลินิกที่ดีที่สุด (ดู COP.3; COP.8.7 และ COP.9.3)

กระบวนการวางแผนเป็นการทำงานร่วมกันและใช้ข้อมูลจากการประเมินเบื้องต้นและจากการประเมินซ้ำเป็นระยะ ๆ โดยแพทย์, พยาบาล, และผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เพื่อระบุและจัดลำดับความสำคัญในการรักษา, ขั้นตอนการดูแลรักษา, การพยาบาล, และการดูแลอื่น ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนกับทีมดูแลสุขภาพ แผนการดูแลถูกพัฒนาภายใน 24 ชั่วโมงของการ รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในขึ้นอยู่กับกรณีการประเมินซ้ำโดยผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แผนการดูแลถูก

ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันตามความเหมาะสมเพื่อให้สอดคล้องกับสถานะของผู้ป่วย แผนการดูแลเป็นหลักฐานในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่บันทึกโดยผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

แผนการดูแลผู้ป่วยจะต้องสัมพันธ์กับการระบุความต้องการของผู้ป่วย ความต้องการเหล่านั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นผลมาจากผลทางคลินิกที่ดีขึ้น หรือข้อมูลใหม่จากการประเมินซ้ำเป็นประจำ (เช่น ผลที่ผิดปกติทางห้องปฏิบัติการหรือจากการถ่ายภาพรังสี), หรือหลักฐานจากการเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน (เช่น การสูญเสียความรู้สึกตัว) แผนการดูแลถูกทบทวนตามการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ และได้รับการบันทึกในเวชระเบียนในแผนการดูแลเริ่มต้น, หรืออาจบันทึกผลในแผนการดูแลใหม่

วิธีการหนึ่งของการพัฒนาแผนการดูแลคือการระบุและสร้างเป้าหมายที่วัดได้ แพทย์ผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยสามารถเลือกเป้าหมายที่วัดได้ โดยร่วมมือกับพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เป้าหมายที่วัดได้เป็นสิ่งที่สังเกตได้, เป็นเป้าหมายที่ทำให้สำเร็จได้โดยสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และความคาดหวังในผลการรักษา

เป้าหมายที่วัดได้จะต้องเป็นจริงที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย, และเวลาที่ใช้ในการวัดความก้าวหน้า และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับแผนการดูแล ตัวอย่างของเป้าหมายที่วัดได้และเป็นจริงมีดังนี้:

- ผู้ป่วยจะคงไว้และรักษาไว้ซึ่ง cardiac output ที่เพียงพอ โดยระบุจากอัตราการเต้นหัวใจ, จังหวะ, และความดันโลหิตที่อยู่ภายในขอบเขตปกติ
- ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นถึงการฉีดอินซูลินได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยสามารถที่จะเดินจากเตียงนอนไปที่บริเวณผู้เยี่ยมชมด้วย walker แบบมาตรฐาน, สามารถลงน้ำหนักบนขาที่ได้รับผลกระทบได้

หมายเหตุ: อีกประการหนึ่ง, แผนการดูแลแบบบูรณาการที่ระบุเป้าหมายที่วัดได้โดยผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นการสะท้อนถึงความเฉพาะเจาะจง, วัตถุประสงค์, และเป้าหมายที่วัดได้ เพื่อให้ง่ายต่อการประเมินซ้ำและการทบทวนแผนการดูแล (ดู PFE.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.2.1

- ☐ 1. การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายมีการวางแผนโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบ, พยาบาล, และผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ภายใน 24 ชั่วโมงของการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน
- ☐ 2. แผนการดูแลเป็นรายบุคคลตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลการประเมินเบื้องต้นของผู้ป่วยและความต้องการที่ถูกระบุ (ดู ASC.7.3, ME 3)
- ☐ 3. แผนการดูแลเป็นปัจจุบัน หรือถูกปรับปรุงและทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ขึ้นอยู่กับการประเมินซ้ำของผู้ป่วยโดยผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ
- ☐ 4. แผนการดูแลเบื้องต้นและการปรับปรุงแก้ไขใด ๆ ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย
- ☐ 5. แผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการทบทวนเมื่อถูกจัดทำเบื้องต้น และเมื่อปรับปรุงแก้ไขใหม่ตามการเปลี่ยนแปลงของสถานะของผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู ASC.7.3, ME 4)
- ☐ 6. แผนการดูแลถูกจัดให้กับผู้ป่วยแต่ละคนและเป็นหลักฐานในเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยการบันทึกของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย (ดู COP.2.3; ASC.3.2, ME 1; ASC.5 และ MOI.9.1, ME 4)

มาตรฐาน COP.2.2

โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินการกระบวนการที่เป็นแบบแผนเดียวกันสำหรับการส่งคำสั่งของผู้ป่วย^๖

เจตจำนงของ COP.2.2

หลายกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีบุคคลที่มีคุณสมบัติที่จะส่งคำสั่งสำหรับกิจกรรมที่จะต้องได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย กิจกรรมดังกล่าวอาจรวมถึง **ยกตัวอย่างเช่น** คำสั่งสำหรับการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ การบริหารยา การดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะ โภชนาบำบัด การบำบัดฟื้นฟูและลักษณะคล้ายๆ กันนี้ กิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยที่ต้องใช้คำสั่งจะได้รับคำสั่งจากบุคคลที่มีคุณสมบัติที่จะทำเช่นนั้นได้ คำสั่งดังกล่าวจะต้องสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถ้าคำสั่งเหล่านั้นจะต้องดำเนินการในเวลาที่เหมาะสม ตำแหน่งคำสั่งบนแผ่นทั่วไปหรือในตำแหน่งที่เป็นแบบเดียวกัน ในเวชระเบียนของผู้ป่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการของคำสั่ง คำสั่งที่ได้รับการบันทึกช่วยให้บุคลากรเข้าใจรายละเอียดของคำสั่งที่จำเพาะเจาะจง เวลาที่จะต้องดำเนินการตามคำสั่ง และผู้ที่ดำเนินการออกคำสั่ง (ดู MMU. 4.1 ร่วมด้วย) คำสั่งสามารถเขียนลงบนแผ่นคำสั่งเพื่อที่จะถูกโอนไปยังเวชระเบียนของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ หรือเมื่อ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือระบบการส่งทางคอมพิวเตอร์อาจจะใช้ในโรงพยาบาลที่มีการใช้เวชระเบียนผู้ป่วย อิเล็กทรอนิกส์

แต่ละโรงพยาบาลกำหนดเองว่า

- คำสั่งชนิดใดจะต้องเขียน/บันทึกและไม่ใช่คำสั่งทางโทรศัพท์ ทางวาจาหรือการส่งข้อความ (ถ้าอนุญาตให้ใช้คำสั่งทางวาจา ทางโทรศัพท์ หรือส่งข้อความ) **ยกตัวอย่างเช่น** คำสั่งทางโทรศัพท์อาจจะจำกัดให้ใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อแพทย์ไม่ปรากฏอยู่ คำสั่งด้วยวาจาอาจจะจำกัดให้ใช้ในสถานการณ์ที่แพทย์ผู้สั่งทำหัตถการที่ปราศจากเชื้อและคำสั่งที่ส่งข้อความอาจจะจำกัดเฉพาะ การตรวจวินิจฉัยเท่านั้น
- คำสั่งตรวจภาพเพื่อการวินิจฉัยทางคลินิกและการทดสอบในห้องปฏิบัติการชนิดใดจะต้องให้ข้อบ่งชี้/เหตุผลทางคลินิก
- ข้อยกเว้นใด ๆ ในสภาพแวดล้อมเฉพาะ เช่น แผนกฉุกเฉินและหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต (ดู MMU.4.1, ME 3 ร่วมด้วย)
- ผู้ใดที่ได้รับอนุญาตให้กำหนดคำสั่ง (ดู MMU.4.2 และ MOI.11 ร่วมด้วย) และ
- ตำแหน่งใดที่คำสั่งจะได้รับการบันทึกอยู่ในเวชระเบียนของผู้ป่วย รวมทั้งคำสั่งที่อาจจะได้รับผ่านทางข้อความ (ดู IPSG.2 MMU.4, ME.1 MMU.4.3 และ MOI.9 ร่วมด้วย)

เมื่อเทคโนโลยีมีวิวัฒนาการ ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระได้เริ่มที่จะใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ส่วนบุคคลเพื่อส่งข้อความคำสั่งไปยังโรงพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วย การรักษาหรือบริการแพลตฟอร์มการส่งข้อความอาจมีการนำเสนอฟังก์ชันการทำงานที่จะตอบสนองต่อความห่วงกังวลก่อนหน้านี้ที่เกี่ยวข้องกับความถูกต้องทันเวลา การบันทึกเป็นเอกสาร ความลับ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁶

ถ้าโรงพยาบาลเลือกที่จะอนุญาตให้ถ่ายทอดคำสั่งผ่านการส่งข้อความ **โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่า** แพลตฟอร์มการส่งข้อความที่เสถียรภาพดังต่อไปนี้⁷

- ขั้นตอนการลงชื่อ (sign-on) ที่มีการรักษาความปลอดภัย
- การส่งข้อความมีการเข้ารหัส (Encrypted)
- ห้ามใช้การส่งข้อความที่ไม่มีเสถียรภาพ (**ตัวอย่างเช่น** การส่งข้อความด้วยบริการข้อความสั้น (SMS))
- ใบบันทึก (Receipts) การส่ง (Deliver) และการอ่าน (Read)

- e) ประทับตราวันที่และเวลา
- f) กำหนดกรอบเวลาการเก็บรักษาข้อความที่เหมาะสมกับประเภท
- g) กระบวนการสำหรับพิสูจน์ตัว (Authentication) โดยแพทย์ที่สั่ง

นอกจากนี้โรงพยาบาลจะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเฝ้าติดตามกระบวนการสื่อสารเพื่อชี้แจงเมื่อมีคำถามเกิดขึ้นจากคำสั่งที่ส่งเป็นข้อความ โรงพยาบาลที่อนุญาตให้ส่งคำสั่งเป็นข้อความได้รับการคาดหวังให้ทำตามมาตรฐานการจัดการด้านยาและการใช้ยา (MMU) มาตรฐาน MMU.4 และ MMU.4.1 ซึ่งระบุองค์ประกอบที่จำเป็นของการสั่งยาที่สมบูรณ์และการดำเนินการเมื่อคำสั่งไม่สมบูรณ์หรือไม่ชัดเจน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.2.2

- ☐ 1. โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินกระบวนการที่เป็นแบบเดียวกันสำหรับการกำหนดการเขียน/บันทึกคำสั่งของผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมการระบุคำสั่งที่อาจจะได้รับด้วยวาจา ผ่านทางโทรศัพท์และผ่านทางข้อความ (ดู MOI.9, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. คำสั่งตรวจภาพเพื่อการวินิจฉัยทางคลินิกและการทดสอบทางห้องปฏิบัติการครอบคลุมข้อบ่งชี้/เหตุผลทางคลินิก เมื่อจำเป็นต้องมีการแปลผล (ดู MOI.9.1, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. คำสั่งได้รับการสั่งโดยผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะทำเช่นนั้นได้เท่านั้น (ดู MMU.4.2, ME 1 และ MOI.11, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. คำสั่งจะพบในตำแหน่งที่เป็นแบบแผนเดียวกันในเวชระเบียนผู้ป่วย (ดู MMU.4.3, ME 3 และ MOI.9, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. เมื่อโรงพยาบาลอนุญาตให้คำสั่งได้รับการถ่ายทอดผ่านการส่งข้อความ โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ากระบวนการดังกล่าวส่งผ่านแพลตฟอร์มการส่งข้อความที่มีเสถียรภาพและเป็นไปตาม a) ถึง g) ในเจตจำนง. (ดู MOI.2, ME 1 และ MOI.11.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 6. เมื่อโรงพยาบาลอนุญาตให้มีคำสั่งที่ส่งด้วยข้อความ โรงพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเฝ้าติดตามกระบวนการสื่อสารสำหรับการชี้แจงเมื่อมีคำถามเกิดขึ้น

มาตรฐาน COP.2.3

หัตถการทางคลินิกและการตรวจวินิจฉัยทางคลินิก, และการรักษาถูกดำเนินการและบันทึกไว้เป็นคำสั่งรวมถึงผลลัพธ์ของการรักษาได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

เจตจำนงของ COP.2.3

หัตถการทางคลินิกและการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกและการดำเนินการรักษา, และผลหรือผลลัพธ์ได้รับการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู MOI.9.1) ตัวอย่างของหัตถการและการรักษา ได้แก่ การส่องกล้อง (endoscopies), การตรวจสวนหัวใจ, การรักษาด้วยรังสี, การตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT), และการตรวจวินิจฉัยด้วยการทำหัตถการและการรักษาแบบ invasive และ noninvasive ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ขอทำหัตถการหรือการรักษา และเหตุผลสำหรับการทำหัตถการหรือการรักษาจะรวมอยู่ในเอกสาร (ดู COP.2.1, ME 6 และ ASC.7.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.2.3

- ☐ 1. หัตถการและการรักษาจะดำเนินการตามคำสั่งการรักษา และมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู MMU.4.3, ME 1 และ MMU.6.1, ME 6)

- ☐ 2. บุคคลที่ร้องขอและเหตุผลในการร้องขอทำหัตถการหรือการรักษามีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู MOI.9.1, ME ที่ 4 และ MOI.11.1, ME 1)
- ☐ 3. ผลของการทำหัตถการและการดำเนินการรักษามีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู ACC.3, ME 3)

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและการบริการที่มีความเสี่ยง

มาตรฐาน COP.3

การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงปฏิบัติตามตามแนวทางการปฏิบัติทางวิชาชีพ, กฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (P)

เจตจำนงของ COP.3

โรงพยาบาลให้การดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่มีความหลากหลาย ผู้ป่วยบางรายถูกพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงเนื่องจากอายุ, สถานะการเจ็บป่วย, หรือจากความต้องการที่สำคัญตามธรรมชาติ โดยปกติเด็กและผู้สูงอายุจะจัดอยู่ในกลุ่มนี้ เนื่องจากมักจะไม่สามารถพูดได้ด้วยตนเอง ไม่เข้าใจกระบวนการดูแล และไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ในทำนองเดียวกัน มีความกลัว สับสน ไม่รู้สึกตัว หรือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งทำให้ไม่สามารถที่จะเข้าใจกระบวนการดูแลเมื่อต้องการการดูแลที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

นอกจากนี้โรงพยาบาลยังให้บริการที่หลากหลาย การบริการบางอย่างได้รับการพิจารณาว่ามีความเสี่ยงสูงเนื่องจากอุปสรรคทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนที่จำเป็นในการรักษาสถานะที่คุกคามชีวิต (การฟอกไตผู้ป่วย) ธรรมชาติของการรักษา (การกู้ชีวิตผู้ป่วย) อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (การผูกมัด) หรือความเป็นพิษของยาที่มีความเสี่ยงสูงบางอย่าง (เช่นยาเคมีบำบัด) (ดู PFR.5.2)

การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนโดยการใช้อุปกรณ์ เช่น แนวทางการปฏิบัติ, ขั้นตอนการปฏิบัติ, การวางแผนการดูแล, แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกและอื่น ๆ (ดู COP.2.1) เครื่องมือเหล่านี้มีความสำคัญสำหรับบุคลากรที่จะต้องเข้าใจ และตอบสนองผ่านการมีสมรรถนะ และลักษณะการปฏิบัติที่เป็นลักษณะเดียวกัน ผู้นำโรงพยาบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับ

- การระบุผู้ป่วยและการบริการที่ถือว่ามีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาล;
- ใช้กระบวนการทำงานร่วมกันในการพัฒนาเครื่องมือที่เขียนขึ้นสำหรับเป็นแนวทางในการดูแล และเป็นรูปแบบเดียวกัน; และ
- การฝึกอบรมบุคลากรในการใช้อุปกรณ์เหล่านี้

เครื่องมือที่เขียนขึ้นสำหรับการดูแลจะต้องปรับให้เหมาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือบริการที่มีความเสี่ยงสูง ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง สิ่งสำคัญที่ขั้นตอนต้องระบุ

- วางแผนที่เกิดขึ้นอย่างไร รวมถึงการระบุความแตกต่างของประชากรระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มเด็ก หรือการพิจารณาเป็นพิเศษอื่น ๆ

- เอกสารที่จำเป็นสำหรับทีมการดูแลที่จะทำงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ;
- การพิจารณาการให้ความยินยอมแบบพิเศษ ถ้าจำเป็นต้องมี;
- การตรวจสอบผู้ป่วยที่จำเป็น รวมถึงการใช้การเตือนภัยที่เหมาะสม;
- คุณสมบัติพิเศษหรือทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแล; และ
- ความพร้อมและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เฉพาะ

เมื่อให้บริการใด ๆ แก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง หรือการให้บริการใด ๆ ที่มีความเสี่ยงสูงที่ระดับล่างนี้ โรงพยาบาลต้องจัดทำแนวทางและขั้นตอนการให้บริการ และนำลงสู่การปฏิบัติสำหรับดำเนินการให้บริการแก่ผู้ป่วย (ดู IPSG.1, ME 3; COP.8.6, ME 1; COP.9.2, ME 1; COP.9.3, ME 1; PCI.8 และ PCI.8.1) การบริการที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับ

- a) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency patients);
- b) ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว (comatose patients);
- c) ผู้ป่วยที่ได้รับการกู้ชีวิต (patient on life support);
- d) การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ (care of patients with a communicable disease);
- e) การดูแลผู้ป่วยภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (care of immunosuppressed patients);
- f) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต (care of patients receiving dialysis);
- g) การดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด (care of patients in restraints);
- h) การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด (care of patients receiving chemotherapy);
- i) การดูแลประชากรผู้ป่วยที่เปราะบาง รวมทั้งผู้สูงอายุที่อ่อนแอ, เด็กที่พึ่งตนเองไม่ได้, และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทารุณกรรมและ / หรือถูกทอดทิ้ง (care of vulnerable patient populations, including frail elderly, dependent children, and patients at risk for abuse and/or neglect); และ
- j) การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (care of patients at risk for suicide)

ผู้ป่วยและการบริการที่เพิ่มเติมจะถูกครอบคลุมเมื่อผู้ป่วยเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในการบริการที่จัดให้ นอกจากนี้ ผู้นำโรงพยาบาลยังต้องระบุความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นที่เป็นผลมาจากขั้นตอนใด ๆ หรือแผนการดูแล (ตัวอย่างเช่น ความจำเป็นในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก, แผลกดทับ, และการติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ได้รับการกู้ชีวิต; การบาดเจ็บทางระบบประสาทและระบบไหลเวียนเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด; การล้มล้มเช็ดเช็ดในเลือดในผู้ป่วยฟอกไต; การติดเชื้อใน central line; และการพลัดตกหกล้ม (ดู IPSG.6) เมื่อมีความเสี่ยงดังกล่าวเกิดขึ้นจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและป้องกันโดยการให้ความรู้แก่บุคลากรและการพัฒนานโยบายที่เหมาะสม, แนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติ (ดู PFR.5.2.) โรงพยาบาลจะใช้ข้อมูลการวัดในการประเมินผลการให้บริการกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและบูรณาการข้อมูลนั้นเข้าสู่แผนงานพัฒนาคุณภาพโดยรวมของโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.3

- ☐ 1. ผู้นำโรงพยาบาลได้ระบุผู้ป่วยและการบริการที่มีความเสี่ยงสูง อย่างน้อย a) ถึง j) ตามเจตจำนง
- ☐ 2. ผู้นำจัดทำและนำนโยบาย, ขั้นตอนการปฏิบัติและ / หรือหลักการดูแลไปดำเนินการสำหรับบริการที่มีความเสี่ยงสูงที่ให้บริการในโรงพยาบาล (ดู MOI.8.1, ME 3)
- ☐ 3. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและนำเครื่องมือที่เขียนขึ้นไปใช้ให้เป็นประโยชน์สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง

- ☐ 4. ผู้นำโรงพยาบาลระบุความเสี่ยงเพิ่มเติมที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง และดำเนินมาตรการเพื่อลดและ / หรือป้องกันความเสี่ยงเพิ่มเติม
- ☐ 5. การพัฒนาความเสี่ยงในโรงพยาบาลจะถูกติดตาม และรวมอยู่ในแผนงานการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงสภาวะของผู้ป่วย

มาตรฐาน COP.3.1

บุคลากรทางคลินิกได้รับการฝึกอบรมในการรับรู้และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะของผู้ป่วย

เจตจำนงของ COP.3.1

บุคลากรที่ไม่ได้ทำงานในพื้นที่การดูแลที่สำคัญอาจจะไม่มีความรู้และได้รับการฝึกอบรมที่เพียงพอในการประเมินและตรวจสอบผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต อย่างไรก็ตามนโยบายสำคัญของจำนวนผู้ป่วยนอกพื้นที่การดูแลที่สำคัญนี้ มีประสบการณ์ในเหตุการณ์การเป็นผู้ป่วยวิกฤต บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการเตือนภัยล่วงหน้า (ตัวอย่างเช่น สัญญาณชีพแย่งลง หรือการเปลี่ยนแปลงที่ลึกซึ้งทางระบบประสาท) ประสบการณ์ช่วงเวลาสั้น ๆ ก่อนที่มีนัยสำคัญทางคลินิกแย่งลงและส่งผลในเหตุการณ์สำคัญ (ดู AOP.2) วรรณกรรมทางคลินิกระบุเกณฑ์ทางสรีรวิทยาที่สามารถช่วยบุคลากรในการตรวจสอบเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ทวีความรุนแรงขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์หัวใจหยุดเต้น หรือหยุดหายใจจะแสดงให้เห็นถึงการเสื่อมสภาพทางคลินิกก่อนที่หัวใจจะหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ เมื่อบุคลากรมีความสามารถในการบ่งชี้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ตั้งแต่ในช่วงต้น และขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมจากบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษผลลัพธ์ทางคลินิกจะดีขึ้น

บุคลากรทางคลินิกทุกคนจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและการฝึกอบรม เพื่อได้รับความรู้และทักษะในการรับรู้และการปฏิบัติอย่างทันท่วงที เมื่อการประเมินผู้ป่วยบ่งชี้ว่าระบบการทำงานของร่างกายผู้ป่วยมีสัญญาณที่ไม่เป็นปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการเสื่อมสภาพของผู้ป่วย การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของสภาวะผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่อาจป้องกันการเสื่อมสภาพที่ดำเนินต่อไปได้ โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรการรับรู้การเปลี่ยนแปลงสภาวะของผู้ป่วยในช่วงต้น และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการเสื่อมสภาพที่ทวีความรุนแรงอย่างเป็นระบบอาจจะช่วยลดภาวะหัวใจหยุดเต้นและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (ดู SQE.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.3.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินกระบวนการที่เป็นระบบสำหรับการรับรู้ของบุคลากรและการตอบสนองให้กับผู้ป่วยที่มีสภาวะที่ดูเหมือนจะเลวร้ายลง
- ☐ 2. โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินการจัดทำเอกสารเกณฑ์สัญญาณเตือนเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงหรือการเสื่อมสภาพของผู้ป่วยและเมื่อต้องขอความช่วยเหลือเพิ่มเติม
- ☐ 3. ตามเกณฑ์การเตือนในช่วงต้นของโรงพยาบาล, บุคลากรขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีความกังวลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย
- ☐ 4. โรงพยาบาลจะแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อมีความกังวลเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย (ดู ACC.2.2, ME 1)

บริการช่วยฟื้นคืนชีพ

มาตรฐาน COP.3.2

บริการช่วยฟื้นคืนชีพมีอยู่ทั่วโรงพยาบาลตลอดเวลา

เจตจำนงของ COP.3.2

บริการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถกำหนดเป็นการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลฉุกเฉินในผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์วิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตเช่น หัวใจวายหรือหยุดหายใจ เมื่อหัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจเกิดขึ้นต้องเริ่มทำการกดหน้าอกหรือให้การสนับสนุนทางเดินหายใจทันที นั่นอาจหมายถึงความแตกต่างระหว่างการมีชีวิตและความตายหรืออย่างน้อยอาจช่วยหลีกเลี่ยงความเสียหายร้ายแรงของสมองที่อาจเกิดขึ้น

การช่วยฟื้นคืนชีพที่ประสบความสำเร็จของผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นจะขึ้นอยู่กับปฏิบัติที่สำคัญ เช่น การช็อกไฟฟ้าตั้งแต่เริ่มต้นและการดำเนินการที่ถูกต้องในการช่วยชีวิตขั้นสูง บริการเหล่านี้จะต้องสามารถให้บริการกับผู้ป่วยทุกคนได้ตลอด 24 ชั่วโมงและในทุกวัน สิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติที่สำคัญเหล่านี้คือความพร้อมอย่างรวดเร็วของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน, ยาสำหรับการช่วยชีวิต และการฝึกอบรมบุคลากรอย่างถูกต้องในการช่วยชีวิต การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจะต้องดำเนินการทันทีที่มีการรับรู้หัวใจหยุดเต้นหรือระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และกระบวนการช่วยชีวิตขั้นสูงต้องไปถึงสถานที่ที่ต้องการในเวลาน้อยกว่า 5 นาที การปฏิบัตินี้รวมถึงการทบทวนการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลและการจำลองการฝึกอบรมการตอบสนองต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น บริการช่วยฟื้นคืนชีพที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาล รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการฝึกอบรมบุคลากรอย่างถูกต้องจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางคลินิกและกลุ่มประชากรที่ให้บริการ (ตัวอย่างเช่น ถ้าโรงพยาบาลมีประชากรผู้ป่วยเด็ก จะต้องมียุทธศาสตร์ทางการแพทย์สำหรับการช่วยชีวิตผู้ป่วยเด็ก) (ดู ASC.3, ME 4; SQE.8.1; GLD.9, ME 2 และ FMS.8)

หมายเหตุ: ทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลจะรวมถึงพื้นที่ใด ๆ ที่มีการรักษาและมีการให้บริการ รวมทั้งพื้นที่การรักษาหรือการวินิจฉัยในอาคารที่แยกต่างหากภายในขอบเขตโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.3.2

- ☐ 1. บริการช่วยฟื้นคืนชีพมีอยู่และให้บริการกับผู้ป่วยทุกคนตลอด 24 ชั่วโมง และทุกวันทั่วทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล
- ☐ 2. อุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับการช่วยชีวิตและยาสำหรับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและขั้นสูงมีมาตรฐานและสามารถใช้ได้สำหรับการใช้งานตามความต้องการของประชากรที่ให้บริการ (ดู ASC.3, ME 3)
- ☐ 3. ในทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจะดำเนินการทันทีที่รับรู้หัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจ และการช่วยชีวิตขั้นสูงจะดำเนินการในเวลาน้อยกว่า 5 นาที

มาตรฐาน COP.3.3

แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกและขั้นตอนการปฏิบัติถูกจัดทำ และดำเนินการปฏิบัติสำหรับการจัดเก็บ, การนำไปใช้ และการบริหารเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด (P)

เจตจำนงของ COP.3.3

การบริหารเลือดจะต้องเป็นไปตามมาตรฐานของการปฏิบัติและในลักษณะที่สอดคล้องเพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยของผู้รับ ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกและวิธีการอธิบายกระบวนการสำหรับ

- a) การได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในการบริหาร; (ดู PFR.5.2, ME 3)
- b) การจัดหาเลือดจากธนาคารเลือดหรือพื้นที่จัดเก็บเลือด;
- c) การระบุตัวผู้ป่วย;
- d) การบริหารเลือด;
- e) การตรวจสอบผู้ป่วย; และ
- f) การบ่งชี้และการตอบสนองต่อสัญญาณของการเกิดปฏิกิริยาต่อการให้เลือด

มีบุคลากรที่มีการศึกษา มีความรู้และความเชี่ยวชาญในการกำกับดูแลการบริหารเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการ ขั้นตอนและแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการให้เลือดมีการกำหนดให้ชัดเจน และนำไปดำเนินการ (ดู QPS.8)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.3.3

- ☐ 1. มีบุคลากรที่มีการศึกษา ความรู้และความเชี่ยวชาญในการกำกับดูแลการบริหารเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด (ดู AOP.5.11, ME 1)
- ☐ 2. มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกและวิธีการปฏิบัติ และนำไปดำเนินการสำหรับการจัดเก็บ, การนำไปใช้ และการบริหารเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด (ดู AOP.5.11, ME 2)
- ☐ 3. แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกและวิธีการอธิบายกระบวนการสำหรับ a) ถึง f) ในเจตจำนง (ดู GLD.11.2)

อาหารและโภชนาบำบัด

มาตรฐาน COP.4

จัดให้มีอาหารที่หลากหลาย และเหมาะสมสำหรับภาวะโภชนาการและสอดคล้องกับการดูแลทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างตลอดเวลา

เจตจำนงของ COP.4

อาหารและโภชนาการที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อผู้ป่วยทำให้สุขภาพดีและหายจากการเจ็บป่วย การเลือกรับประทานอาหารต้องคำนึงถึงอายุของผู้ป่วย, วัฒนธรรมและการบริโภคอาหารที่ชอบ และแผนการดูแล ซึ่งอาจรวมถึงความต้องการอาหารพิเศษ เช่น คอเลสเตอรอลต่ำ อาหารผู้ป่วยเบาหวาน และอาหารเหลวใส ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย จากการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและแผนการดูแลของแพทย์หรือผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติอื่น ๆ ของผู้ป่วย เป็นผู้สั่งอาหารหรือสารอาหารอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วย (ดู AOP.1.4)

ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนและการเลือกอาหาร เมื่อเป็นไปได้ผู้ป่วยได้รับการเสนอให้เลือกอาหารที่มีความหลากหลายที่สอดคล้องกับภาวะโภชนาการของตนเองได้ ครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการจัดหาอาหารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณีอื่น ๆ และปฏิบัติให้เข้ากันได้กับการ

วินิจฉัยโรคของผู้ป่วย เมื่อครอบครัวของผู้ป่วยหรือคนอื่น ๆ จัดหาอาหารให้กับผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีข้อห้ามตามแผนความต้องการของผู้ป่วยและแผนการดูแล รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับอาหาร อาหารที่จัดหาโดยครอบครัวหรือคนอื่น ๆ จะถูกเก็บไว้ภายใต้สภาวะที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการปนเปื้อน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.4

- ☐ 1. ความหลากหลายของการเลือกอาหารหรือโภชนาการสอดคล้องกับสภาวะของผู้ป่วย, การดูแลและความต้องการอย่างสม่ำเสมอ
- ☐ 2. ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล ผู้ป่วยในทุกคนมีคำสั่งสำหรับอาหารอยู่ในเวชระเบียน
- ☐ 3. คำสั่งอาหารขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการและความต้องการของผู้ป่วย
- ☐ 4. การกระจายของอาหารทันเวลาและสนองตอบความต้องการพิเศษ
- ☐ 5. เมื่อครอบครัวผู้ป่วยจัดหาอาหารให้ ครอบครัวต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย
- ☐ 6. อาหารที่ถูกจัดหาให้โดยครอบครัวผู้ป่วยหรือคนอื่น ๆ จะถูกเก็บไว้ตามภายใต้สภาวะที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการปนเปื้อน

มาตรฐาน COP.5

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางด้านโภชนาการได้รับการรักษาด้วยโภชนบำบัด

เจตจำนงของ COP.5

ในการประเมินครั้งแรกผู้ป่วยจะได้รับการคัดกรองเพื่อบ่งชี้ความเสี่ยงทางโภชนาการ (ดู AOP.1.4) ผู้ป่วยเหล่านี้จะถูกส่งต่อนักโภชนาการสำหรับการประเมินต่อไป เมื่อมีการบ่งชี้แล้วว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงทางโภชนาการ แผนสำหรับการรักษาด้วยโภชนบำบัดจะถูกจัดทำขึ้นและนำไปดำเนินการ ความก้าวหน้าของผู้ป่วยจะถูกตรวจสอบและบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย แพทย์, พยาบาล, งานบริการควบคุมอาหารเพื่อสุขภาพ และครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกันวางแผนเพื่อให้การรักษาด้วยโภชนบำบัด

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.5

- ☐ 1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางภาวะโภชนาการได้รับการรักษาด้วยโภชนบำบัด
- ☐ 2. กระบวนการทำงานร่วมกันถูกนำมาใช้ในการวางแผน การส่งมอบ และการตรวจสอบการรักษาด้วยโภชนบำบัด
- ☐ 3. การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยโภชนบำบัดถูกตรวจสอบและบันทึกไว้ในเวชระเบียน (ดู AOP.2, ME 1)

การจัดการความเจ็บปวด

มาตรฐาน COP.6

ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในการจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ®

เจตจำนงของ COP.6

อาการเจ็บปวดเป็นส่วนหนึ่งที่พบบ่อยของประสบการณ์ของผู้ป่วยและอาจจะเกี่ยวข้องกับสภาวะหรือความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา อาการเจ็บปวดก็อาจจะเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา, การทำหัตถการหรือการตรวจ ในส่วนหนึ่งของแผนการดูแลผู้ป่วยจะได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเกิดความเจ็บปวดที่เป็นผลกระทบจากการรักษา, การทำหัตถการ หรือการตรวจและสิ่งที่เป็นตัวเลือกสำหรับการจัดการความเจ็บปวดที่มีอยู่ ไม่ว่าที่มาของอาการเจ็บปวด, อาการเจ็บปวดที่ไม่บรรเทาลงจะมีผลไม่พึงประสงค์ต่อร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ผู้ป่วยที่อยู่ในความเจ็บปวดมีสิทธิที่จะได้รับการประเมินและการจัดการของอาการเจ็บปวดอย่างเหมาะสม (ดู PFR.2.2 และ AOP.1.5)

โรงพยาบาลมีกระบวนการในการประเมินและการจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม ตามขอบเขตของการให้บริการ รวมถึง

- การบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดในระหว่างการประเมินเบื้องต้นและการประเมินซ้ำ;
- การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บปวดที่อาจจะเป็นผลที่คาดหวังของการรักษา, การทำหัตถการ, หรือการตรวจ;
- ให้การจัดการความเจ็บปวดโดยไม่คำนึงถึงแหล่งที่มาของอาการเจ็บปวดตามแนวทางหรือวิธีการ และร่วมกับเป้าหมายของผู้ป่วยในการจัดการความเจ็บปวด; (ดู COP.7)
- สื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดและการจัดการกับอาการในบริบทของความเชื่อส่วนบุคคล, วัฒนธรรมและศาสนา; และ
- ให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพในการประเมินและการจัดการความเจ็บปวด

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.6

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่อยู่ในความเจ็บปวดตามขอบเขตของการให้บริการ
- ☐ 2. เมื่อมีอาการเจ็บปวดที่เป็นผลตามที่คาดหวังของแผนการรักษา, การทำหัตถการหรือการตรวจ ผู้ป่วยจะได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเกิดความเจ็บปวดและตัวเลือกสำหรับการจัดการความเจ็บปวด
- ☐ 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในความเจ็บปวดได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดและเป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วยในการจัดการความเจ็บปวด
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดตามขอบเขตของการให้บริการ
- ☐ 5. โรงพยาบาลมีกระบวนการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับความเจ็บปวดตามขอบเขตของการให้บริการ

การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิตต้องการการดูแลที่เน้นความต้องการเฉพาะ ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอาจพบกับอาการที่สัมพันธ์กับกระบวนการของโรคหรือการรักษาทางการแพทย์หรืออาจต้องการความช่วยเหลือในการจัดการทางด้านจิตสังคม, จิตวิญญาณและวัฒนธรรมที่เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตายและกำลังจะตาย

ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องมีการพักผ่อนจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยหนักในช่วงสุดท้าย หรือช่วยเหลือในการรับมือกับความเศร้าโศกและการสูญเสีย

เป้าหมายของโรงพยาบาลในการให้การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตจะพิจารณาพื้นที่ที่ให้การดูแลหรือให้บริการได้ (เช่น บ้านพักรับรอง หรือหน่วยงานที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง) ประเภทของการให้บริการและประชากรที่เป็นผู้ป่วยที่ให้บริการ โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบการในการจัดการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ คือ

- ทำให้มั่นใจว่าอาการแสดงจะได้รับการประเมินและบริหารจัดการอย่างเหมาะสม;
- ทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยที่ป่วยหนักในระยะสุดท้ายจะได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรีและด้วยความเคารพ;
- ให้การประเมินผู้ป่วยบ่อยเท่าที่จำเป็นในการบ่งชี้อาการแสดง;
- วางแผนป้องกันและบำบัดรักษาในการจัดการอาการแสดง; และ
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรเกี่ยวกับการจัดการอาการแสดง

มาตรฐาน COP.7

โรงพยาบาลจัดให้มีการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่กำลังจะตายที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มประสิทธิภาพในความสะดวกสบายของผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เจตจำนงของ COP.7

ผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตมีความต้องการเฉพาะสำหรับการได้รับความเคารพ, การดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจตามที่ถูกระบุขึ้นโดยการประเมิน (ดู AOP.1.7) เพื่อให้บรรลุสิ่งนี้ บุคลากรทุกคนต้องรู้ถึงความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ความตระหนักถึงความสะดวกสบายและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยควรจะเป็นสิ่งชี้นำแนวทางในการดูแลทุกมิติในระยะสุดท้ายของชีวิต โรงพยาบาลให้การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึง

- การปฏิบัติเพื่อการจัดการความเจ็บปวด; (ดู COP.6)
- การให้การรักษาที่เหมาะสมสำหรับอาการแสดงใด ๆ ตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว;
- ละมุนละม่อมต่อประเด็นที่มีความอ่อนไหว เช่น การชันสูตรศพ และการบริจาคอวัยวะ;
- การเคารพคุณค่าของผู้ป่วย, ศาสนาและวัฒนธรรม
- ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลทุกมิติ; และ
- การตอบสนองต่อจิตใจ, อารมณ์, จิตวิญญาณ และตระหนักถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านี้ บุคลากรทุกคนต้องได้รับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (ดู PFR.1.2 และ SQE.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.7

- ☐ 1. บุคลากรได้รับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- ☐ 2. การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ความสำคัญกับอาการแสดง, สภาวะ และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตตามที่บ่งชี้โดยการประเมิน (ดู AOP.1.7, ME 1)
- ☐ 3. การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ความสำคัญกับอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิต (ดู PFR.2.2)

- ☐ 4. การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตให้ความสำคัญกับจิตสังคม, อารมณ์, วัฒนธรรม และความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการตายและความเศร้าโศกตามความเหมาะสม (ดู AOP.1.7, ME 2)
- ☐ 5. ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล (ดู PFR.2)

บริการการปลูกถ่ายอวัยวะและ/หรือเนื้อเยื่อในโรงพยาบาล

หมายเหตุ: มาตรฐานดังต่อไปนี้ให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลที่มีการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อที่ได้จากการบริจาคและการจัดการการปลูกถ่ายอวัยวะมักจะเป็นเหตุการณ์ช่วยชีวิต, และบางครั้งการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อก็เป็นตัวเลือกเดียวสำหรับการรักษาโรคที่หลากหลาย ความก้าวหน้าล่าสุดพบว่ามีอัตราความสำเร็จมากขึ้นสำหรับการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ อย่างไรก็ตามการปลูกถ่ายไม่ได้ปลอดจากความเสี่ยง มีเอกสารที่เป็นที่รู้จักกล่าวถึงความตระหนักในความปลอดภัยในการแพร่เชื้อจากผู้บริจาคไปยังผู้รับ โรคที่ถูกกล่าวถึงในเอกสารนี้เป็นโรคที่มีการแพร่เชื้อจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อภายหลังจากการปลูกถ่าย รวมถึงจากเชื้อ HIV, ไวรัสตับอักเสบบีและซี, โรค Creutzfeldt–Jakob (CJD) ผู้รับอวัยวะยังอาจติดเชื้อจากแบคทีเรียหรือเชื้อราผ่านการปนเปื้อนระหว่างกระบวนการขนส่ง, การเก็บรักษา หรือการใช้งาน

ความมุ่งมั่นของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อจะมีนัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จโดยรวมของโรงพยาบาลในความพยายามจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อ มาตรฐานนี้ให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั้งองค์กรสำหรับการบริจาคและการจัดหาอวัยวะและเนื้อเยื่อ ซึ่งรวมถึงบุคคลที่ได้รับการพิจารณาในทางการแพทย์ว่าเหมาะสมสำหรับการบริจาคโดยองค์กรที่จัดหาอวัยวะ ความพยายามจัดหาอวัยวะนี้จะรวมถึงโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวของอวัยวะและเนื้อเยื่อหลังจากการตายของหัวใจ และผู้บริจาคที่หัวใจไม่เต้นด้วย

มาตรฐาน COP.8

ผู้นำของโรงพยาบาลจัดหาทรัพยากรเพื่อสนับสนุนแผนงานการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ

เจตจำนงของ COP.8

แผนงานปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อต้องมีบุคลากรที่มีการศึกษาและการฝึกอบรมพิเศษ และทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อให้มีความปลอดภัย, การดูแลที่มีคุณภาพสูง (ดู SQE.3, ME 1) การศึกษาและการฝึกอบรมของบุคลากรจะต้องมีความจำเพาะกับความรับผิดชอบและความต้องการของการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ ทรัพยากรที่สำคัญอื่น ๆ ได้แก่ เวชภัณฑ์, ห้องฟักผู้ป่วยที่มีการระบายอากาศที่จำเป็นสำหรับประเภทของเหตุการณ์การปลูกถ่าย (เช่น การระบายอากาศแรงดันบวก), ยาที่จำเป็นสำหรับประเภทของเหตุการณ์การปลูกถ่าย, การทดสอบในห้องปฏิบัติการเทคนิคทางการแพทย์ที่มั่นใจว่าเนื้อเยื่อ / อวัยวะไม่มีการปนเปื้อน, และทรัพยากรอื่น ๆ ที่ระบุไว้โดยผู้นำแผนงาน นอกจากนี้ยังมีแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการข้อมูลที่จำเป็นเพื่อช่วยให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง, ผลลัพธ์, และข้อมูลอื่น ๆ ที่สนับสนุนคุณภาพของแผนงานการปลูกถ่าย (ดู GLD.7 และ GLD.9, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8

- ☐ 1. บุคลากรที่ได้รับการอบรมพร้อมที่จะให้ความปลอดภัย, การดูแลที่มีคุณภาพสูงในแผนงานปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ
- ☐ 2. ผู้นำของโรงพยาบาลจัดสรรทรัพยากรสำหรับแผนงานการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ (ดู GLD.1.1, ME 3)
- ☐ 3. ระบบการจัดการข้อมูลถูกใช้ในการสนับสนุนคุณภาพของแผนงานการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อ (ดู MOI.1)

มาตรฐาน COP.8.1

ผู้นำแผนงานการปลูกถ่ายที่มีคุณสมบัติเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับแผนงานการปลูกถ่าย

เจตจำนงของ COP.8.1

ความรับผิดชอบหลักของโรงพยาบาลที่ให้บริการปลูกถ่ายอวัยวะและเนื้อเยื่อ คือ การให้ความปลอดภัย, การดูแลที่มีคุณภาพสูงแก่ผู้บริจาคและผู้รับการปลูกถ่าย หลักสำคัญของความรับผิดชอบนี้เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถสนับสนุนกิจกรรมของแผนงานปลูกถ่ายทั้งหมด องค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างพื้นฐานคือมีบุคคล / กลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลแผนงานการปลูกถ่ายอวัยวะ / เนื้อเยื่อทำหน้าที่แบบเต็มเวลาหรือบางเวลา บุคคล / กลุ่มบุคคลนี้รับผิดชอบในการกำกับดูแลตามการมอบหมายงานหรือรายละเอียดของงาน (job description) เป็นบุคคล / กลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติในการบริหารจัดการการปลูกถ่ายโดยการศึกษา, การฝึกอบรม, ประสิทธิภาพ, ใบอนุญาต, และ / หรือใบรับรอง คุณสมบัติที่จำเป็นขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ดำเนินการ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8.1

- ☐ 1. แผนงานการปลูกถ่ายมีโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถสนับสนุนกิจกรรมทุกด้านของแผนงานการปลูกถ่าย
- ☐ 2. บุคคลหรือมากกว่าหนึ่งที่มีคุณสมบัติในการกำกับดูแลขอบเขตและความซับซ้อนของโครงการปลูกถ่ายอวัยวะ / เนื้อเยื่อ (ดู GLD.9 ME 1)
- ☐ 3. บุคคล / กลุ่มบุคคลตอบสนองต่อความรับผิดชอบในการกำกับดูแลตามที่กำหนดโดยแผนงานการปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.2

แผนงานการปลูกถ่ายรวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในอวัยวะที่ปลูกถ่ายที่เกี่ยวข้อง—แผนงานการปลูกถ่ายที่จำเพาะ

เจตจำนงของ COP.8.2

ความสำเร็จของแผนงานการปลูกถ่ายและผลลัพธ์ในเชิงบวกสำหรับผู้รับการปลูกถ่ายและผู้บริจาคที่มีชีวิตขึ้นอยู่กับทีมของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญทางคลินิกในการปลูกถ่ายโดยเฉพาะ, การพยาบาล, จิตวิทยา, เภสัชวิทยา, และความต้องการทางโภชนาการของผู้รับอวัยวะและผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตมีความจำเพาะ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่สัมพันธ์กับประเภทของการปลูกถ่ายประกอบด้วยบุคลากรจาก

- การแพทย์;
- การพยาบาล;

- โภชนาการ;
- เภสัชวิทยา;
- การควบคุมการติดเชื้อ;
- สังคมสงเคราะห์, บริการทางจิตวิทยา; และ
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ทีมควรมีคุณสมบัติ, มีการฝึกอบรม, และมีประสบการณ์ในการให้การดูแลและให้บริการกับผู้รับการปลูกถ่ายและผู้บริจาคที่มีชีวิต

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8.2

- ☐ 1. แผนงานการปลูกถ่ายบันทึกองค์ประกอบของทีมเฉพาะการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ / อวัยวะ
- ☐ 2. แผนงานการปลูกถ่ายบันทึกความรับผิดชอบของสมาชิกในทีม
- ☐ 3. การให้บริการโดยทีมปลูกถ่ายประกอบด้วยบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการแพทย์, การพยาบาล, โภชนาการ, เภสัชวิทยา, การควบคุมการติดเชื้อ, สังคมสงเคราะห์, บริการทางจิตวิทยา, เวชศาสตร์ฟื้นฟู และการประสานงานการปลูกถ่าย (ดู GLD.9, ME 3)
- ☐ 4. แผนงานการปลูกถ่ายประเมินคุณสมบัติ, การฝึกอบรมและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลเมื่อถูกพิจารณาให้เป็นทีมการปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.3

มีการกำหนดกลไกการประสานงานสำหรับกิจกรรมการปลูกถ่ายทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแพทย์, พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ

เจตจำนงของ COP.8.3

บริการการปลูกถ่ายมีความเสี่ยงที่จำเพาะ และเป็นความเสี่ยงที่สำคัญต่ออวัยวะ / เนื้อเยื่อของผู้รับและในกรณีของผู้บริจาคที่มีชีวิตด้วย องค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างความมั่นใจในความปลอดภัย, การดูแลที่มีคุณภาพสูงในทุกขั้นตอนของกระบวนการบริจาค / การรับคือการกำหนดบุคคลที่มีความรับผิดชอบในการประสานงานและความต่อเนื่องของการดูแลผู้บริจาคที่มีชีวิตและผู้รับโดยรวม บุคคลนี้อาจจะเป็นแพทย์, พยาบาลวิชาชีพ, หรือผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติ (ดู ACC.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8.3

- ☐ 1. บุคคลที่รับผิดชอบในการประสานงานการดูแลผู้บริจาคที่มีชีวิตและผู้รับการปลูกถ่ายถูกระบุและพร้อมปฏิบัติงานสำหรับการดูแลการปลูกถ่ายทุกระยะ
- ☐ 2. ผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอำนวยความสะดวกในความต่อเนื่องของการดูแลแก่ผู้ป่วยปลูกถ่าย (ผู้มีความประสงค์และผู้รับ) ตั้งแต่ระยะก่อนปลูกถ่าย, ระยะการปลูกถ่าย, และระยะจำหน่ายออกจากการปลูกถ่าย
- ☐ 3. ผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอำนวยความสะดวกในความต่อเนื่องของการดูแลผู้บริจาคที่มีชีวิตที่อยู่ในระหว่างการประเมินผลการบริจาคและระยะจำหน่ายออกจากการบริจาค
- ☐ 4. การประสานงานของกิจกรรมการปลูกถ่ายอวัยวะ/เนื้อเยื่อถูกสื่อสารให้บุคลากรทุกคนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของแผนงานปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.4

แผนงานการปลูกถ่ายใช้เกณฑ์การคัดเลือกอวัยวะ—การปลูกถ่ายจำเพาะทางคลินิก, จิตวิทยาและตามเกณฑ์ความเหมาะสมทางสังคมสำหรับผู้สมัครปลูกถ่าย

เจตจำนงของ COP.8.4

มีเหตุผลหลายประการที่ใช้ประกอบการพิจารณาเมื่อต้องการการตัดสินใจในการจัดสรรอวัยวะไปยังผู้รับ การพิจารณาอาจมาจากความต้องการการปลูกถ่ายอย่างรีบด่วนของผู้ป่วย, ผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับการปลูกถ่าย, ความพร้อมของการรักษาทางเลือก, ความคาดหวังในการปรับปรุงคุณภาพของชีวิตของผู้ป่วย, และปริมาณของทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการรักษาที่ประสบความสำเร็จ

เพราะอวัยวะและเนื้อเยื่อของมนุษย์ที่มีพร้อมสำหรับการปลูกถ่ายนั้นมีจำกัด เกณฑ์สำหรับการเลือกผู้รับจึงต้องถูกพัฒนา เกณฑ์การคัดเลือกผู้รับการปลูกถ่ายช่วยระบุผู้ป่วยที่เหมาะสมที่สุดและจำกัดอคติที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น เกณฑ์สำหรับการเข้าถึงอวัยวะและเนื้อเยื่อมีการกำหนดในลักษณะที่โปร่งใสบนพื้นฐานของวัตถุประสงค์ของการประเมินความต้องการทางการแพทย์

นอกจากนี้ ยังมีเกณฑ์เฉพาะอวัยวะที่จะต้องนำมาพิจารณาในการตัดสินใจในการจัดสรรอวัยวะ ตัวอย่างเช่น ความมีชีวิตของอวัยวะเมื่ออยู่นอกร่างกายที่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องพิจารณาระยะเวลาที่ต้องใช้ในการนำอวัยวะไปถึงผู้รับ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8.4

- ☐ 1. แผนงานการปลูกถ่ายบันทึกเกณฑ์เฉพาะทางคลินิกของอวัยวะสำหรับผู้สมัครปลูกถ่าย
- ☐ 2. แผนงานการปลูกถ่ายบันทึกเกณฑ์ทางด้านจิตวิทยาและทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สมัครปลูกถ่าย
- ☐ 3. ผลของการประเมินทางการแพทย์ถูกรวมเข้าเป็นการกำหนดความเหมาะสมในการปลูกถ่าย
- ☐ 4. แผนงานการปลูกถ่ายยืนยันความเข้ากันได้ของอวัยวะในเวชระเบียนของผู้สมัครปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.5

แผนงานการปลูกถ่ายได้รับความยินยอมแบบเฉพาะเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้สมัครปลูกถ่าย[®]

เจตจำนงของ COP.8.5

การให้ความยินยอม, ผู้ป่วยต้องได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับแผนการดูแลที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจ (ดู PFR.2) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการทำ graft หรือสุขภาพของผู้สมัครปลูกถ่ายที่เป็นผู้รับด้วย แต่ไม่จำกัดถึง

- a) ประวัติของผู้บริจาค;
- b) สภาวะของอวัยวะที่ใช้;
- c) อายุของอวัยวะ; และ
- d) โอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงในการติดต่อจากโรคติดเชื้อ หากไม่สามารถตรวจพบโรคนั้นได้จากผู้บริจาคที่ติดเชื้อ

นอกจากนั้น ยังมีปัจจัยทางด้านจิตวิทยา, จริยธรรม, การเงิน, และปัจจัยอื่น ๆ ที่จำเพาะต่อผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายมากกว่าผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ความต้องการใช้ยากดภูมิต้านทาน และอัตราการรอดชีวิตจากที่คาดการณ์ไว้ (ดู AOP.1.1) ผู้ป่วยต้องการรับทราบสิ่งที่ต้องพิจารณาเป็นพิเศษทั้งหมดโดยถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายจะปฏิบัติตามนโยบายเรื่องการให้ความยินยอมของโรงพยาบาล และกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นและระดับภูมิภาคด้วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8.5

- ☐ 1. แผนงานการปลูกถ่ายปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาลเมื่อรับการให้ความยินยอมจากผู้สมัครปลูกถ่าย
- ☐ 2. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้สมัครปลูกถ่ายที่คาดหวังเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทางจิตสังคม
- ☐ 3. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้สมัครปลูกถ่ายที่คาดหวังเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของผู้บริจาคอวัยวะที่อาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของ graft หรือสุขภาพของผู้สมัครปลูกถ่ายที่เป็นผู้รับ แต่ไม่จำกัด a) ถึง d) ของเจตจำนง
- ☐ 4. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้สมัครปลูกถ่ายที่คาดหวังของศูนย์ปลูกถ่ายว่าจะติดตามและคาดการณ์อัตราการรอดตายในหนึ่งปี; หรือเมื่อแผนงานการปลูกถ่ายได้ดำเนินการผ่าตัดน้อยกว่า 18 เดือนอัตราการรอดตายในหนึ่งปีจะเป็นไปตามวรรณกรรม
- ☐ 5. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้สมัครปลูกถ่ายที่คาดหวังเกี่ยวกับอัตราการปฏิเสธยากดภูมิคุ้มกันและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องที่เป็นไปได้
- ☐ 6. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้สมัครปลูกถ่ายที่คาดหวังเกี่ยวกับการรักษาทางเลือก

มาตรฐาน COP.8.6

แผนงานการปลูกถ่ายมีเอกสารขั้นตอนการปฏิบัติ, แนวทางการปฏิบัติทางคลินิก, หรือขั้นตอนสำหรับการฟื้นฟูอวัยวะและอวัยวะที่ได้รับ เพื่อให้มั่นใจในความเข้ากันได้, ความปลอดภัย, ประสิทธิภาพและคุณภาพของเซลล์ของมนุษย์, เนื้อเยื่อและอวัยวะสำหรับการปลูกถ่าย

เจตจำนงของ COP.8.6

เพื่อลดความเสี่ยงของการปฏิเสธอวัยวะ ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายต้องมั่นใจความเข้ากันได้ของผู้บริจาคอวัยวะและผู้รับความเข้ากันได้เป็นการทดสอบที่ใช้บ่อยที่สุดรวมถึง blood typing และ cross matching และ tissue typing ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายมั่นใจว่าการทดสอบความเข้ากันได้เกิดขึ้นก่อนการฟื้นตัวของอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะที่จะเกิดขึ้น

การแพร่กระจายของโรคติดเชื้อและโรคเมเร็งเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นสำหรับผู้รับเนื้อเยื่อและอวัยวะของผู้บริจาค ดังนั้นจะต้องมั่นใจระดับของความปลอดภัย, ประสิทธิภาพ, และคุณภาพของเซลล์, เนื้อเยื่อและอวัยวะของมนุษย์สำหรับการปลูกถ่าย การประเมินอวัยวะและเนื้อเยื่อของผู้บริจาคอาจบ่งชี้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการติดเชื้อ และอาจแพร่เชื้อโรคที่เป็นอันตรายได้ การตรวจคัดกรองผู้บริจาคจากประวัติทางคลินิกและการทดสอบโรคติดเชื้อ

เชื้อของผู้บริจาคจะมีนัยสำคัญที่สามารถลดอุบัติการณ์ของการแพร่กระจายโรคของผู้บริจาค การตรวจคัดกรองผู้บริจาคควรรวมถึงการประเมินประวัติทางการแพทย์, ปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม, และการตรวจร่างกาย การทดสอบผู้บริจาคควรรวมถึงการทดสอบหา HIV, ไวรัสตับอักเสบบี, ไวรัสตับอักเสบซี และการทดสอบอื่น ๆ ที่ได้รับการแนะนำ

สำหรับการปลูกถ่ายไต ๆ ด้วยวัสดุจากมนุษย์, การตรวจสอบย้อนกลับควรจะมีขึ้นสำหรับการคาดการณ์อายุการใช้งานของผู้บริจาคและผู้รับ ในระดับสากลได้ตกลงใช้รหัสเพื่อระบุเนื้อเยื่อและเซลล์ที่ใช้ในการปลูกถ่ายที่จำเป็นสำหรับการตรวจสอบย้อนกลับ (ดู GLD.11.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8.6

- ☐ 1. ทีมการปลูกถ่ายปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นฟูภาวะ, แนวปฏิบัติทางคลินิกหรือขั้นตอนที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งรวมถึงการตรวจสอบข้อมูลที่เป็นของผู้บริจาคและข้อมูลผู้รับเพื่อทำให้มั่นใจในความเข้ากันได้ก่อนที่จะดำเนินการฟื้นฟูภาวะ (ดู COP.3)
- ☐ 2. ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายเป็นผู้รับผิดชอบในการยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรถึงความเหมาะสมทางการแพทย์ของผู้บริจาคอวัยวะสำหรับการปลูกถ่ายให้กับผู้รับ
- ☐ 3. เมื่ออวัยวะมาถึงที่ศูนย์การปลูกถ่าย ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายและผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่มีใบอนุญาตอย่างน้อยหนึ่งคนของศูนย์การปลูกถ่าย ทำการตรวจสอบเอกสารกรู๊ปเลือดของผู้บริจาคและข้อมูลที่สำคัญอื่น ๆ ที่แสดงความเข้ากันได้กับผู้รับก่อนที่จะทำการปลูกถ่าย
- ☐ 4. ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายเป็นผู้รับผิดชอบในการยืนยันว่าการประเมินของผู้บริจาค และการทดสอบผู้บริจาคสำหรับโรคติดเชื้อและโรคเมร็งได้รับการดำเนินการเสร็จสิ้นสมบูรณ์ และได้รับการบันทึกในเวชระเบียนก่อนที่จะทำการฟื้นฟูภาวะและการปลูกถ่ายอวัยวะที่จะเกิดขึ้น
- ☐ 5. เมื่ออวัยวะมาถึงที่ศูนย์การปลูกถ่าย ศัลยแพทย์ปลูกถ่ายและผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่มีใบอนุญาตอย่างน้อยหนึ่งคนของศูนย์การปลูกถ่าย ทำการตรวจสอบและบันทึกการประเมินและการทดสอบของผู้บริจาคที่แสดงให้เห็นว่าไม่มีหลักฐานของโรคและสภาพของอวัยวะเหมาะสมสำหรับการปลูกถ่าย

มาตรฐาน COP.8.7

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับปลูกถ่าย

เจตจำนงของ COP.8.7

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอวัยวะหรือเนื้อเยื่อมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิดของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ถูกปลูกถ่าย ประวัติสุขภาพของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการฟื้นตัว นอกจากนี้สภาวะทางด้านจิตใจของผู้ป่วยอาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการปลูกถ่าย การประเมินผลทางจิตวิทยาที่จะต้องดำเนินการโดยจิตแพทย์, นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการปลูกถ่ายเพื่อตรวจสอบความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และคัดกรองสำหรับการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีอยู่แล้ว (ดู AOP.1.1, ME 2) แผนการดูแลเป็นรายบุคคลได้รับการจัดทำเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ปลูกถ่าย (ดู AOP.1.2 และ COP.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.8.7

- ☐ 1. แผนงานการปลูกถ่ายมีเอกสารแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเฉพาะอวัยวะสำหรับระยะก่อนการปลูกถ่าย, ระยะการปลูกถ่าย, และระยะจำหน่ายออกจากการปลูกถ่าย

- ☐ 2. ผู้ป่วยปลุกถ่ายแต่ละคนอยู่ภายใต้การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย การประสานงานเบื้องต้นทำโดยแพทย์ปลุกถ่ายที่ดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาก่อนการปลุกถ่าย, ระยะเวลาการปลุกถ่ายและระยะจำหน่ายออกจาก การปลุกถ่าย
- ☐ 3. ผู้สมัครปลุกถ่ายจะได้รับการประเมินความเหมาะสมของการรักษาทางการแพทย์และศัลยกรรมอื่น ๆ ซึ่งอาจมีผลในระยะสั้นและระยะยาวต่ออัตราการรอดชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับ การปลุกถ่าย
- ☐ 4. ผู้สมัครปลุกถ่ายได้รับการประเมินผลทางจิตวิทยาโดยจิตแพทย์, นักจิตวิทยา, หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการปลุกถ่าย เพื่อตรวจสอบความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และคัดกรองสำหรับการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีอยู่แล้ว
- ☐ 5. แผนงานการปลุกถ่ายปรับปรุงข้อมูลทางคลินิกในเวชระเบียนผู้ป่วยปลุกถ่ายให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง

แผนงานการปลุกถ่ายที่ช่วยชีวิตของผู้บริจาคที่มีชีวิต

มาตรฐาน COP.9

แผนงานการปลุกถ่ายที่ใช้ผู้บริจาคที่มีชีวิตเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นและระดับภูมิภาค และคุ้มครองสิทธิของผู้บริจาคที่คาดหวังหรือเป็นผู้บริจาคจริง

เจตจำนงของ COP.9

ความต้องการที่เพิ่มขึ้นและอุปทานที่จำกัดของอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตมีผลในการเพิ่มความพยายามในการส่งเสริมการบริจาคอวัยวะจากผู้มีชีวิต มาตรฐานของผู้บริจาคที่มีชีวิตสำหรับการเลือกผู้ที่เหมาะสมสำหรับการบริจาค, การให้ความยินยอม, และการดูแลผู้บริจาคต่อไปไม่ใช่การปฏิบัติแบบครอบจักรวาล ผู้บริจาคที่มีชีวิตต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ยากลำบาก และมีความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนไปตลอดชีวิต และไม่ควรรู้สึกถูกข่มขู่หรือถูกกดดันในการบริจาคอวัยวะ

บุคคลที่มีความรู้การบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคที่มีชีวิต, การปลุกถ่าย, จริยธรรมทางการแพทย์, และการให้ความยินยอมต้องถูกบ่งชี้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจและเพื่อให้มั่นใจว่าสิทธิของผู้บริจาคที่มีชีวิตได้รับการคุ้มครอง (ดู PFR.1 และ PFR.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.9

- ☐ 1. แผนงานการปลุกถ่ายของผู้บริจาคที่มีชีวิตดำเนินการตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นและระดับภูมิภาค
- ☐ 2. ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคโดยปลอดจากการข่มขู่และความกดดัน (ดู GLD.2, ME 5)
- ☐ 3. บุคคลที่มีความรู้การบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคที่มีชีวิต, การปลุกถ่าย, จริยธรรมทางการแพทย์, และการให้ความยินยอมถูกระบุเป็นผู้สนับสนุนสำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิตด้วย
- ☐ 4. บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้สนับสนุนของผู้บริจาคที่มีชีวิตไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการปลุกถ่ายที่ทำประจำ
- ☐ 5. บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้สนับสนุนของผู้บริจาคที่มีชีวิตแจ้ง, สนับสนุนและเคารพผู้บริจาคที่มีชีวิตในลักษณะที่เหมาะสมในระหว่างการตัดสินใจ

มาตรฐาน COP.9.1

แผนงานการปลูกถ่ายที่ใช้ผู้บริจาคที่มีชีวิตได้รับความยินยอมแบบเฉพาะเพื่อการบริจาคอวัยวะจากผู้บริจาคที่คาดหวัง

เจตจำนงของ COP.9.1

ผู้บริจาคที่คาดหวังต้องการที่จะเข้าใจอย่างละเอียดในทุกแง่มุมของกระบวนการบริจาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องการที่จะเข้าใจความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้บริจาคที่มีชีวิต ผู้บริจาคที่มีชีวิตจำนวนมากให้อวัยวะของตนเองกับสมาชิกในครอบครัวหรือคนรู้จัก; อย่างไรก็ตามผู้บริจาคที่มีชีวิตบางคนก็ไม่ได้มีอิทธิพลต่อการกำหนดอวัยวะที่บริจาคของตนเอง ลักษณะสำคัญของการให้ความยินยอมเพื่อให้แน่ใจว่าผู้บริจาคที่คาดหวังก็เต็มใจที่จะบริจาคและไม่ได้รับการข่มขู่หรือสัญญาค่าตอบแทน และเข้าใจว่าอาจปฏิเสธที่จะบริจาคได้ตลอดเวลา (ดู PFR.5.2, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.9.1

- ☐ 1. ความยินยอมสำหรับการบริจาคที่มีชีวิตจะได้รับโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม และอยู่ในภาษาที่ผู้บริจาคที่มีชีวิตที่คาดหวังสามารถเข้าใจได้
- ☐ 2. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้ไว้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้บริจาคที่มีชีวิตที่คาดหวังเกี่ยวกับความเสี่ยงทางจิตวิทยาที่อาจเกิดขึ้นจากการบริจาค
- ☐ 3. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้ไว้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้บริจาคที่มีชีวิตเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะของผู้มีชีวิต
- ☐ 4. นอกเหนือไปจากข้อมูลที่ให้ไว้กับผู้ป่วยผ่าตัดใด ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอม แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้บริจาคที่มีชีวิตที่คาดหวังเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต
- ☐ 5. แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้บริจาคที่มีชีวิตที่คาดหวังเกี่ยวกับการรักษาทางเลือกสำหรับผู้สมัครปลูกถ่าย
- ☐ 6. แผนงานการปลูกถ่ายแจ้งผู้บริจาคที่มีชีวิตที่คาดหวังเกี่ยวกับสิทธิของผู้บริจาคที่จะเลือกออกจากการบริจาคในเวลาใด ๆ ได้ในระหว่างขั้นตอนการบริจาค

มาตรฐาน COP.9.2

แผนงานการปลูกถ่ายที่ใช้ผู้บริจาคที่มีชีวิตใช้เกณฑ์การคัดเลือกทางคลินิกและทางจิตวิทยาเพื่อกำหนดความเหมาะสมของผู้บริจาคที่มีศักยภาพ

เจตจำนงของ COP.9.2

ผู้บริจาคอวัยวะจะต้องได้รับการประเมินความเหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจในการเป็นผู้บริจาคอวัยวะ การประเมินทางการแพทย์จะกำหนดความสามารถทางกายภาพของผู้บริจาคที่จะบริจาคและระบุความเสี่ยงต่อสุขภาพใด ๆ ที่เป็นไปได้ในทันที และความเสี่ยงต่อสุขภาพในอนาคต การประเมินทางจิตวิทยาจะต้องดำเนินการโดยจิตแพทย์, นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการปลูกถ่าย เพื่อตรวจสอบความสามารถในการตัดสินใจ, คัดกรองสำหรับการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีอยู่แล้ว และประเมินการถูกข่มขู่ใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ผู้บริจาคยัง

ต้องได้รับการประเมินความสามารถที่จะเข้าใจขั้นตอนการบริจาคนและผลที่อาจเกิดขึ้น, รวมถึงผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น (ดู AOP.1.1, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.9.2

- ☐ 1. เอกสารแผนงานการปลูกถ่ายอวัยวะกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคที่มีชีวิตเฉพาะอวัยวะ (ดู COP.3)
- ☐ 2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้บริจาคที่มีชีวิตของแผนงานการปลูกถ่ายมีความสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และหลักการของจริยธรรมทางการแพทย์ (ดู GLD.2, ME 5 และ GLD.12)
- ☐ 3. ผลของการประเมินทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายของผู้บริจาคที่มีชีวิตจะถูกรวมในการกำหนดความเหมาะสมสำหรับการบริจาค
- ☐ 4. ผลการทดสอบทางการแพทย์ในการระบุโรคติดเชื้อหรือโรคเมเร็งจะถูกรวมในการกำหนดความเหมาะสมสำหรับการบริจาค
- ☐ 5. ผลของการประเมินทางจิตวิทยาที่ดำเนินการโดยจิตแพทย์, นักจิตวิทยา, หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการปลูกถ่ายจะถูกรวมในการกำหนดความเหมาะสมสำหรับการบริจาค
- ☐ 6. แผนงานการปลูกถ่ายยืนยันความเข้ากันได้ของอวัยวะในเวชระเบียนของผู้บริจาคที่มีชีวิต

มาตรฐาน COP.9.3

แผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นแนวทางในการดูแลของผู้บริจาคที่มีชีวิต

เจตจำนงของ COP.9.3

นอกจากยังมีความต้องการทั่วไปในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างขั้นตอนการผ่าตัด, ผู้บริจาคที่มีชีวิตมีความต้องการการรักษาและการดูแลสุขภาพที่ต้องมีการพิจารณาเฉพาะ แผนการดูแลเป็นรายบุคคลมีการจัดทำและนำมาใช้สำหรับผู้บริจาคที่มีชีวิตทั้งหมด (ดู COP.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ COP.9.3

- ☐ 1. แผนงานการปลูกถ่ายที่ทำโดยผู้บริจาคที่มีชีวิตถูกชี้แนะโดยแนวทางการดูแลสำหรับการประเมิน, การบริจาคและการจำหน่ายออกจากการบริจาค (ดู COP.3 และ GLD.11.2)
- ☐ 2. แผนงานการปลูกถ่ายที่ทำโดยผู้บริจาคที่มีชีวิตใช้สหสาขาวิชาชีพดูแลโดยทีมที่ประสานงานโดยแพทย์ของผู้บริจาคแต่ละคนตลอดทั้งระยะการประเมินผลผู้บริจาค, ระยะบริจาค, และระยะจำหน่ายจากการบริจาค (ดู ACC.3 และ COP.2)
- ☐ 3. ผู้บริจาคที่มีชีวิตได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจตลอดระยะเวลาของการบริจาคอย่างต่อเนื่อง

การดูแลด้านระงับความรู้สึกและ คัลยกรรม (ASC)

ภาพรวม

การระงับความรู้สึกเพื่อทำคัลยกรรม (surgical anesthesia), การระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ (procedural sedation) และการทำหัตถการทางคัลยกรรมเป็นกระบวนการทั่วไปและมีความซับซ้อนในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ จำเป็นต้องมีการประเมินผู้ป่วยที่สมบูรณ์, บูรณาการแผนการดูแล, การตรวจสอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง, และมีเกณฑ์ที่กำหนดการถ่ายโอนสำหรับการดูแลต่อเนื่อง, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, และการถ่ายโอนและการจำหน่ายในที่สุด

การระงับความรู้สึกและการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการในมุมมองทั่วไปเหมือนกับเป็นความต่อเนื่องจากการระงับประสาทเล็กน้อยจนถึงการระงับความรู้สึกเต็มที่ การตอบสนองของผู้ป่วยอาจเป็นไปอย่างต่อเนื่อง, การระงับความรู้สึกและการระงับประสาทควรได้รับการจัดการในลักษณะบูรณาการ ดังนั้น มาตรฐานบ่งชี้จึงให้ความสำคัญกับการระงับความรู้สึกและการระงับประสาทในทุกที่ที่ผู้ป่วยต้องการการป้องกันการตอบสนองสำหรับเปิดทางเดินหายใจและการดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจที่มีความเสี่ยง บทนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญในการระงับประสาทเพื่อวัตถุประสงค์ในการลดความวิตกกังวลหรือการระงับประสาทเพื่อลดการต้านเครื่องช่วยหายใจในหน่วยงาน ICU

เพราะการผ่าตัดเป็นการดำเนินการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงสูง จึงต้องมีการวางแผนและดำเนินการด้วยความระมัดระวัง ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลหลังการผ่าตัดได้รับการวางแผนตามการประเมินผู้ป่วยและจัดทำเป็นเอกสารไว้ การผ่าตัดที่มีการปลูกฝังอุปกรณ์ทางการแพทย์จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ รวมทั้งการรายงานการทำงานที่ผิดปกติของอุปกรณ์ เช่นเดียวกับกระบวนการในการติดตามกับผู้ป่วยในกรณีที่มีการเรียกคืนกลับ

หมายเหตุ: มาตรฐานการดูแลด้านระงับความรู้สึกและคัลยกรรมบังคับใช้ในพื้นที่ที่มีการให้การระงับความรู้สึก และ / หรือ การระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ และในที่ที่มีการทำหัตถการทางคัลยกรรมและหัตถการที่มีการรุกราน (invasive procedure) อื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับความยินยอม (ดู PFR.5.2) อย่างเช่นในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล, day surgery หรือในหน่วยงานแบบ day hospital units, การส่องกล้อง (endoscopies), รังสีวิทยา, ทันตกรรม และคลินิกผู้ป่วยนอกอื่น ๆ, ห้องฉุกเฉิน, หน่วยงานดูแลผู้ป่วยวิกฤต, หรือที่อื่น ๆ

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ P หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

องค์การและการจัดการ

- ASC.1 บริการการระงับประสาทและบริการระงับความรู้สึกที่มีอยู่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และการให้บริการดังกล่าวทั้งหมดเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานท้องถิ่นและระดับชาติ, กฎหมาย, และระเบียบข้อบังคับ
- ASC.2 บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการระงับประสาทและบริการระงับความรู้สึก

การดูแลด้านการระงับประสาท

- ASC.3 การระงับประสาทเพื่อทำหัตถการได้รับการบริหารจัดการเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล®
 - ASC.3.1 ผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบสำหรับการระงับประสาทเพื่อทำหัตถการ และบุคคลที่รับผิดชอบสำหรับตรวจสอบผู้ป่วยที่ได้รับการระงับประสาทเพื่อทำหัตถการมีคุณสมบัติ®
 - ASC.3.2 การระงับประสาทเพื่อทำหัตถการได้รับการบริหารจัดการและตรวจสอบตามแนวทางการปฏิบัติทางวิชาชีพ®
 - ASC.3.3 ความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกที่สัมพันธ์กับการระงับประสาทเพื่อทำหัตถการได้รับการหารือกับผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

การดูแลด้านระงับความรู้สึก

- ASC.4 บุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ดำเนินการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (preanesthesia assessment) และประเมินก่อนการนำสลบ (preinduction assessment)
- ASC.5 การดูแลผู้ป่วยด้านระงับความรู้สึกแต่ละคนได้รับการวางแผนและบันทึกไว้, และการระงับความรู้สึกและเทคนิคการระงับความรู้สึกได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย
 - ASC.5.1 ความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกที่สัมพันธ์กับการระงับความรู้สึกและการควบคุมความเจ็บป่วยหลังการผ่าตัดได้รับการหารือกับผู้ป่วย และ / หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย
- ASC.6 ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการตรวจสอบสถานะทางสรีรวิทยาในระหว่างการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดตามแนวทางการปฏิบัติทางวิชาชีพ และบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย®
 - ASC.6.1 สถานะของผู้ป่วยแต่ละคนหลังการระงับความรู้สึกได้รับการตรวจสอบและบันทึกไว้, และผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากหน่วยงานพักฟื้นโดยผู้มีความรู้ หรือโดยการใส่เกณฑ์ที่กำหนดไว้®

การดูแลด้านศัลยกรรม

- ASC.7 การดูแลผู้ป่วยด้านศัลยกรรมแต่ละคนได้รับการวางแผนและบันทึกไว้ขึ้นอยู่กับผลของการประเมิน
 - ASC.7.1 ความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกได้รับการหารือกับผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย
 - ASC.7.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง
 - ASC.7.3 การดูแลผู้ป่วยหลังการทำผ่าตัดมีการวางแผนและบันทึกไว้
 - ASC.7.4 การดูแลด้านศัลยกรรมที่มีการปลูกฝังอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการวางแผนตามการพิจารณาพิเศษของการปรับเปลี่ยนกระบวนการมาตรฐาน และขั้นตอนการปฏิบัติ®

มาตรฐาน, เจตจำนง, และองค์ประกอบที่วัดได้

องค์การและการจัดการ

มาตรฐาน ASC.1

บริการระดับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึกที่มีอยู่เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และการให้บริการดังกล่าวทั้งหมดเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานท้องถิ่นและระดับชาติ, กฎหมาย, และระเบียบข้อบังคับ

เจตจำนงของ ASC.1

การระงับประสาธ และการระงับความรู้สึกคือมุมมองทั่วไปว่าเป็นความต่อเนื่องจากการระงับประสาธอย่างน้อย ๆ จนถึงการระงับความรู้สึกเต็มที่ การตอบสนองของผู้ป่วยอาจเป็นไปอย่างต่อเนื่องในระหว่างที่ทางเดินหายใจของผู้ป่วยตอบสนองต่อการป้องกันเมื่อมีความเสี่ยง การระงับประสาธและการระงับความรู้สึกเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่จะต้องบูรณาการในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การระงับประสาธและการระงับความรู้สึกต้องมีการประเมินผู้ป่วยที่สมบูรณ์และครอบคลุม, การตรวจสอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง, และเกณฑ์ที่มีวัตถุประสงค์ในการฟื้นฟู

โรงพยาบาลมีระบบการให้บริการการระงับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึกที่เป็นไปตามกลุ่มประชากรผู้ป่วย, บริการทางคลินิกที่ให้บริการ, และความต้องการของผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ บริการการระงับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึกมีการให้บริการตามมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพสำหรับการดูแลและเป็นไปตามกฎหมายท้องถิ่นและระดับชาติและระเบียบข้อบังคับ การบริการการระงับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึกให้บริการหลังเวลาทำการปกติสำหรับกรณีฉุกเฉิน

บริการการระงับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึก (รวมถึงการบริการที่จำเป็นสำหรับกรณีฉุกเฉิน) อาจให้บริการโดยโรงพยาบาล, โดยข้อตกลงกับแหล่งบริการภายนอก (เช่น ระงับความรู้สึกแพทย์หรือกลุ่มผู้ปฏิบัติงานระงับความรู้สึก) หรือทั้งสอง การใช้บริการระดับความรู้สึกจากแหล่งภายนอกใด ๆ จะขึ้นอยู่กับคำแนะนำของผู้นำของบริการการระงับประสาธและบริกาการทางระดับความรู้สึก แหล่งบริการภายนอกเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และมีคุณภาพที่ยอมรับได้และมีการบันทึกความปลอดภัยของผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ในสัญญาการให้บริการ (ดู GLD.6 และ GLD.6.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.1

- ☐ 1. บริการการระงับประสาธ และบริกาการระดับความรู้สึกเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพ และกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นและระดับชาติ
- ☐ 2. บริการการระงับประสาธ และบริกาการระดับความรู้สึกตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
- ☐ 3. บริการการระงับประสาธ และบริกาการระดับความรู้สึกมีอยู่หลังจากเวลาทำการปกติสำหรับกรณีฉุกเฉิน
- ☐ 4. บริการการระงับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึกจากแหล่งภายนอกได้รับการคัดเลือกจากคำแนะนำของผู้นำบริการการระงับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึก, บันทึกประสิทธิภาพของการดำเนินงานที่ยอมรับได้, และการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (ดู GLD.2, ME 5)
- ☐ 5. มีสัญญาเมื่อใช้แหล่งบริการการระงับประสาธและบริกาการระดับความรู้สึกจากภายนอก

มาตรฐาน ASC.2

บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการการระงับประสาทและบริการระงับความรู้สึก

เจตจำนงของ ASC.2

บริการการระงับประสาท และบริการระงับความรู้สึกให้บริการภายใต้การดูแลของบุคคลหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งที่มีคุณสมบัติที่บันทึกไว้โดยการฝึกอบรม, ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์, และมีความสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ บุคคล (หรือมากกว่าหนึ่ง) ให้มีรับผิดชอบทางวิชาชีพสำหรับการให้บริการระงับความรู้สึก รวมถึงความรับผิดชอบในด้าน

- การจัดทำ, การดำเนินการและการคงไว้ซึ่งนโยบายและขั้นตอนการปฏิบัติ;
- การกำกับดูแลการบริหารจัดการ;
- การคงไว้ซึ่งแผนงานการควบคุมคุณภาพใด ๆ ที่จำเป็น;
- การแนะนำแหล่งบริการภายนอกของบริการการระงับประสาท และบริการระงับความรู้สึก; และ
- การตรวจสอบและการทบทวนบริการการระงับประสาท และบริการระงับความรู้สึก

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.2

- ☐ 1. บริการการระงับประสาทและบริการระงับความรู้สึกให้บริการที่เหมือนกันทั่วโรงพยาบาล
- ☐ 2. บริการการระงับประสาทและบริการระงับความรู้สึกให้บริการภายใต้การดูแลของบุคคลหนึ่งหรือมากกว่าที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (ดู GLD.9, ME 1)
- ☐ 3. ความรับผิดชอบสำหรับการแนะนำแหล่งบริการภายนอกของบริการการระงับประสาท และบริการระงับความรู้สึกมีการกำหนดและการดำเนินการ
- ☐ 4. ความรับผิดชอบสำหรับการตรวจสอบและการทบทวนบริการการระงับประสาท และบริการระงับความรู้สึกทั้งหมดมีการกำหนดและการดำเนินการ (ดู GLD.8, ME 1)

การดูแลด้านการระงับประสาท

มาตรฐาน ASC.3

การระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการได้รับการบริหารจัดการเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล®

เจตจำนงของ ASC.3

คำจำกัดความของการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ (Procedural sedation) คือ " เทคนิคในการบริหารยา ระงับประสาท (sedatives) หรือ ยานอนหลับ (dissociative agents) ที่มีหรือไม่มียาแก้ปวดที่จะทำให้เกิดสภาวะการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อหัตถการที่ทำให้เจ็บปวดหรือไม่พึงประสงค์ในขณะที่ยังรักษาระบบการทำงานของหัวใจและการหายใจไว้ " โดยไม่คำนึงถึงยา, ขนาดของยา, หรือวิธีการบริหารยา เมื่อใช้ยาสำหรับวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงสภาวะการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการทำหัตถการพิเศษ เป็นการพิจารณาการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ การระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการมักจะดำเนินการในหลาย ๆ

พื้นที่ของโรงพยาบาลภายนอกห้องผ่าตัด เพราะการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการมีความคล้ายกับการระงับความรู้สึก (anesthesia) อาจเกิดความเสี่ยงที่มีนัยสำคัญแก่ผู้ป่วย, การบริหารจัดการการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการต้องเป็นรูปแบบเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล คุณสมบัติของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการทำหัตถการ, อุปกรณ์ทางการแพทย์, เวชภัณฑ์, และการตรวจสอบจะต้องเหมือนกันทุกที่ที่มีการบริการการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการในโรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลจะต้องจัดทำแนวทางที่เฉพาะเจาะจงสำหรับวิธีการที่ทุก ๆ ที่จะนำการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการไปใช้

นโยบายและขั้นตอนการปฏิบัติจะสนับสนุนการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการให้ได้มาตรฐาน และระบุ

- a) พื้นที่ในโรงพยาบาลที่ใดบ้างที่อาจมีการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการเกิดขึ้น;
- b) คุณสมบัติหรือทักษะพิเศษของบุคลากรที่มีส่วนร่วมในการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ; (ดู SQE.3)
- c) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากรเด็ก, ผู้ใหญ่, และผู้สูงอายุหรือการพิจารณาเป็นพิเศษอื่น ๆ;
- d) อุปกรณ์ทางการแพทย์พิเศษพร้อมใช้งาน, เหมาะสมกับอายุและประวัติของผู้ป่วย; และประวัติของผู้ป่วย; และ
- e) กระบวนการให้ความยินยอมของทั้งการทำหัตถการ และการระงับประสาท (ดู PFR.5.2)

ในระหว่างการระงับประสาท, บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในการช่วยชีวิตขั้นสูง และอุปกรณ์ทางการแพทย์ฉุกเฉิน และเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมกับอายุและประวัติของผู้ป่วยและชนิดของการทำหัตถการสามารถดำเนินการได้ในทันที

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.3

- ☐ 1. การบริหารจัดการของการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล
- ☐ 2. การระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการให้ได้มาตรฐานรวมถึงการระบุอย่างน้อย a) ถึง e) ในเจตจำนง
- ☐ 3. อุปกรณ์ทางการแพทย์ฉุกเฉินและเวชภัณฑ์มีความพร้อมใช้ทันที และเหมาะสมกับชนิดของการระงับประสาท และอายุและสภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย (ดู COP.3.2, ME 2)
- ☐ 4. บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในการช่วยชีวิตขั้นสูงที่เหมาะสมสำหรับอายุและประวัติของผู้ป่วย, มีความพร้อมทันทีเมื่อการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการถูกดำเนินการ (ดู COP.3.2)

มาตรฐาน ASC.3.1

ผู้ปฏิบัติที่รับผิดชอบสำหรับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ และบุคคลที่รับผิดชอบสำหรับตรวจสอบผู้ป่วยที่ได้รับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการมีคุณสมบัติ ⑥

เจตจำนงของ ASC.3.1

คุณสมบัติของแพทย์, ทันตแพทย์, หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีความรับผิดชอบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการมีความสำคัญ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและชนิดของหัตถการที่ช่วยเพิ่มความอดทนของผู้ป่วยต่อความไม่สุขสบายหรือความเจ็บปวดจากการทำหัตถการ และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนในเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการคือหัวใจและทางเดินหายใจถูกกด ดังนั้น อย่างน้อยในบริบทของการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ยังมีความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาระงับประสาท (sedation agents) ที่ใช้เช่นเดียวกับยาต้านพิษ (reversal agents), การลดความเสี่ยงของผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้นว่าบุคคลที่รับผิดชอบสำหรับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการจะต้องมีความสมรรถนะใน

- a) เทคนิคและวิธีต่าง ๆ ของการระงับประสาท;

- b) เกล็ดชีวิตของยาระงับประสาท (sedation drugs) และ การใช้ยาต้านพิษ (reversal agents);
- c) การตรวจสอบความต้องการ; และ
- d) การตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อน (ดู SQE.10)

ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่ดำเนินการทำหัตถการไม่ควรรับผิดชอบในการตรวจสอบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แยกจากกัน บุคคลที่มีคุณสมบัติ เช่น ระบุความรู้สึกรู้สึกหรือพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมและมีสมรรถนะ ควรเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบลักษณะพิเศษ (parameters) ทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนหรือช่วยชีวิต บุคคลที่รับผิดชอบในการตรวจสอบจะต้องมีสมรรถนะใน

- e) การตรวจสอบความต้องการ;
- f) การตอบสนองต่อภาวะแทรกซ้อน
- g) การใช้ยาต้านพิษ (reversal agents); และ
- h) เกณฑ์การพักฟื้น

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.3.1

- ☐ 1. ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่รับผิดชอบในการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการต้องมีสมรรถนะอย่างน้อย a) ถึง d) ของเจตจำนง (ดู SQE.3, ME 1 และ SQE.10, ME 3)
- ☐ 2. บุคคลที่รับผิดชอบในการตรวจสอบผู้ป่วยในระหว่างการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการมีสมรรถนะในองค์ประกอบอย่างน้อย e) ถึง h) ในเจตจำนง (ดู SQE.3, ME 1)
- ☐ 3. สมรรถนะของการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการสำหรับบุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการระงับประสาทจะถูกบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติบุคลากร (ดู SQE.5, ME 4)

มาตรฐาน ASC.3.2

การระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการได้รับการบริหารจัดการและตรวจสอบตามแนวทางการปฏิบัติทางวิชาชีพ®

เจตจำนงของ ASC.3.2

ระดับของการระงับประสาทเกิดขึ้นต่อเนื่องจากระดับกลางจนถึงระดับลึก, และผู้ป่วยอาจมีความก้าวหน้าจากระดับหนึ่งไปยังอีกระดับ มีปัจจัยหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยที่ถูกระงับประสาท และสามารถส่งผลกระทบต่อระดับที่ผู้ป่วยได้รับการระงับประสาท ปัจจัยนั้นได้แก่ การบริหารยา, วิธีการให้ยาและขนาดยา, อายุของผู้ป่วย (เด็ก, ผู้ใหญ่, หรือผู้สูงอายุ) และประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ประวัติของความเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญ, ยาที่ใช้ในปัจจุบันที่อาจมีปฏิกิริยาต่อกันกับยาที่ระงับประสาท, การแพ้ยา, การตอบสนองที่ไม่พึงประสงค์ต่อการระงับความรู้สึกหรือการระงับประสาทในครั้งก่อน, และสารเสพติดแต่ละชนิดที่อาจมีผลกระทบต่อตอบสนองของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ หากสภาวะทางกายภาพของผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการพิจารณาความต้องการทางคลินิกที่เพิ่มเติม และความเหมาะสมของการดำเนินการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ

การประเมินก่อนการระงับประสาทจะช่วยระบุปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อตอบสนองของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ และยังช่วยในการระบุสิ่งที่ค้นพบที่มีนัยสำคัญจากการตรวจสอบในระหว่างและหลังจากการทำหัตถการ ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติรับผิดชอบดำเนินการประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับประสาทเพื่อ

- a) บ่งชี้ปัญหาของทางเดินหายใจที่อาจมีอิทธิพลต่อชนิดของการระงับประสาทที่ใช้;
- b) ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสำหรับความเหมาะสมของการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ;

- c) วางแผนประเภทของยาระงับประสาทและระดับของการระงับประสาทที่ผู้ป่วยต้องการซึ่งขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วย
 - d) บริหารยาระงับประสาทอย่างปลอดภัย; และ
 - e) แปลผลสิ่งที่พบจากการตรวจสอบผู้ป่วยในระหว่างการระงับประสาทเพื่อทำหัตถการและพักฟื้น
- ขอบเขตและเนื้อหาของการประเมินนี้เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติทางวิชาชีพและกำหนดไว้ในนโยบายของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการต้องการการตรวจสอบระดับความรู้สึกตัว, เครื่องช่วยหายใจและสถานะออกซิเจน, และระบบการไหลเวียนโลหิตตามความถี่ที่ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของยาที่บริหาร, ระยะเวลาของการทำหัตถการ, ประเภทและสถานะของผู้ป่วย การพิจารณาที่สำคัญในระหว่างการทำหัตถการระงับประสาทจะรวมถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะคงไว้ซึ่งการตอบสนองต่อการป้องกัน, เป็นอิสระ, ทางเดินลมหายใจอย่างต่อเนื่อง; และความสามารถในการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางกายหรือคำสั่งด้วยวาจา บุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบพารามิเตอร์ทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนหรือช่วยชีวิต จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการพักฟื้นอย่างปลอดภัย

เมื่อทำหัตถการเสร็จเรียบร้อยแล้ว, ผู้ป่วยอาจจะมีความเสี่ยงสำหรับภาวะแทรกซ้อนเนื่องมาจากความล่าช้าในการดูแลอย่างเต็มที่ของยาระงับประสาท, การกดการหายใจ และ/หรือขาดการกระตุ้นจากการทำหัตถการ ผู้ป่วยยังคงต้องการการตรวจสอบจนกว่าพารามิเตอร์และการไหลเวียนของโลหิตจะใกล้เคียงกับระดับค่าพื้นฐานของผู้ป่วย เป้าหมายของเกณฑ์จะช่วยบ่งชี้ผู้ป่วยที่พักฟื้นและ/หรือความพร้อมสำหรับการจำหน่าย (ดู QPS.8)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.3.2

- ☐ 1. มีการประเมินก่อนดำเนินการระงับประสาทและมีการบันทึกอย่างน้อย a) ถึง e) เพื่อประเมินความเสี่ยงและความเหมาะสมของการระงับประสาทเพื่อทำหัตถการสำหรับผู้ป่วย (ดู AOP.1, ME 1 และ 2 และ COP.2.1, ME 6)
- ☐ 2. บุคคลที่มีคุณสมบัติทำการตรวจสอบผู้ป่วยในระหว่างการระงับประสาทและบันทึกการตรวจสอบ
- ☐ 3. มีการใช้เกณฑ์ที่จัดทำสำหรับการพักฟื้นและจำหน่ายออกจากการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการและบันทึกไว้

มาตรฐาน ASC.3.3

ความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกที่สัมพันธ์กับการระงับประสาทเพื่อทำหัตถการได้รับการหารือกับผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

เจตจำนงของ ASC.3.3

กระบวนการวางแผนการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกที่สัมพันธ์กับการระงับประสาท การหารือที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอมสำหรับการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการตามที่กำหนดไว้ (ดู PFR.5.2) บุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความรู้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.3.3

- ☐ 1. ผู้ป่วย, ครอบครัวผู้ป่วยและ/หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับ, และทางเลือกของการระงับประสาทเพื่อการทำหัตถการ (ดู PFR.5.3, ME 2)
- ☐ 2. ผู้ป่วย, ครอบครัวผู้ป่วยและ/หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวดหลังการทำหัตถการ
- ☐ 3. บุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความรู้และบันทึกการให้ความรู้

การดูแลด้านระงับความรู้สึก

มาตรฐาน ASC.4

บุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ดำเนินการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (preanesthesia assessment) และประเมินก่อนการนำสลบ (preinduction assessment)

เจตจำนงของ ASC.4

เนื่องจากการระงับความรู้สึกเป็นการดำเนินการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงสูง, จึงต้องมีการวางแผนการบริหารจัดการอย่างระมัดระวัง การประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (preanesthesia assessment) ของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำหรับการวางแผน, สำหรับการบ่งชี้สิ่งที่ค้นพบที่มีนัยสำคัญจากการตรวจสอบในระหว่างการระงับความรู้สึกและการพักฟื้น และการใช้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด การประเมินก่อนการระงับความรู้สึกให้ข้อมูลที่จำเป็นในการ

- บ่งชี้ปัญหาของทางเดินหายใจ;
- เลือกการระงับความรู้สึกและการวางแผนการดูแลการระงับความรู้สึก;
- บริหารยาระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยซึ่งขึ้นอยู่กับประเมินผู้ป่วย, บ่งชี้ความเสี่ยงและประเภทของหัตถการ;
- แผลผลสิ่งที่พบจากการตรวจสอบผู้ป่วยในระหว่างการระงับความรู้สึกและพักฟื้น; และ
- ให้ข้อมูลสำหรับการใช้ยาระงับปวดจากการผ่าตัด

ระงับความรู้สึกแพทย์หรือบุคคลอื่นที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ดำเนินการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก บางครั้งการประเมินก่อนการระงับความรู้สึกอาจดำเนินการก่อนที่จะรับไว้รักษาหรือก่อนทำหัตถการทางศัลยกรรม หรือช่วงสั้นๆก่อนทำหัตถการทางศัลยกรรม, เช่น ผู้ป่วยฉุกเฉินและคลอดบุตร (ดู AOP.1.3) การประเมินก่อนการนำสลบ (preinduction assessment) ถูกแยกออกจากการประเมินก่อนการระงับความรู้สึก มุ่งเน้นไปที่ความคงที่ทางสรีรวิทยาและความพร้อมของผู้ป่วยสำหรับการระงับความรู้สึกและเกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะนำไปสู่การระงับความรู้สึก เมื่อมีการระงับความรู้สึกถือเป็นเรื่องฉุกเฉิน, การประเมินก่อนการระงับความรู้สึกและการประเมินก่อนการนำสลบอาจดำเนินการทันทีตามกันไป หรือพร้อม ๆ กันได้ แต่ได้รับการบันทึกแยกจากกันเป็นอิสระ (ดู ASC.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.4

- ☐ 1. การประเมินก่อนการระงับความรู้สึก (preanesthesia assessment) จะดำเนินการสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย (ดู AOP.1, ME 1 และ 2)
- ☐ 2. การประเมินก่อนการนำสลบ (preinduction assessment) ดำเนินการแยกต่างหากเพื่อประเมินผู้ป่วยซ้ำทันทีก่อนที่จะนำไปสู่การระงับความรู้สึก

- ☐ 3. การประเมินทั้งสองอย่างจะดำเนินการโดยบุคคลที่มีคุณสมบัติจะทำเช่นนั้นและบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

มาตรฐาน ASC.5

การดูแลผู้ป่วยด้านระงับความรู้สึกแต่ละคนได้รับการวางแผนและบันทึกไว้ และการระงับความรู้สึกและเทคนิคการระงับความรู้สึกได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

เจตจำนงของ ASC.5

การดูแลการระงับความรู้สึกมีการวางแผนอย่างระมัดระวัง และบันทึกไว้ในบันทึกการระงับความรู้สึก แผนรวมถึงข้อมูลจากการประเมินอื่น ๆ ของผู้ป่วยและระบุการระงับความรู้สึกที่จะใช้, วิธีการบริหารยา, ยาและสารน้ำอื่น ๆ, การตรวจสอบการทำหัตถการ และการดูแลหลังจากการระงับความรู้สึกตามที่คาดการณ์ไว้ ขนาดของยาระงับความรู้สึก (anesthesia agent) (ที่เหมาะสม) และเทคนิคการระงับความรู้สึกจะถูกบันทึกไว้ในแบบบันทึกการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (ดู COP.2.1, ME 6; QPS.8 และ MOI.9.1, ME 4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.5

- ☐ 1. การดูแลการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละรายมีการวางแผนและบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย
- ☐ 2. ขนาดของยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสม และเทคนิคการระงับความรู้สึกจะถูกบันทึกไว้ในบันทึกการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย
- ☐ 3. ระงับความรู้สึกแพทย์และ/หรือระงับความรู้สึกพยาบาล และผู้ช่วยระงับความรู้สึกได้รับการระบุในแบบบันทึกการระงับความรู้สึกของผู้ป่วย (ดู MOI.11.1, ME 1)

มาตรฐาน ASC.5.1

ความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกที่สัมพันธ์กับการระงับความรู้สึกและการควบคุมความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดได้รับการหารือกับผู้ป่วย และ / หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

เจตจำนงของ ASC.5.1

กระบวนการวางแผนการระงับความรู้สึกรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในเรื่องความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับ, และทางเลือกที่สัมพันธ์กับแผนการระงับความรู้สึกและแผนการระงับความเจ็บปวดหลังผ่าตัด

การหารือที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้ความยินยอมสำหรับการระงับความรู้สึกตามที่กำหนดไว้ใน PFR.5.2 ระงับความรู้สึกแพทย์หรือบุคคลที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความรู้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.5.1

- ☐ 1. ผู้ป่วย, ครอบครัวผู้ป่วยและ / หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับ, และทางเลือกของการระงับความรู้สึก (ดู PFR.5.3, ME 2)
- ☐ 2. ผู้ป่วย, ครอบครัวผู้ป่วยและ / หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับความรู้ก่อนที่จะดำเนินการทำหัตถการเกี่ยวกับทางเลือกที่ใช้ได้สำหรับการจัดการความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด

- ☐ 3. ระบุความรู้สึกแพทย์หรือบุคคลอื่นที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความรู้และบันทึกการให้ความรู้ (ดู PFE.4, ME 2)

มาตรฐาน ASC.6

ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการตรวจสอบสถานะทางสรีรวิทยาในระหว่างการระบุความรู้สึกและการผ่าตัดตามแนวทางการปฏิบัติทางวิชาชีพ และบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย **(P)**

เจตจำนงของ ASC.6

การตรวจสอบทางสรีรวิทยาให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยในระหว่างการระบุความรู้สึก (ทั่วไป, กระดูกสันหลัง, บางส่วนและเฉพาะที่) และระยะเวลาการพักฟื้น ผลการตรวจสอบที่สำคัญนำไปสู่การตัดสินใจระหว่างการผ่าตัดและการตัดสินใจหลังการผ่าตัด เช่น หลังการผ่าตัดกลับไปอาจมีถ่ายโอนการดูแลไปอีกระดับหนึ่งหรือจำหน่าย ข้อมูลการตรวจสอบแนะนำการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล และระบุความจำเป็นในการบริการตรวจวินิจฉัยและอื่น ๆ สิ่งที่ได้จากการตรวจสอบจะมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย วิธีการตรวจสอบขึ้นอยู่กับประเพณีผู้ป่วยก่อนการระบุความรู้สึก, ทางเลือกของการระบุความรู้สึกและความซับซ้อนของการทำผ่าตัดหรือหัตถการอื่น ๆ ที่ดำเนินการในระหว่างการระบุความรู้สึก อย่างไรก็ตามการตรวจสอบโดยรวมในช่วงการระบุความรู้สึกและการผ่าตัดมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพและที่กำหนดไว้ในนโยบายของโรงพยาบาลในทุกกรณี ผลของการตรวจสอบได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู ASC.4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.6

- ☐ 1. ความถี่และประเภทของการตรวจสอบในระหว่างการระบุความรู้สึกและการทำผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับประเพณีผู้ป่วยก่อนการระบุความรู้สึก, วิธีการระบุความรู้สึกที่ใช้และขั้นตอนการผ่าตัดที่ดำเนินการ
- ☐ 2. การตรวจสอบสถานะทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ (ดู GLD.7, ME 3)
- ☐ 3. ผลของการตรวจสอบได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

มาตรฐาน ASC.6.1

สถานะของผู้ป่วยแต่ละคนหลังการระบุความรู้สึกได้รับการตรวจสอบและบันทึกไว้, และผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากหน่วยงานพักฟื้นโดยผู้คุณสมบัติ หรือโดยการใช้เกณฑ์ที่กำหนดไว้ **(P)**

เจตจำนงของ ASC.6.1

การตรวจสอบในช่วงระยะเวลาการระบุความรู้สึกเป็นพื้นฐานสำหรับการตรวจสอบในช่วงระยะเวลาการพักฟื้นหลังการระบุความรู้สึก การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงระบบอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการพักฟื้นเกี่ยวกับการย้ายผู้ป่วยไปยังพื้นที่อื่นและการบริการที่น้อยกว่าการดูแลแบบวิกฤตอื่น ๆ การบันทึกข้อมูลการตรวจสอบเป็นเอกสารที่สนับสนุนการยุติการตรวจสอบการพักฟื้นหรือการตัดสินใจจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยจะถูกถ่ายโอนโดยตรงจากห้องผ่าตัดไปยังหน่วยงานพักฟื้น การตรวจสอบและเอกสารก็เป็นเช่นเดียวกันที่จะต้องอยู่ในห้องพักฟื้น

การจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นหลังการระงับความรู้สึก หรือยุติการตรวจสอบการพักฟื้น โดยหนึ่งในทางเลือกมีดังต่อไปนี้:

- ผู้ป่วยจำหน่าย (หรือยุติการตรวจสอบ) โดยระงับความรู้สึกแพทย์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนหรือบุคคลอื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตจากบุคคลที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการบริการการระงับความรู้สึก
- ผู้ป่วยจำหน่าย (หรือยุติการตรวจสอบ) โดยพยาบาลหรือบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมคล้ายกัน เป็นไปตามเกณฑ์หลังระงับความรู้สึกที่จัดทำโดยผู้นำโรงพยาบาลและมีหลักฐานที่แสดงว่าผ่านเกณฑ์อยู่ในเวชระเบียนของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยถูกจำหน่ายไปยังหน่วยที่มีความสามารถในการให้การดูแลหลังการระงับความรู้สึก หรือหลังการระงับประสาท เช่น หน่วยงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือหน่วยงานดูแลผู้ป่วยวิกฤตทาง ศัลยกรรมประสาทหรือหน่วยดูแลแบบวิกฤตอื่น ๆ

เวลาของการมาถึงและออกจากห้องพักฟื้น (หรือเวลาเริ่มต้นของการพักฟื้นและเวลาของการยุติการตรวจสอบการพักฟื้น) มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.6.1

- ☐ 1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบในช่วงระยะเวลาการพักฟื้นหลังการระงับความรู้สึก
- ☐ 2. สิ่งที่ได้จากการตรวจสอบได้รับการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย
- ☐ 3. ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากหน่วยงานที่ดูแลหลังการระงับความรู้สึก (หรือการยุติการตรวจสอบ) เป็นไปตามทางเลือกที่อธิบายไว้ใน a) ถึง c) ในเจตจำนง (ดู AOP.2, ME 1)
- ☐ 4. เวลาเริ่มต้นการพักฟื้นและเวลาการพักฟื้นเสร็จสมบูรณ์ได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย

การดูแลด้านศัลยกรรม

มาตรฐาน ASC.7

ความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกได้รับการหารือกับผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

เจตจำนงของ ASC.7

เพราะการผ่าตัดเป็นการดำเนินการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงสูง จึงต้องมีการวางแผนอย่างระมัดระวัง การประเมินของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานสำหรับการเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมและการบ่งชี้สิ่งที่ค้นพบในระหว่างการตรวจสอบอาจจะเป็นสิ่งที่มีนัยสำคัญ การประเมินผลจะให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อ

- เลือกหัตถการที่เหมาะสมและเวลาที่เหมาะสม;
- ดำเนินการหัตถการอย่างปลอดภัย และ
- แปลผลสิ่งที่ค้นพบจากการตรวจสอบผู้ป่วย

หัตถการที่เลือกขึ้นอยู่กับประวัติของผู้ป่วย, สภาวะทางกายภาพ, และข้อมูลการวินิจฉัย เช่นเดียวกับการความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับจากหัตถการสำหรับผู้ป่วย การเลือกหัตถการจะพิจารณาข้อมูลจากการประเมินเมื่อรับผู้ป่วยไว้

รักษา, การตรวจวินิจฉัยและจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่มีอยู่ กระบวนการประเมินจะดำเนินการในกรอบเวลาสั้น ๆ เมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องการการผ่าตัด (ดู AOP.1.2.1, ME 3)

การดูแลทางศัลยกรรมที่วางแผนไว้สำหรับผู้ป่วยมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วย รวมทั้งการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด ชื่อของหัตถการการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวไม่ได้ถือว่าการวินิจฉัย (ดู AOP.1.3.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.7

- ☐ 1. ข้อมูลจากการประเมินที่ใช้ในการพัฒนาและให้การสนับสนุนแผนของการทำหัตถการที่รุกราน (invasive procedure) จะถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยแพทย์ผู้รับผิดชอบก่อนการทำหัตถการ (ดู AOP.5.4, ME 3 และ AOP.6.4, ME 3)
- ☐ 2. การดูแลผู้ป่วยทางศัลยกรรมแต่ละคนมีการวางแผนบนพื้นฐานของข้อมูลการประเมิน
- ☐ 3. การวินิจฉัยก่อนการทำผ่าตัดและแผนของการผ่าตัดได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีการทำผ่าตัด (ดู MOI.9.1, ME 2 และ 3)

มาตรฐาน ASC.7.1

ความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกได้รับการหารือกับผู้ป่วย, ครอบครัวของผู้ป่วย, หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

เจตจำนงของ ASC.7.1

ผู้ป่วย, ครอบครัวผู้ป่วยและ/หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลและให้ความยินยอมที่จำเป็นใน PFR.5.2 ข้อมูลรวมถึง

- ความเสี่ยงของหัตถการที่วางแผนไว้;
- ประโยชน์ที่ได้รับของหัตถการที่วางแผนไว้;
- ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และ
- การผ่าตัดและตัวเลือกที่ไม่ต้องผ่าตัด (ทางเลือก) ที่พร้อมที่จะรักษาผู้ป่วย

นอกจากนี้เมื่อเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดอาจมีความต้องการใช้ ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและทางเลือกต้องได้รับการหารือด้วย ศัลยแพทย์ของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ข้อมูลนี้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.7.1

- ☐ 1. ผู้ป่วย, ครอบครัวผู้ป่วยและ/หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง, ประโยชน์ที่ได้รับ, ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น, และทางเลือกที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่วางแผนไว้ (ดู PFR.5.3, ME 2)
- ☐ 2. ความรู้ที่ต้องการรวมถึงความจำเป็น, ความเสี่ยง และประโยชน์ที่ได้รับและทางเลือกในการได้รับเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด (ดู PFR.5.3, ME 2)
- ☐ 3. ศัลยแพทย์ของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ความรู้และบันทึกการให้ความรู้ (ดู PFE.4, ME 2)

มาตรฐาน ASC.7.2

ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลต่อเนื่อง

เจตจำนงของ ASC.7.2

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับเหตุการณ์และสิ่งที่พบจากการผ่าตัด ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือการกระทำและผลทั้งหมดที่จำเป็นกับสถานะของผู้ป่วยได้รับการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย ข้อมูลนี้สามารถนำเสนอในรูปแบบของแบบบันทึก (forms) ทั้งรูปแบบกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์ หรือเป็นรายงานการผ่าตัด เช่น เขียนบันทึกความก้าวหน้าของการผ่าตัด เพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลหลังผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดจะถูกบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทันทีก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายโอนจากห้องผ่าตัดไปยังหน่วยงานพักฟื้นหลังการผ่าตัด ข้อมูลในเอกสารเกี่ยวกับการผ่าตัดมีอย่างน้อย

- การวินิจฉัยหลังผ่าตัด;
- ชื่อของศัลยแพทย์ผ่าตัดและผู้ช่วย;
- ขั้นตอนการดำเนินการและรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนที่พบ;
- ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด;
- สิ่งส่งตรวจทางศัลยกรรม;
- ปริมาณการสูญเสียเลือดและปริมาณเลือดที่ให้; และ
- วันที่, เวลา, และลายเซ็นของแพทย์ผู้รับผิดชอบ

ข้อมูลบางอย่างอาจจะมีอยู่ในบันทึกอื่น ๆ ในเวชระเบียน ยกตัวอย่างเช่น ปริมาณการสูญเสียเลือดและเลือดที่ให้ อาจถูกบันทึกในแบบบันทึกการระงับความรู้สึก (anesthesia record) หรือข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ปลูกฝัง (implant devices) อาจแสดงโดยใช้สติกเกอร์สำเร็จรูปของโรงงานผู้ผลิต (ดู ASC.7.4) เวลาหลังการผ่าตัดทันทีที่ได้ถูกกำหนดว่า "เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกถ่ายโอนไปยังระดับการดูแลถัดไป" คำจำกัดความนี้ทำให้มั่นใจว่าจะมีข้อมูลที่ผู้ดูแลผู้ป่วยถัดไปสามารถใช้เป็นประโยชน์ได้ ถ้าศัลยแพทย์ออกจากห้องผ่าตัดไปยังหน่วยงานหรือพื้นที่ในการดูแลรักษาถัดไปพร้อมผู้ป่วย บันทึกการผ่าตัด (operative note), แบบบันทึก (forms), หรือบันทึกความก้าวหน้า (progress note) สามารถเขียนได้ในหน่วยงานหรือพื้นที่ของการดูแลนั้น (ดู ACC.3 และ COP.2.3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.7.2

- ☐ 1. รายงานการผ่าตัด (surgery report), แบบบันทึก (forms), หรือบันทึกความก้าวหน้าของการผ่าตัดมีอย่างน้อย a) ถึง g) จากเจตจำนง (ดู ACC.3, ME 4)
- ☐ 2. โรงพยาบาลระบุข้อมูลนี้อาจถูกบันทึกเป็นประจำไว้ในพื้นที่เฉพาะอื่น ๆ ของเวชระเบียน (ดู MOI.9, ME 3)
- ☐ 3. รายงานการผ่าตัด (surgery report), แบบบันทึก (forms) หรือบันทึกความก้าวหน้าของการผ่าตัดสามารถใช้ได้ทันทีหลังการผ่าตัดก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกถ่ายโอนไปยังระดับการดูแลถัดไป (ดู ACC.3, ME 2 และ 3)

มาตรฐาน ASC.7.3

การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมีการวางแผนและบันทึกไว้

เจตจำนงของ ASC.7.3

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแต่ละคนความต้องการการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่ทำผ่าตัดและประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการดูแลจากบริการอื่น ๆ เช่น กายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการวางแผนสำหรับการดูแลที่รวมถึงระดับของการดูแล พื้นที่การดูแล การติดตามการตรวจสอบหรือการรักษา และความจำเป็นสำหรับการใช้ยาหรือการรักษาอื่น ๆ และการบริการ

การวางแผนการดูแลหลังผ่าตัดสามารถเริ่มต้นก่อนการผ่าตัดขึ้นอยู่กับการประเมินความต้องการและสถานะของผู้ป่วยและประเภทของการผ่าตัดที่ดำเนินการ นอกจากนี้แผนการดูแลหลังผ่าตัดยังมีความต้องการการดูแลหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยในทันที การดูแลตามแผนจะถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง และยืนยันอีกครั้งโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้มั่นใจในการให้บริการอย่างต่อเนื่องในระหว่างระยะการพักฟื้นหรือระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ความต้องการการดูแลหลังผ่าตัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากผลทางคลินิกที่ดีขึ้น หรือข้อมูลใหม่จากการประเมินซ้ำที่เป็นประจำ หรืออาจจะเห็นจากหลักฐานการเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วยอย่างฉับพลัน แผนการดูแลหลังผ่าตัดถูกปรับตามการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้และบันทึกไว้ในเวชระเบียนเหมือนกับบันทึกแผนเริ่มต้นหรือเป็นแผนปรับปรุงหรือเป็นแผนการดูแลใหม่ (ดู COP.2.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.7.3

- ☐ 1. การดูแลหลังผ่าตัดให้บริการโดยแพทย์, พยาบาลและบุคคลอื่นตรงตามความต้องการของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในทันที
- ☐ 2. แผนการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงโดยคัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบหรือลงนามยืนยันร่วมจากคัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบบนเอกสารที่บันทึกโดยผู้ที่ได้รับมอบหมายจากคัลยแพทย์
- ☐ 3. แผนการดูแลหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องรวมถึงการดูแลทางการแพทย์, การพยาบาลและอื่น ๆ ตามความจำเป็นบนความต้องการของผู้ป่วย (ดู COP.2.1, ME 2)
- ☐ 4. เมื่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการของผู้ป่วยถูกบ่งชี้ แผนการดูแลหลังผ่าตัดมีการปรับปรุงหรือแก้ไขขึ้นอยู่กับการประเมินซ้ำของผู้ป่วยโดยผู้ปฏิบัติงานทางด้านการดูแลสุขภาพ (ดู COP.2.1, ME 5)

มาตรฐาน ASC.7.4

การดูแลทางคัลยกรรมครอบคลุมการปลูกฝังของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีการวางแผนไว้ต้องถูกปรับเปลี่ยนตามข้อควรพิจารณาเป็นพิเศษในกระบวนการและขั้นตอนที่เป็นมาตรฐาน ^(P)

เจตจำนงของ ASC.7.4

หัตถการผ่าตัดหลายหัตถการเกี่ยวข้องกับการฝังถาวรของอุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ฝังในร่างกายถูกกำหนดว่า “อุปกรณ์ที่จะวางลงในช่องที่ทำขึ้นเพื่อผ่าตัดหรือช่องธรรมชาติถาวรเพื่อช่วย เรียกคืน หรือเปลี่ยนการทำงานอย่างต่อเนื่องของระบบอวัยวะหรือโครงสร้างของร่างกายตลอดอายุการใช้งานของอุปกรณ์³⁻⁴

อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ฝังถาวรสามารถเป็นอุปกรณ์เทียม (เช่น สะโพก) การใส่ขดลวด เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องคุมจังหวะหัวใจ เลนส์ตาและเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือด และอื่น ๆ

หัตถการการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ฝังถาวรจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้การดูแลการผ่าตัดเป็นประจำตอบโจทย์ต่อปัจจัยพิเศษ เช่น

- a) การเลือกอุปกรณ์บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และการวิจัยในปัจจุบัน
- b) การสร้างความมั่นใจว่าการปลูกถ่ายที่มีอยู่ในห้องผ่าตัด (ดู IPSG.4 **ร่วมด้วย**)
- c) คุณสมบัติและการฝึกอบรมของบุคลากรด้านเทคนิคจากภายนอกที่กำหนดในระหว่างการทำหัตถการฝัง อุปกรณ์ (**ตัวอย่างเช่น** ตัวแทนของผู้ผลิตที่อาจจำเป็นต้องทำการสอบเทียบอุปกรณ์)
- d) กระบวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากอุปกรณ์ที่ทำการฝัง
- e) การรายงานความผิดปกติของอุปกรณ์ที่ทำการฝังให้กับหน่วยงานกำกับดูแล
- f) ข้อควรพิจารณาเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อที่เป็นพิเศษ⁵⁻⁸
- g) คำแนะนำเป็นพิเศษภายหลังจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย

ข้อควรพิจารณาเป็นพิเศษเหล่านี้อาจจะรวมอยู่ในแนวทาง โปรโตคอล นโยบายปฏิบัติการ หรือเอกสารอื่น ๆ เพื่อเป็นแนวทางให้ทีมผ่าตัดและอำนวยความสะดวกในกระบวนการและผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน (ดู SQE.10 **ร่วมด้วย**)

ความสามารถในการติดตามอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ฝังในร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการติดตามการติดเชื้อแผลผ่าตัดและระบุผู้ป่วยที่อาจได้รับการปลูกถ่ายที่ไม่ปราศจากเชื้อ นอกจากนี้กระบวนการติดตามช่วยให้โรงพยาบาล ประเมินความน่าเชื่อถือของกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อ ดังนั้นโรงพยาบาลมีกระบวนการสำหรับการติดตาม อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ฝังในร่างกาย (ดู ASC.7.2 และ GLD.7.1 **ร่วมด้วย**)

ในกรณีที่มีการเรียกคืนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ฝังในร่างกาย โรงพยาบาลแจ้งและติดตามผู้ป่วยที่ได้รับอุปกรณ์ดังกล่าว^{10,11} โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินกระบวนการสำหรับการติดต่อและติดตามผู้ป่วย รวมทั้งผู้ที่อาจ จะอยู่นอกประเทศ โรงพยาบาลกำหนดระยะเวลาสำหรับการติดต่อผู้ป่วย **ตัวอย่างเช่น** ภายใน 24 ชั่วโมงของการแจ้งเตือนการเรียกคืนอย่างเป็นทางการของอุปกรณ์ที่ช่วยชีวิต) กรอบเวลานี้อาจจะยาวออกไปสำหรับอุปกรณ์อื่น ๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ ASC.7.4

- ☐ 1. บริการผ่าตัดของโรงพยาบาลกำหนดประเภทของอุปกรณ์ที่ฝังเข้าไปในร่างกายครอบคลุมอยู่ในขอบเขตของการบริการ
- ☐ 2. นโยบายและการปฏิบัติ ครอบคลุม a) จนถึง g) ในเจตจำนง
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีกระบวนการสำหรับการติดตามอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ฝังเข้าไปในร่างกาย (ดู FMS.8.1, ME 1 **ร่วมด้วย**)
- ☐ 4. โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินกระบวนการสำหรับการติดต่อและติดตามผู้ป่วยในระยะเวลาที่กำหนดไว้ หลังจากได้รับการแจ้งเตือนของการเรียกคืนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ฝังในร่างกาย

การจัดการด้านยาและการใช้ยา (MMU)

ภาพรวม

ยาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วย และใช้ในการวินิจฉัย การรักษาตามอาการ การป้องกัน การรักษา การบรรเทา และการบำบัดรักษาโรค และสภาวะต่าง ๆ ระบบยาซึ่งถูกสนับสนุนด้วยการจัดการ ด้านยาที่เหมาะสม จะต้องรวมกระบวนการในการใช้ยาที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ โดยการยาที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ เกี่ยวข้องกับสหสาขาวิชาชีพ ที่จะประยุกต์หลักการของการออกแบบกระบวนการที่มี ประสิทธิภาพ การนำไปปฏิบัติ และการปรับปรุง ไปใช้ในการคัดเลือก การจัดหา การเก็บรักษา การส่งใช้ยา การถ่ายถอดคำสั่ง การกระจายยา การเตรียมยา การจ่ายยา การบริหารยา การบันทึก และการเฝ้าติดตามการ ใช้ยา กระบวนการจัดการด้านยาที่ดี เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความเป็นสากล แม้ว่าบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพในการจัดการ ด้านยาในแต่ละประเทศจะแตกต่างกัน

หมายเหตุ : ยา ความหมายถึง ยาที่แพทย์สั่งใช้ ยาตัวอย่าง ยาสมุนไพร วิตามิน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยาที่สามารถซื้อได้เองจากร้านขายยา วัคซีน หรือสารที่บ่งชี้และวินิจฉัย ที่ใช้กับบุคคล หรือให้แก่บุคคล เพื่อวินิจฉัย เพื่อรักษา หรือเพื่อป้องกันโรคหรือสภาวะผิดปกติอื่น ๆ สารเภสัชรังสี การบำบัดรักษาทาง เตินหายใจ สารอาหาร ทางหลอดเลือดดำ ผลิตภัณฑ์จากเลือด และสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (ไม่ได้ผสมหรือผสมสารละลายอิเล็กโทรไลต์ และ/หรือ ผสมยาร่วมด้วย) และสารละลายที่บริหารให้ผู้ป่วย ระหว่างการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ แบบ invasive

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ (P) หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับ เจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

องค์กรและการจัดการ

MMU.1 การใช้ยาในโรงพยาบาลถูกจัดการให้ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกฎหมาย และ ระเบียบข้อบังคับ และภายใต้การกำกับดูแลของเภสัชกรผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือผู้ประกอบ วิชาชีพอื่นที่ได้รับการอบรม (P)

MMU.1.1 โรงพยาบาลพัฒนาและใช้แผนงานการสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (Antibiotic Stewardship)

การคัดเลือกและการจัดหา

MMU.2 การเก็บสำรองยาสำหรับใช้ในโรงพยาบาล และมีกระบวนการในการจัดหาที่ไม่ได้สำรอง หรือเป็นยาที่ปกติมีในโรงพยาบาล หรือในช่วงเวลาที่ฝ่ายเภสัชกรรมปิดให้บริการ (P)

MMU.2.1 โรงพยาบาลมีวิธีในการตรวจตราบัญชียาในโรงพยาบาล และการใช้ยา

การจัดเก็บยา

MMU.3 ยาถูกเก็บอย่างเหมาะสมและปลอดภัย (P)

MMU.3.1 โรงพยาบาลมีกระบวนการจัดการยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารซึ่งต้องการการจัดการพิเศษ (P)

MMU.3.2 โรงพยาบาลมีการสำรองยาฉุกเฉินไว้พร้อมใช้ มีกระบวนการเก็บรักษา การติดตาม และความปลอดภัยเหมือนกันเมื่อจัดเก็บนอกฝ่ายเภสัชกรรม (P)

MMU.3.3 โรงพยาบาลมีระบบการเรียกคืนยา (P)

การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่งการใช้ยา

MMU. 4 โรงพยาบาลกำหนดนโยบาย หรือกระบวนการ ในการสั่งใช้ยา คำสั่งใช้ยา และการถ่ายทอดคำสั่งการใช้ยา (P)

MMU.4.1 โรงพยาบาลกำหนดองค์ประกอบในการสั่งยาและใบสั่งยาที่สมบูรณ์ (P)

MMU.4.2 โรงพยาบาลบ่งชี้ผู้มีคุณสมบัติซึ่งได้รับอนุญาตให้สั่งใช้ยาได้

MMU.4.3 ยาที่ถูกสั่งใช้ และบริหารให้แก่ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

การเตรียมยาและการจ่ายยา

MMU.5 ยาจะต้องถูกเตรียม และจ่ายในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด และปลอดภัย

MMU.5.1 มีการทบทวนความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา (P)

MMU.5.2 มีระบบจ่ายยาที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วยที่ถูกคน ในเวลาที่ถูกต้อง

การบริหารยา

MMU.6 โรงพยาบาลกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่มีสิทธิในการบริหารยา

MMU.6.1 การบริหารยารวมถึงกระบวนการ เพื่อสอบทวนความถูกต้องกับคำสั่งใช้ยา

MMU.6.2 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติ เพื่อกำกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยนำมาใช้ด้วยตัวเองหรือยาตัวอย่าง (P)

การเฝ้าติดตามการใช้ยา

MMU.7 มีการเฝ้าติดตามผลของยาต่อผู้ป่วย (P)

MMU.7.1 โรงพยาบาลมีกระบวนการ และระเบียบปฏิบัติในการรายงาน และ ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) และเหตุการณ์เกือบพลาด (Near Miss) (P)

มาตรฐาน, เจตจำนง, และองค์ประกอบที่วัดได้

องค์กรและการจัดการ

มาตรฐาน MMU. 1

การใช้ยาในโรงพยาบาลถูกจัดการให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยโดยให้สอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับและภายใต้การควบคุมและการตรวจสอบของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของเภสัชกรและวิชาชีพอื่น ๆ ที่เหมาะสม (P)

เจตจำนงของ MMU.1

ยาเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะต้องถูกจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ระบบการจัดการด้านยาอย่างปลอดภัยจะช่วยจัดการปัญหากระบวนการจัดการด้านยาขององค์กร ดังนี้

- การวางแผน
- การคัดเลือกและการชื้อยา
- การจัดเก็บ
- การสั่งยา
- การเตรียมและการจ่ายยา
- การบริหารยา
- การติดตาม
- การประเมิน

การจัดการด้านยาไม่เพียงแต่เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายเภสัชกรรม แต่ยังเป็นความรับผิดชอบของผู้จัดการและผู้บริหารงานด้านการดูแลสุขภาพ การแบ่งปันหน้าที่ความรับผิดชอบขึ้นอยู่กับโครงสร้างโรงพยาบาลและบุคลากร ในกรณีที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ การจัดการยาแต่ละหน่วยคลินิกจะเป็นไปตามนโยบายของโรงพยาบาล แต่หากมีฝ่ายเภสัชกรรมเภสัชกรจะเป็นผู้วางระบบการจัดการและควบคุมยาทุกส่วนทั่วทั้งโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (แผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอกและหน่วยเฉพาะทางต่าง ๆ)

อย่างไรก็ตามการจัดการยาในโรงพยาบาลจะถูกตรวจตราโดยเภสัชกรหรืองานบริการเภสัชกรรมโดยตรงซึ่งอาจจะเป็นคนที่ผ่านการอบรมหรือได้รับใบอนุญาตหรือใบประกอบวิชาชีพ ถ้าลักษณะงานดังกล่าวต้องการโดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับจะถูกรวมเข้าไว้ในโครงสร้างขององค์กรและการปฏิบัติของระบบการจัดการด้านยาในโรงพยาบาล

เพื่อให้มั่นใจในประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการและการใช้ยาโรงพยาบาลจะต้องมีการทบทวนระบบอย่างน้อยปีละครั้ง การทบทวนประจำปีจะทำให้ทราบว่ารระบบดีหรือไม่โดยการรวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับการจัดการด้านยา ตั้งแต่ a) ถึง h) ตามข้างต้น การทบทวนจะทำให้โรงพยาบาลทราบความจำเป็นและลำดับความสำคัญของพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในเชิงของคุณภาพและความปลอดภัย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU.1

- ☐ 1. การเขียนนโยบายจัดการกับหัวข้อ a) ถึง h) ตามเนื้อหาข้างต้นอย่างเหมาะสมโดยกำหนดการจัดการระบบยาและการใช้ยาทั่วทั้งโรงพยาบาล (ดู MMU.2.1, ME 1)
- ☐ 2. ทั่วทุกสถานที่ หน่วยบริการ และบุคคลที่จัดการกระบวนการด้านยาถูกรวมไว้ในโครงสร้างขององค์กร (ดู MMU.2.1, ME 2)
- ☐ 3. เภสัชกรที่ได้รับใบประกอบโรคศิลป์หรือบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมตรวจตราระบบงานและงานบริการด้านเภสัชกรรม (ดู GLD.9, ME1)
- ☐ 4. ทบทวนนโยบายของระบบการจัดการด้านยาอย่างน้อยหนึ่งครั้งในรอบ 12 เดือน ตามหัวข้อ ข้างต้น a) ถึง h) อย่างเหมาะสม
- ☐ 5. งานบริการด้านเภสัชกรรมและการใช้ยา จะต้องสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ (ดู MMU.3, ME2; MMU.5, ME2; และ GLD.2, ME5)
- ☐ 6. แหล่งข้อมูลสารสนเทศด้านยาจะต้องมีความเหมาะสม ง่ายในการเข้าถึงของผู้ใช้ (ดู QPS.3)

มาตรฐาน MMU.1.1

โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินแผนงานสำหรับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ชาญฉลาดบนพื้นฐานหลักการของการสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล

เจตจำนงของ MMU.1.1

การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นหรือใช้ผิดส่งผลในการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยารุนแรง (super-bugs) มีความทนทานต่อยาปฏิชีวนะที่มีอยู่มากขึ้น ตามข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐฯ (CDC) เชื้อแบคทีเรียดื้อยาทำให้เกิดการเสียชีวิต 23,000 ราย และ เจ็บป่วยราว 2 ล้านรายในแต่ละปี สถาบันพัฒนาบริการสุขภาพ (IHI) รายงานว่า 25,000 รายเสียชีวิตในแต่ละปีในยุโรปจากการดื้อยาด้านจุลชีพและการต้านทานของเชื้อจุลินทรีย์มากขึ้นเรื่อยๆ ในตะวันออกกลาง, แอฟริกาและเอเชีย²⁻⁴ บางคนประมาณการว่าทั่วโลกเสียชีวิตกว่า 700,000 รายต่อปีเนื่องจากความต้านทานยาปฏิชีวนะ⁵

นอกเหนือไปจากความต้านทานและการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยารุนแรง (super-bugs) ยังพบบ่อยว่า ยามีผลข้างเคียงและ/หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะรวมทั้ง การได้รับเชื้อ Clostridium difficile ไตหรือ ตับที่ได้รับความเสียหาย สูญเสียการได้ยิน โรคโลหิตจางจากเม็ดเลือดแดงแตกและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เป็นอาทิ การใช้ที่เหมาะสมของยาปฏิชีวนะเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่จำเป็นเนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม

ผู้ประกอบการวิชาชีพดูแลสุขภาพมีส่วนร่วมในการพัฒนาของการดื้อยาในหลายวิธี ยกตัวอย่างเช่น การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องเมื่อไม่จำเป็นต้องใช้อีกต่อไป การใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างที่ไม่จำเป็น หรือการใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้างต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นภายหลังการได้รับผลความไวแล้วการใช้ยาปฏิชีวนะที่ผิดปกติหรือสั่งยาผิดขนาด หรือ ดำเนินการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อการป้องกันโรคหลังจากที่ไม่มีข้อแนะนำแล้ว

เพื่อที่จะลดการพัฒนาและการแพร่กระจายของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยดีขึ้น โรงพยาบาลจะต้องดำเนินมาตรการเพื่อให้มั่นใจว่ามีการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม (ดู PCI.6 และ PCI.6.1 ร่วมด้วย) การดำเนินการของแผนงานการสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจะช่วยให้โรงพยาบาลบรรลุเป้าหมายของการให้

บริการผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ รักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ในเวลาที่เหมาะสมในขนาดที่เหมาะสม และในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม⁶

แผนงานการสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุผลอาจจะครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้ การติดตามรูปแบบของการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะและความต้านทาน แจ้งบุคลากรเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผลและความต้านทานเป็นประจำ และการให้ความรู้บุคลากรเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุผลที่เหมาะสม มันเป็นความจำเป็นสำหรับแผนงานที่จะมีการสนับสนุนจากผู้นำโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงความมุ่งมั่นของผู้นำในการให้การสนับสนุนอัตราค่าจ้าง การเงิน แหล่งความรู้ทางวิชาการที่อิงหลักฐาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้มั่นใจว่าแผนงานการสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุผลมีประสิทธิภาพ นอกเหนือไปจากผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ ต้องมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรฝึกหัด ผู้ป่วยครอบครัวและคนอื่น ๆ เข้ามาร่วมในแผนงานการสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุผลด้วย⁷

การติดตามประสิทธิผลของแผนงานเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จของแผนงาน ตัวอย่างของการระบุประสิทธิผลอาจรวมถึงหลักฐานของการลดลงของการใช้อย่างไม่เหมาะสมและเชื้อที่ดื้อยาหลายชนิดลดลง เอกสารที่ผู้สั่งจ่ายยาปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ และการใช้อย่างสมเหตุผลเพื่อการป้องกันโรคที่เหมาะสม การติดตามที่ประสบความสำเร็จของประสิทธิผลของแผนงานจำเป็นต้องมีกลไกในการกำกับดูแล การกำกับดูแล อาจรวมถึงบุคคล กลุ่มทำงานขนาดเล็ก คณะกรรมการประสานงาน คณะทำงานเฉพาะกิจ หรือกลไกอื่น ๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU.1.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลพัฒนาและดำเนินแผนงานการสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุผลที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรฝึกหัด ผู้ป่วยครอบครัวและคนอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง .(ดู PCI.2, ME 2 และ 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. แผนงานอาศัยหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ แนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับ และกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่น (ดู QPS.3 และ GLD.2, ME 5 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. แผนงานครอบคลุมแนวทางสำหรับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในการรักษาการติดเชื้อรวมทั้งการใช้อย่างสมเหตุผลเพื่อป้องกันโรคที่เหมาะสม (ดู GLD.11.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. มีกลไกในการกำกับดูแลแผนงานการสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุผล (ดู MMU.2.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. มีการเฝ้าติดตามประสิทธิผลของแผนงานการสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุผล

การคัดเลือกและการจัดหายา

มาตรฐาน MMU. 2

การเก็บสำรองยาสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและมีกระบวนการในการจัดหายาที่ไม่ได้สำรองหรือเป็นยาที่ปกติมีในโรงพยาบาลหรือในช่วงเวลาที่ฝ่ายเภสัชกรรมปิดให้บริการ®

โรงพยาบาลจะต้องพิจารณาที่ใช้สำรองเพื่อการสั่งใช้ของแพทย์โดยพิจารณาตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ความต้องการของผู้ป่วย ชนิดของการให้บริการในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจัดทำรายการยาที่สำรองในโรงพยาบาล หรือพร้อมที่จะจัดหาจากภายนอก ในกรณีที่กฎหมายหรือข้อบังคับ ให้โรงพยาบาลมีการสำรองยาบางประเภท หรือจัดหาได้จากภายนอก การคัดเลือกยาจะเป็นการพิจารณาความต้องการของผู้ป่วย ความปลอดภัย และ เศรษฐกิจสำหรับยาขาด เพราะว่ากระบวนการขนส่งช้า ขาดทั้งประเทศหรือเหตุผลต่าง ๆ ที่ทำให้ยาไม่พร้อมใช้ใน คลัง โรงพยาบาลต้องมีกระบวนการแจ้งแพทย์ผู้สั่งถึงยาที่ขาดและยาที่ใช้ทดแทน

ในกรณีที่ยาที่ไม่มีการสำรองหรือไม่พร้อมใช้ตามความต้องการผู้ป่วย โรงพยาบาลจะต้องมีกระบวนการปรับปรุง รายการบัญชียาและการสั่งซื้อ นอกจากนี้หากมีความต้องการใช้ยาในช่วงเวลาฉุกเฉินหรือฝ่ายเภสัชกรรมปิด แต่ละโรงพยาบาลต้องมีแผนรองรับเรื่องดังกล่าวและอบรมเจ้าหน้าที่ให้ปฏิบัติตาม

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU.2

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีรายการยาที่สำรองในโรงพยาบาลหรือพร้อมใช้จากแหล่งภายนอก
- ☐ 2. โรงพยาบาลเคยปรับปรุงบัญชีรายการยาสารของโรงพยาบาล (ถ้าไม่มีการปรับปรุงจะต้องถูกกำหนด โดยข้อบังคับหรือผู้มีอำนาจภายนอกโรงพยาบาล) รวมถึงแจ้งแพทย์ผู้สั่งใช้และผู้บริหารจัดการยาใน โรงพยาบาล
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการเบิกใช้ยาในช่วงระยะเวลาฉุกเฉินหรือฝ่ายเภสัชกรรมปิด (ดู MMU.3.2, ME 1)

มาตรฐาน MMU. 2.1

โรงพยาบาลมีวิธีการตรวจตราบัญชียาในโรงพยาบาลและการใช้ยา

เจตจำนงของ MMU.2.1

โรงพยาบาลมีวิธีหรือกระบวนการ เช่น คณะกรรมการพิจารณา ในการคงสภาพ หรือติดตามรายการยาสารและ ติดตามการใช้ยาในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น ติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตรวจตรารายการ รวมไปถึงกระบวนการสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยา และการติดตามการใช้ยาโดยการตัดสินใจในการพิจารณา เข้าหรือยาออกจากรายการยาโรงพยาบาลจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์ซึ่งรวมข้อบ่งชี้ ประสิทธิภาพ ความเสี่ยง และ ราคา

โรงพยาบาลมีกระบวนการหรือกลไกในการติดตามผลตอบสนองของผู้ป่วยต่อยาที่เข้าใหม่ของโรงพยาบาลหรือยาก ลุ่มใหม่ในรายการ นอกจากนี้โรงพยาบาลจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ที่ เหมาะสมหรือการสั่งใช้ยา (ตัวอย่างเช่น ขนาดยา ช่องทางการให้ยา) และอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรืออาการที่ สอดคล้องกับยาใหม่ รายการยาของโรงพยาบาลถูกทบทวนอย่างน้อยปีละครั้งขึ้นอยู่ข้อมูลความปลอดภัยและ ประสิทธิภาพ ข้อมูลการใช้และอาการไม่พึงประสงค์

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU.2.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการตรวจตราการใช้ยาในโรงพยาบาล (ดู MMU. 1, ME 1 และ MMU.1.1, ME 4)

- ☐ 2. บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วมในกระบวนการสั่งยา จ่ายยา บริหารยา และติดตามการใช้ยา มีส่วนร่วมในการประเมินและคงไว้ของยาในบัญชียาสำรองของโรงพยาบาล (ดู MMU.1, ME 2)
- ☐ 3. การพิจารณาเข้าหรือยาออกจากรายการยาต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
- ☐ 4. เมื่อมียาใหม่เพิ่มในบัญชียาจะต้องมีกระบวนการหรือกลไกในการเก็บรวบรวมและติดตามข้อมูลการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น
- ☐ 5. โรงพยาบาลมีการทบทวนรายการยาอย่างน้อยปีละครั้งขึ้นอยู่กับข้อมูลความปลอดภัยและประสิทธิภาพ

การจัดเก็บยา

มาตรฐาน MMU. 3

ยาถูกเก็บอย่างเหมาะสมและปลอดภัย (P)

เจตจำนงของ MMU.3

ยาอาจถูกจัดเก็บไว้ในคลังยา ห้องยา แผนกเภสัชกรรม หรือในหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยในหึ่งเก็บยาหรือที่ห้องพยาบาลในแต่ละแผนก มาตรฐาน MMU.1 ให้มีกลไกในการตรวจสอบสถานที่ที่มีการจัดเก็บยาและต้องมีการปฏิบัติ ดังนี้

- ยาถูกเก็บในสภาวะที่เหมาะสมเพื่อความคงตัวของยา รวมถึงยาของผู้ป่วยแต่ละรายที่เก็บแต่ละแผนกและบนรถพยาบาล (Ambulances) (ดู ACC.6, ME 4)
- ยาที่ต้องควบคุมพิเศษ (Controlled Substances) จะต้องมีจำนวนถูกต้องแม่นยำ สอดคล้องกับกฎหมายข้อบังคับ
- ยาหรือสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมยาจะต้องถูกติดฉลากเนื้อหาบ่งชี้อย่างถูกต้อง วันหมดอายุและคำเตือน
- สารละลายเกลือแร่ที่มีความเข้มข้นสูงจะไม่ถูกจัดเก็บในหน่วยดูแลผู้ป่วยถ้าไม่มีความจำเป็นทางคลินิก และเมื่อมีการจัดเก็บในหน่วยดูแลผู้ป่วยจะต้องถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันการใช้โดยไม่ตั้งใจ (จะให้เป็นใน IPSG.3.1)
- ทุกพื้นที่ที่มีการจัดเก็บยา รวมถึง ยาของผู้ป่วยแต่ละรายที่เก็บแต่ละแผนก และบนรถพยาบาล (Ambulances) ถูกตรวจสอบเป็นประจำตามนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่า ยาถูกเก็บอย่างเหมาะสม (ดู ACC.6, ME 4)
- ยาถูกป้องกันจากการสูญหาย และลักขโมยทั่วทั้งโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 3

- ☐ 1. ยาถูกจัดเก็บในสภาวะที่เหมาะสมเพื่อความคงตัวของยารวมถึงยาของผู้ป่วยแต่ละรายที่เก็บแต่ละแผนกและบนรถพยาบาล (Ambulances)
- ☐ 2. ยาที่ต้องควบคุมพิเศษ (Controlled Substances) จะต้องมีจำนวนถูกต้องแม่นยำ สอดคล้องกับกฎหมายข้อบังคับ (ดู MMU.1, ME 5)
- ☐ 3. ยาหรือสารเคมีที่ใช้ในการเตรียมยาจะต้องถูกติดฉลากเนื้อหาบ่งชี้อย่างถูกต้อง วันหมดอายุและ คำเตือน (ดู FMS.5, ME 4)

- ☐ 4. ทุกพื้นที่ที่มีการจัดเก็บยารวมถึงยาของผู้ป่วยแต่ละรายที่เก็บแต่ละแผนกและบรรณพยาบาล (Ambulances) ถูกตรวจสอบเป็นประจำตามนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้มั่นใจว่ายาถูกเก็บอย่างเหมาะสม
- ☐ 5. ยาถูกป้องกันจากการสูญหายและลักขโมยทั่วทั้งโรงพยาบาล (ดู FMS.4.1, ME 3)

มาตรฐาน MMU. 3.1

โรงพยาบาลมีกระบวนการจัดการยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารซึ่งต้องการการจัดการพิเศษ[®]

เจตจำนงของ MMU.3.1

ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Nutritional Products) มีหลายชนิด ซึ่งต้องการกระบวนการพิเศษสำหรับการติดตาม การเก็บรักษาและการควบคุมการใช้ ยกตัวอย่าง เช่น เกล็ดรังสี (Radioactive Medications) ที่มีความเสี่ยงต่อความปลอดภัย ยาที่ผู้ป่วยนำมา (Medication brought in) สิ่งที่ต้องพิจารณาคือการบ่งชี้และการเก็บรักษาเนื่องจากมีโอกาสที่จะใช้ในทางที่ผิด (abuse or misuse) รวมถึงยาตัวอย่าง (Sample Medications) และยาฉุกเฉินด้วย (Emergency Medications) ส่วนผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Nutritional Products) เช่น นมแม่ สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ การติดตามการบ่งชี้ที่เหมาะสมและการเก็บรักษา

เขียนนโยบายการจัดการยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารครอบคลุม

- a) การรับ (Receipt)
- b) การชี้บ่ง (Identification)
- c) การติดป้าย (Labeling)
- d) การจัดเก็บ (Storage) และ
- e) การควบคุม (Control) และการกระจาย (Distribution) (ดู FMS.4.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 3.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีกระบวนการและการดำเนินการ ตามหัวข้อ a) ถึง e) ในเจตจำนงสำหรับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Nutritional Products)
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีกระบวนการและการดำเนินการ ตามหัวข้อ a) ถึง e) ในเจตจำนงสำหรับเกล็ดรังสี (Radioactive Medications) สารตรวจวินิจฉัย (Investigational Medications) และยาที่คล้ายกัน (Similar Medications) (ดู FMS.5, ME 2 and 4)
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีกระบวนการและการดำเนินการ ตามหัวข้อ a) ถึง e) ในเจตจำนงสำหรับยาตัวอย่าง (Sample Medications) (ดู MMU.6.2, ME 3)
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีกระบวนการและการดำเนินการ ตามหัวข้อ a) ถึง e) ในเจตจำนงสำหรับยาที่ผู้ป่วยนำมา (Medication brought in) (ดู MMU.6.2, ME 2)

มาตรฐาน MMU. 3.2

โรงพยาบาลมีการสำรองยาฉุกเฉินไว้พร้อมใช้ มีกระบวนการเก็บรักษา การติดตาม และความปลอดภัยเหมือนกันเมื่อจัดเก็บนอกฝ่ายเภสัชกรรม[®]

เจตจำนงของ MMU.3.2

เมื่อผู้ป่วยเกิดเหตุฉุกเฉินการเข้าถึงยาฉุกเฉินที่เหมาะสมด้วยความรวดเร็วถือเป็นสิ่งสำคัญ แต่ละโรงพยาบาลต้องกำหนดตำแหน่งที่การเก็บสำรองยาฉุกเฉิน ตัวอย่างเช่น สารที่ใช้แก้พิษยาพิษจะต้องเก็บสำรองในห้องผ่าตัด โดยอาจจะเก็บในชั้นหรือตู้วางของ รถ กระเป๋า หรือกล่อง ยาฉุกเฉินจะต้องถูกจัดเก็บในระบบที่เหมือนกันเพื่อให้สะดวกง่ายในการเข้าถึงและรวดเร็วในการขนส่งยาที่ถูกต้อง ตัวอย่างเช่น รถฉุกเฉินแต่ละคันในโรงพยาบาลจะต้องมียาช่วยชีวิตที่เหมือนกัน และจัดเรียงรูปแบบเดียวกันในแต่ละชั้นของรถซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับบุคลากรที่จะต้องใช้อยาฉุกเฉินจากรถซึ่งไม่ได้ใช้เป็นประจำ อย่างไรก็ตามการจัดเก็บยาฉุกเฉินสำหรับเด็กแตกต่างจากรถฉุกเฉินของผู้ใหญ่ แต่ยาฉุกเฉินถูกจัดเก็บด้วยกระบวนการเดียวกันในรถแต่ละชนิด

เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงยาฉุกเฉินได้เมื่อจำเป็น โรงพยาบาลจะต้องมีกระบวนการหรือวิธีการในการป้องกันการใช้ยาไม่เหมาะสม การขโมยหรือสูญหาย นอกจากนี้กระบวนการยังต้องมั่นใจว่ายาจะถูกทดแทนเมื่อมีการใช้แตกหักหรือหมดอายุ ซึ่งการจัดเก็บนั้นโรงพยาบาลจะต้องวิเคราะห์ระหว่างความพร้อมในการเข้าถึงยาและความปลอดภัยในการจัดเก็บยาแต่ละพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ถ้าการเข้าถึงยาฉุกเฉินขึ้นอยู่กับบุคลากรคนเดียวที่จะสามารถเปิดรถได้นั้นหมายความว่ายาฉุกเฉินไม่ได้พร้อมที่ใช้งานในกรณีที่บุคลากรดังกล่าวไม่ได้ปฏิบัติงานถึงแม้การจัดเก็บจะปลอดภัยก็ตาม (ดู FMS.4.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 3.2

- ☐ 1. โรงพยาบาลมียาฉุกเฉินพร้อมใช้ในแต่ละหน่วยซึ่งมีความจำเป็นต้องใช้หรือพร้อมต่อการเข้าถึงภายในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน (ดู MMU.2, ME 3)
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีกระบวนการและการดำเนินการสำหรับการเก็บและการคงไว้ของยาฉุกเฉินเหมือนกันและป้องกันการลักขโมยและการสูญหาย
- ☐ 3. ยาฉุกเฉินถูกติดตามและทดแทนหลังจากใช้เวลาหรือเมื่อยาหมดอายุหรือแตกหัก

มาตรฐาน MMU. 3.3

โรงพยาบาลมีระบบการเรียกคืนยา®

เจตจำนงของ MMU.3.3

โรงพยาบาลมีกระบวนการในการบ่งชี้ เรียกคืนและส่งคืนหรือทำลายยาที่ถูกเรียกคืนจากบริษัทผู้ผลิตหรือผู้ขายด้วยความปลอดภัยและเหมาะสม นอกจากนี้โรงพยาบาลต้องมีนโยบาย หรือกระบวนการในการแก้ปัญหาในการใช้ยาหรือทำลายยาที่หมดอายุหรือล้าสมัย ยาหมดอายุเป็นยาที่มีการเก็บไว้เกินกว่าอายุที่กำหนดบนบรรจุภัณฑ์จากบริษัท ส่วนยาล้าสมัยเป็นยาที่ถูกเปิดใช้จากนั้นประสิทธิภาพและความปลอดภัยจะมีในระยะเวลาสั้นลง เมื่อเปิดใช้ (อายุการเก็บรักษา) ยาล้าสมัยควรมีการเขียนบ่งชี้วันหมดอายุใหม่ขึ้นอยู่กัวันที่ยาตัวนั้น ๆ เปิดใช้ ดังนั้นบุคลากรจะต้องทราบวันหมดอายุสุดท้ายของยา

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 3.3

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีระบบในการเรียกคืนยา
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีกระบวนการและการดำเนินการสำหรับยาที่ยังไม่เปิดใช้ ยาหมดอายุและยาล้าสมัย
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีกระบวนการและการดำเนินการสำหรับการทำลายยาที่หมดอายุและล้าสมัย

มาตรฐาน MMU. 4

โรงพยาบาลกำหนดนโยบายหรือกระบวนการในการสั่งจ่าย คำสั่งจ่ายและการถ่ายทอดคำสั่งยา[®]

เจตจำนงของ MMU.4

โรงพยาบาลกำหนดนโยบายหรือกระบวนการในการสั่งจ่าย คำสั่งจ่าย และการถ่ายทอดคำสั่งยาอย่างปลอดภัย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรที่บริหารยาจะต้องช่วยกันพัฒนาและติดตามการใช้นโยบาย บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องได้รับการฝึกอบรมในการตรวจสอบการสั่งจ่าย คำสั่งจ่ายและการถ่ายทอดคำสั่งยา คำสั่งยาที่อ่านยากหรือคำสั่งยาที่เป็นอันตรายต่อความปลอดภัยอาจจะทำให้การรักษาช้าลง โรงพยาบาลจะต้องมีแนวทางแก้ไขเพื่อลดปัญหาจากลายมืออ่านยาก นอกจากนั้นรายการยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำจะต้องถูกบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยแพทย์ พยาบาล และ เภสัชกรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้และโรงพยาบาลจะต้องกำหนดกระบวนการในการเปรียบเทียบรายการยาปัจจุบันที่ผู้ป่วยใช้กับคำสั่งของแพทย์ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 4

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดกระบวนการ และ ดำเนินการสำหรับการสั่งจ่าย คำสั่งจ่ายและการถ่ายทอด คำสั่ง ยาอย่างปลอดภัยในโรงพยาบาล (ดู IPSG.2 และ COP.2.2)
- ☐ 2. โรงพยาบาลกำหนดกระบวนการ และ ดำเนินการสำหรับการจัดการแก้ไขใบสั่งยา หรือ คำสั่งการรักษาที่อ่านยาก รวมถึงติดตามเพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ขึ้นต่อเนื่อง (ดู MOI.12, ME 3)
- ☐ 3. บุคลากรได้รับการฝึกอบรม เพื่อตรวจสอบกระบวนการสั่งจ่าย คำสั่งจ่าย และ การถ่ายทอดคำสั่งยา
- ☐ 4. เวชระเบียนผู้ป่วยมีการบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนที่จะรับไว้เป็นผู้ป่วยใน หรือ ผู้ป่วยนอก นอกจากนั้น ข้อมูลเหล่านี้สามารถเข้าถึงได้โดยเภสัชกรและผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ เมื่อมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูล (ดู ACC.3, ME 2 และ 3)
- ☐ 5. มีการเปรียบเทียบคำสั่งยาเมื่อแรกรับกับบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนรับไว้เป็นผู้ป่วยในตาม กระบวนการที่โรงพยาบาลกำหนด (ดู AOP.1, ME 4 และ AOP.1.1, ME 1)

มาตรฐาน MMU. 4.1

โรงพยาบาลกำหนดองค์ประกอบของคำสั่งยาและใบสั่งยาที่สมบูรณ์[®]

เจตจำนงของ MMU.4.1

โรงพยาบาลกำหนดนโยบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของคำสั่งยาที่สมบูรณ์เพื่อลดความแปรปรวนและยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย องค์ประกอบของใบสั่งยาที่ระบุในนโยบายควรประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย

- a) ข้อมูลที่จำเป็นในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย (ดู IPSG.1)
- b) องค์ประกอบที่จำเป็นของคำสั่งยาและใบสั่งยา
- c) เมื่อไหร่ที่การใช้ชื่อสามัญหรือชื่อการค้ายอมรับให้ใช้
- d) เมื่อไหร่หรือจำเป็นหรือไม่ในการระบุข้อบ่งใช้ในคำสั่งยารวมถึงคำสั่ง PRN (pro re nata, หรือ “เมื่อจำเป็น”)

- e) ชนิดของคำสั่งยาที่ต้องระบุน้ำหนักหรือปรับตามน้ำหนัก เช่น สำหรับเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุที่รูปร่าง ผอม เล็กและกลุ่มประชากรอื่น ๆ ที่คล้ายกัน
- f) ระบุอัตราการบริหารยาเมื่อมีคำสั่งให้ intravenous Infusions ในคำสั่งให้ยา
- g) คำสั่งให้ยาพิเศษอื่น ๆ เช่น คำสั่งเพิ่มและลดขนาดยาทีละน้อย (titration and tapering orders) หรือ คำสั่งให้ยาที่เป็นช่วง

โรงพยาบาลมีกระบวนการในการจัดการ

- คำสั่งยาที่มีองค์ประกอบไม่สมบูรณ์อ่านยาก หรือ อ่านไม่ชัดเจน
- ข้อควรระวังพิเศษสำหรับคำสั่งยาที่เป็นยาชื่อพ้องมองคล้าย (ดู IPSP.3)
- คำสั่งยาชนิดพิเศษ เช่น คำสั่งในกรณีฉุกเฉิน คำสั่งยืน คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติที่ต้องมีองค์ประกอบพิเศษเมื่อใช้คำสั่งดังกล่าว
- การใช้คำสั่งยาทางวาจา หรือ ทางโทรศัพท์ หรือ การส่งข้อความจะต้องมีกระบวนการเพื่อทวนสอบ คำสั่งดังกล่าว (จะให้คะแนนใน IPSP.2, ME 1 และ 2)

ดังนั้นมาตรฐานนี้ควรจะใช้ทั่วทั้งโรงพยาบาลเมื่อมีการสั่งยา ดังนั้นกระบวนการเหล่านี้จะส่งผลให้คำสั่งยาในเวชระเบียนสมบูรณ์ เภสัชกรหรือจุดจ่ายยาได้รับข้อมูลที่มีความจำเป็นในการจ่ายยา และ เช่นเดียวกันกับการบริหารยา (ดู COP.2.2 และ MOI.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 4.1

- ☐ 1. การเขียนคำสั่งยาและใบสั่งยาที่สมบูรณ์ต้องเขียนตามองค์ประกอบที่กำหนดอย่างน้อยจาก a) ถึง g) ในเจตจำนง
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาและดำเนินการตามกระบวนการจัดการกับคำยาที่ไม่สมบูรณ์อ่านยากและไม่ชัดเจน
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีการพัฒนาและดำเนินการตามกระบวนการจัดการกับคำสั่งยาพิเศษ เช่น คำสั่งในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Orders) คำสั่งยืน (Standing Orders) คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ (Automatic Stop Orders) และคำสั่งพิเศษอื่น ๆ ที่ต้องมีองค์ประกอบพิเศษเมื่อใช้คำสั่งดังกล่าว
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีการพัฒนาและดำเนินการตามกระบวนการติดตามความสมบูรณ์และความถูกต้องของคำสั่งยาและใบสั่งยา

มาตรฐาน MMU. 4.2

โรงพยาบาลระบุตัวผู้มีคุณสมบัติซึ่งได้รับอนุญาตให้สั่งยาได้

เจตจำนงของ MMU.4.2

การคัดเลือกยาเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยต้องใช้ความรู้และประสบการณ์เฉพาะ แต่ละโรงพยาบาลมีความรับผิดชอบในการกำหนดบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ที่จำเป็น และ ได้รับอนุญาตให้สั่งยาได้โดยใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ประกาศนียบัตร กฎหมาย หรือ ระเบียบข้อบังคับ โรงพยาบาลอาจจะกำหนดสิทธิในการสั่งยารายบุคคล เช่น สารควบคุม ยาเคมีบำบัด หรือเภสัชรังสี และ สารที่ใช้ในการวินิจฉัย ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้สั่งยาจะต้องถูกรับทราบโดยฝ่ายเภสัชกรรม หรือ บุคลากรที่จ่ายยา ในกรณีฉุกเฉินโรงพยาบาลอาจกำหนดรายชื่อบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้สั่งยาได้เพิ่มเติม (ดู COP.2.2, SQE.10, และ MOI.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 4.2

- ☐ 1. เฉพาะบุคลากรที่ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาล และ โดยใบอนุญาต กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถสั่งยาได้ (ดู COP.2.2, ME 4 และ MOI.11, ME 2)
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาและดำเนินการตามกระบวนการในการจำกัดสิทธิ์การสั่งยาที่เหมาะสม (ดู SQE.12, ME 1)
- ☐ 3. ฝ่ายเภสัชกรรม หรือ บุคลากรที่จ่ายยาสามารถเข้าถึงข้อมูลและรับทราบรายชื่อบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้สั่งยาได้ (ดู SQE.10, ME 3)

มาตรฐาน MMU. 4.3

ยาที่ถูกสั่งและบริหารให้แก่ผู้ป่วยจะต้องมีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย

เจตจำนงของ MMU.4.3

เวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละคนที่ได้รับยาจะต้องถูกบันทึกรายการยาที่แพทย์สั่งหรือคำสั่งสำหรับผู้ป่วย ขนาดยา และ เวลาที่บริหารยาให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อมีความจำเป็น (“as needed”) ถ้าข้อมูลเหล่านี้ถูกบันทึกแยกในแบบฟอร์ม แบบฟอร์มเหล่านี้จะต้องถูกเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge) หรือโอนย้ายไปโรงพยาบาลอื่น (Transfer)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 4.3

- ☐ 1. ยาที่ถูกสั่งจะต้องบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละราย (ดู COP.2.3, ME 1)
- ☐ 2. เมื่อมีการบริหารยาให้แก่ผู้ป่วยแต่ละครั้งจะต้องมีการบันทึกยานั้น ๆ
- ☐ 3. ข้อมูลการใช้ยาจะถูกเก็บในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายและถูกแทรกเก็บในเวชระเบียนหลังจากผู้ป่วย ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge) หรือโอนย้ายไปโรงพยาบาลอื่น (Transfer) (ดู COP.2.2, ME 5)

การเตรียมยาและการจ่ายยา

มาตรฐาน MMU. 5

ยาจะต้องถูกเตรียมและจ่ายในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย

เจตจำนงของ MMU.5

ห้องยาหรือบริการทางเภสัชกรรมหรือบุคลากรอื่น ๆ ที่ได้รับการฝึกอบรม และมีประสบการณ์ในการเตรียม และ จ่ายยาในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และ มาตรฐานวิชาชีพ โรงพยาบาลระบุมาตรฐานการปฏิบัติสำหรับการเตรียมยา และ จัดจ่ายยาที่ปลอดภัย และ สะอาด ตัวอย่าง เช่น มาตรฐานการปฏิบัติสำหรับการเตรียมยากำหนดการทำความสะอาดพื้นที่ที่ใช้ในการเตรียมยา และ การเตรียมยา รูปแบบใดต้องสวมหน้ากาก (mask) หรือ ใช้ตู้ที่มีระบบหมุนเวียนอากาศแบบ laminar ในการเตรียมยา ยาที่ได้รับการเก็บ และ จัดจ่ายนอกห้องยา (ตัวอย่าง เช่น หน่วยดูแลผู้ป่วย) ต้องเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันใน ด้านความปลอดภัยและความสะอาด บุคลากรที่จัดเตรียมผลิตภัณฑ์ปราศจากเชื้อ (เช่น สารน้ำ และ ยาที่บริหารผ่านเยื่อหุ้มประสาท epidural) หรือ เตรียมยาจากภาชนะบรรจุยาที่หลายครั้ง (multi-dose vial) ได้รับการฝึกอบรม

หลักการเตรียมยา โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ (aseptic technique) เช่นเดียวกันนี้ผู้ที่มีการระบบหมุนเวียนอากาศแบบ laminar พร้อมใช้และมีการใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติตามวิชาชีพ (ตัวอย่างเช่น ยาที่มีพิษต่อเซลล์)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 5

- ☐ 1. ยาได้รับการจัดเตรียมและจัดจ่ายในสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัย โดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เหมาะสม (ดู PCI.5, ME 3 และ 4)
- ☐ 2. การจัดเตรียมยาและจัดจ่ายยาเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานวิชาชีพ (ดู MMU.1, ME 5)
- ☐ 3. บุคลากรที่จัดเตรียมผลิตภัณฑ์ปลอดเชื้อ และ เตรียมยาจากภาชนะบรรจุยาที่ใช้หลายครั้ง (multi-dose vial) ได้รับการฝึกอบรมทฤษฎีการเตรียมยาและเทคนิคปราศจากเชื้อ (ดู MMU.5, ME 3 และ 4)

มาตรฐาน MMU.5.1

มีการทบทวนความเหมาะสมของใบสั่งยาหรือคำสั่งยา[®]

เจตจำนงของ MMU.5.1

การจัดการด้านยาที่ดีครอบคลุมการทบทวนแต่ละใบสั่งยาหรือคำสั่งยาสองครั้ง ได้แก่

- ทบทวนความเหมาะสมของยาสำหรับผู้ป่วยและความต้องการทางคลินิกที่ดำเนินการในช่วงเวลาที่ยาได้รับใบสั่งยาหรือคำสั่ง
- การตรวจสอบในช่วงเวลาของการบริหารที่ยาตรงตามที่ได้รับใบสั่งยาหรือคำสั่งยา (ดู MMU.6.1, ME.1 รวม ด้วย)

การตรวจสอบครั้งแรกที่จะดำเนินการโดยคนอื่นที่ไม่ใช่บุคคลที่ออกคำสั่ง เช่นเภสัชกรได้รับใบอนุญาต นักเทคนิคหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตอื่น ๆ เช่น พยาบาลหรือแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถที่จำเป็นสำหรับการทบทวนความเหมาะสมอย่างเต็มรูปแบบ แต่ละใบสั่งยาหรือคำสั่งยา โดยเฉพาะใบสั่งยาหรือคำสั่งยาใหม่ ได้รับการทบทวนความเหมาะสมครอบคลุม a) ถึง g) ด้านล่าง การทบทวนความเหมาะสมของยาใหม่ควรดำเนินการเมื่อขนาดยาหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่เหมาะสมที่ระบุไว้ด้านล่างมีการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการสั่งใช้ยาใหม่และอาจจะมี การให้ยาที่อาจจะมีฤทธิ์ซ้ำซ้อน โรงพยาบาลกำหนดข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับการทบทวนความเหมาะสม ของคำสั่งยาหรือใบสั่งยา

การทบทวนความเหมาะสมจะดำเนินการโดยบุคคลผู้มีความสามารถในการทำเช่นนั้นได้ โดยอาศัยอำนาจหน้าที่ตาม การศึกษาและการฝึกอบรมตามที่ระบุโดยการมอบสิทธิหรือแสดงให้เห็นถึงความสามารถของพยาบาลหรือวิชาชีพอื่น ๆ ในกระบวนการทบทวน บุคคลดังกล่าวอาจจะเป็นเภสัชกรในช่วงเวลาการทำงานปกติของห้องยา กระบวนการ ในการดำเนินการทบทวนความเหมาะสม (ทบทวนครั้งแรก) สำหรับคำสั่งยาหรือใบสั่งยาก่อนที่จะจ่ายยาครอบคลุม การประเมินผลโดยวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม คือ

- a) ความเหมาะสมของยา ขนาด ความถี่ และช่องทางของการบริหารยา
- b) ฤทธิ์การรักษาที่ซ้ำซ้อน
- c) การแพ้ยาที่แท้จริงหรือที่มีโอกาสแพ้ยาหรือความไวต่อยา
- d) อันตรกิริยาจริงหรือที่อาจเกิดขึ้นระหว่างยากับยาอื่น ๆ หรือยากับอาหาร
- e) การเปลี่ยนแปลงจากเกณฑ์โรงพยาบาลสำหรับการใช้ยา

- f) น้ำหนักและข้อมูลทางสรีรวิทยาอื่น ๆ ของผู้ป่วย และ
- g) ข้อห้ามอื่น ๆ

การทบทวนความเหมาะสมจะต้องดำเนินการเมื่อในขณะที่ยังดำเนินการไม่ได้ ตัวอย่างเช่น ถ้าห้องยากลางหรือห้องยาประจำหน่วยไม่เปิดและมีการจ่ายยาเสพติดออกมาจากคลังสำรองในหน่วยงานพยาบาล การทบทวนความเหมาะสมอาจจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการทบทวนเมื่อบุคคลที่สั่งยาจะบริหารยาและเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย เมื่อบุคคลที่สั่งยาไม่สามารถอยู่บริหารยาและเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยได้ องค์ประกอบที่สำคัญของการทบทวนความเหมาะสมอาจจะต้องดำเนินการโดยบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมอื่น ๆ สำหรับการบริหารยาขนานแรก การทบทวนความเหมาะสมทั้งหมดจะต้องดำเนินการโดยเภสัชกรที่ได้รับใบอนุญาตหรือวิชาชีพที่ได้รับอนุญาตอื่น ๆ เช่น พยาบาล หรือแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถที่กำหนดให้ทบทวนความเหมาะสมอย่างเต็มรูปแบบได้ ก่อนที่จะมีให้ยาขนาน ต่อมา องค์ประกอบที่สำคัญของการตรวจสอบความเหมาะสมมีอย่างน้อยดังต่อไปนี้

- h) การแพ้ยา
- i) อันตรกิริยาที่รุนแรงถึงตายระหว่างยา/ยา
- j) ขนาดยาตามน้ำหนัก
- k) พืชต่ออวัยวะที่อาจเกิดขึ้น (ยกตัวอย่างเช่น การให้ยาขับปัสสาวะที่ไม่ขับโปแตสเซียมในผู้ป่วยไตวาย)

องค์ประกอบที่สำคัญของการทบทวนความเหมาะสมอาจจะต้องดำเนินการโดยบุคคลที่ได้รับใบอนุญาตและการฝึกอบรมอื่น ๆ ในช่วงเวลาที่ห้องยาที่ไม่เปิดบริการ บุคคลเหล่านี้มีเอกสารการฝึกอบรมในการดำเนินการตามองค์ประกอบที่สำคัญของการทบทวนความเหมาะสมและจะได้รับการสนับสนุนจากวัสดุอ้างอิงแผนงานคอมพิวเตอร์และทรัพยากรอื่น ๆ ดังนั้นเมื่อแพทย์โทรศัพท์มาสั่งยาใหม่ในช่วงกลางคืนแก่ผู้ป่วย บุคคลที่ได้รับการฝึกฝนจะเขียนลงไปและอ่าน ทวนกลับคำสั่งยาและจากนั้นดำเนินการทบทวนความเหมาะสมสำหรับองค์ประกอบที่สำคัญที่ระบุ การทบทวนครั้งที่สองจะต้องทำโดยเภสัชกรที่ได้รับใบอนุญาตหรือวิชาชีพที่ได้รับอนุญาตอื่น ๆ เช่น พยาบาล หรือแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถที่กำหนดให้ทบทวนความเหมาะสมอย่างเต็มรูปแบบได้ภายใน 24 ชั่วโมง

อาจจะมีสถานการณ์ที่การทบทวนความเหมาะสมเต็มรูปแบบไม่สามารถปฏิบัติได้ เช่น ในกรณีฉุกเฉินหรือเมื่อแพทย์ที่สั่งยาอยู่ตรงนั้นเพื่อสั่งยา บริหารยา และเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย (เช่น ห้องผ่าตัดหรือแผนกฉุกเฉิน) หรือการให้สารที่บ่งสีทางปาก ทวารหนัก หรือ ฉีดในรังสีร่วมรักษาหรือภาพตรวจวินิจฉัยที่ยาเป็นส่วนหนึ่งของหัตถการ

เพื่ออำนวยความสะดวกในการทบทวนมีบันทึก (โปรไฟล์) สำหรับการैयाทั้งหมดที่ให้กับผู้ป่วย ยกเว้นยาฉุกเฉิน และยาที่บริหารเป็นส่วนหนึ่งของหัตถการ บันทึกนี้อาจจะถูกเก็บไว้ที่ห้องยาและ/หรือจะออนไลน์เพื่อการทบทวนเมื่อห้องยาเมื่อปิด ข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นในการทบทวนความเหมาะสม

เมื่อมีการใช้แผนงานคอมพิวเตอร์ในการตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยา/ยาและการแพ้ยา แผนงานเป็นปัจจุบันและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ผลิตแผนงาน นอกจากนี้เมื่อใช้วัสดุอ้างอิงที่ตีพิมพ์วัสดุที่ถูกนำมาใช้เป็นฉบับปัจจุบันมากที่สุด

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU.5.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยที่จำเป็นสำหรับกระบวนการทบทวนที่มีประสิทธิภาพและแหล่งที่มาหรือความพร้อมของข้อมูลนี้สามารถใช้ได้ทุกครั้งเมื่อห้องยาเปิดหรือปิด

- ☐ 2. นอกเหนือจาก ข้อยกเว้นที่ระบุไว้ในเจตจำนง แต่ละใบสั่งยาหรือคำสั่งยาได้รับการทบทวนความเหมาะสม โดยหรือวิชาชีพที่ได้รับอนุญาต เช่น พยาบาลหรือแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถที่กำหนดให้ ทบทวนความเหมาะสมอย่างเต็มรูปแบบได้ ก่อนที่จะมีการ จ่ายยาและการบริหารยาและครอบคลุม องค์ประกอบ a) จนถึง g) ในเจตจำนง
- ☐ 3. บุคคลที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการทบทวนความเหมาะสมจะถูกตัดสินความสามารถที่จะทำเช่นนั้นได้ และได้รับทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกระบวนการทบทวน (ดู SQE.14, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. เมื่อวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตที่กำหนดไว้ไม่สามารถดำเนินการทบทวนความเหมาะสมได้ บุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมให้ดำเนินการทบทวนองค์ประกอบที่สำคัญ h) จนถึง k) ในเจตจำนงสำหรับยาขนานแรก และการทบทวนเต็มรูปแบบได้รับการดำเนินการโดยวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตที่กำหนดไว้ภายใน 24 ชั่วโมง (ดู SQE.5, ME 4 SQE.10, ME 3 SQE.14, ME 1 และ SQE.16, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. มีการอำนวยความสะดวกในการทบทวนโดยบันทึก (โปรไฟล์) สำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาและ บันทึกนี้สามารถใช้ได้ทุกครั้งเมื่อห้องยาเปิดหรือปิด (ดู ACC.3, ME 3 และ 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 6. เมื่อมีการใช้แผนงานคอมพิวเตอร์และวัสดุอ้างอิงที่ดีพิมพ์ในการตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยา/ยา และการแพ้ยาต้องเป็นปัจจุบันและทันสมัย (ดู QPS.3 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน MMU. 5.2

มีระบบจ่ายยาที่ถูกขนาด แก่ผู้ป่วยที่ถูกคน ในเวลาที่ถูกต้อง

เจตจำนงของ MMU.5.2

การใช้ยาในโรงพยาบาลมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น และการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นสาเหตุหลักที่สามารถ ป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้ ดังนั้นการจ่ายยาและกระจายยาในรูปแบบเดียวกันสามารถช่วย ลดความเสี่ยง จากการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ โรงพยาบาลจ่ายยาในรูปแบบพร้อมใช้แก่ผู้ป่วย (Ready-to-administer) มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนระหว่างการจัดยาและ การบริหารยา โดยเฉพาะสถานการณ์ฉุกเฉิน การใช้ยาที่พร้อมใช้ยังมีความสำคัญที่ต้องบริหารยาทันทีเพื่อช่วย ชีวิต ตัวอย่างเช่น ในระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ นอกจากนั้นยาในแผนกเภสัชกรรมและที่กระจายตามหน่วย ต่าง ๆ ในโรงพยาบาลใช้ ระบบเดียวกัน โดยระบบสนับสนุนการจ่ายที่ถูกต้องของยาในเวลาที่เหมาะสม

เมื่อยาถูกเตรียมโดยบุคลากรที่ไม่ใช่ผู้บริหารยา ความเสี่ยงของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจะเพิ่มขึ้น ดังนั้น เมื่อมีการนำยาออกจากบรรจุภัณฑ์เดิมหรือเตรียมและจัดจ่ายในภาชนะที่แตกต่างออกไป โดยไม่ได้นำไปใช้กับ ผู้ป่วยทันที จะต้องเขียนฉลากยา ซึ่งประกอบด้วยชื่อยา ขนาด/ความเข้มข้น วันที่จัดเตรียม วันที่หมดอายุ และการ บ่งชี้ผู้ป่วยสองตัวบ่งชี้ เมื่อยาถูกเตรียมระหว่างการทำการหัตถการในห้องผ่าตัด และส่วนที่ เหลือใช้จะถูกทิ้งทันที ดังนั้นการติดฉลากชี้บ่งชี้ผู้ป่วยและวันหมดอายุอาจไม่จำเป็น

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 5.2

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีระบบในการจัดจ่ายยา และกระจายยาที่เป็นแบบเดียวกันทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับ กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่น และภูมิภาค (ดู GLD.2, ME 5)
- ☐ 2. ยาได้รับการจัดจ่ายในรูปแบบที่พร้อมใช้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด (ดู IPSG.3.1, ME 2 และ MMU.6.1)
- ☐ 3. ระบบสนับสนุนการจ่ายที่ถูกต้องและทันเวลาและเอกสารของการจ่ายยา
- ☐ 4. หลังจากการเตรียมยา ยาที่ไม่ได้บริหารให้กับผู้ป่วยทันทีจะต้องเขียนฉลากยา ซึ่งประกอบด้วย ชื่อยา ขนาด/ความเข้มข้น วันที่จัดเตรียม วันที่หมดอายุ และการบ่งชี้ผู้ป่วยสองตัวบ่งชี้ (ดู IPSG.1 ME 2)

การบริหารยา

มาตรฐาน MMU. 6

โรงพยาบาลกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่มีสิทธิในการบริหารยา

เจตจำนงของ MMU.6

การบริหารยาในการรักษาผู้ป่วยต้องมีความรู้และประสบการณ์เฉพาะ แต่ละโรงพยาบาล มีความ รับผิดชอบในการ กำหนดบุคลากรผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ที่จำเป็น และยังได้รับอนุญาตให้บริหารยาได้ โดย ใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ (Licensure) ประกาศนียบัตร (Certification) กฎหมายหรือ ระเบียบข้อ บังคับในการบริหารยา โรงพยาบาลอาจจะจำกัด การบริหารยาโดยบุคลากร เช่น สำหรับสารควบคุมพิเศษ หรือยากัมมันตรังสี และยาที่ใช้ ในการตรวจวินิจฉัย และ ในกรณีฉุกเฉินโรงพยาบาลกำหนดรายชื่อที่ ได้รับ อนุญาตในการบริหารยา

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 6

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดบุคลากรที่มีสิทธิบริหารยา โดยบรรยายลักษณะงาน (Job description) หรือ กระบวนการให้สิทธิการปฏิบัติงาน (ดู SQE.3, ME 1 และ SQE.10, ME 3)
- ☐ 2. เฉพาะผู้ได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาล และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือได้รับอนุญาตตามกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับเท่านั้นที่มีสิทธิเป็นผู้บริหารยา (ดู SQE.10, ME 3; SQE.14, ME 1; และ SQE.16, ME 1)
- ☐ 3. มีกระบวนการจำกัดการบริหารยาของบุคลากร เมื่อมีความเหมาะสม (ดู SQE.12, ME 3; SQE.14, ME 2; และ SQE.16, ME 2)

มาตรฐาน MMU. 6.1

การบริหารยารวมถึงกระบวนการเพื่อสอบสวนความถูกต้องกับคำสั่งใช้ยา

เจตจำนงของ MMU.6.1

การบริหารยาที่ปลอดภัยครอบคลุมการสอบสวนต่อไปนี้

- ยากับที่ระบุในใบสั่งยา หรือคำสั่งใช้ยา (ดู MMU.5.1)
- เวลา และความถี่ในการบริหารยา กับที่ระบุในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- จำนวนขนาดยา กับที่ระบุในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- วิธีการบริหารยา กับที่ระบุในใบสั่งยาหรือคำสั่งใช้ยา
- การบ่งชี้ผู้ป่วย (จะให้คะแนนใน IPSG.1, ME 2).

โรงพยาบาลกำหนดกระบวนการทวนสอบที่ใช้ในการบริหารยา เมื่อมีการจัดเตรียมยาและจัดจ่ายยา ไป ยังหน่วย ดูแลผู้ป่วย กระบวนการทบทวนความเหมาะสมที่ระบุไว้ใน MMU.5.1 ต้องได้รับการปฏิบัติโดย บุคลากรที่มี

คุณสมบัติเหมาะสมด้วย (ดู MMU.5.2, ME 2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 6.1

- ☐ 1. มีการทวนสอบระหว่างยาและใบสั่งยาหรือคำสั่งยา (ดู MMU.5.1)
- ☐ 2. มีการทวนสอบระหว่างขนาดยาและใบสั่งยาหรือคำสั่งยา
- ☐ 3. มีการทวนสอบระหว่างวิธีการบริหารยาและใบสั่งยาหรือคำสั่งยา
- ☐ 4. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลของยา และมีโอกาสได้ถามคำถาม หากมีข้อสงสัย (ดู PFR.2, ME 1 และ 2)
- ☐ 5. มีการบริหารยาตรงเวลา
- ☐ 6. มีการบริหารยาตามคำสั่งใช้ยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย (ดู COP.2.3, ME 1)

มาตรฐาน MMU. 6.2

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติ เพื่อกำกับการใช้ยาที่ผู้ป่วยนำมาใช้ด้วยตัวเองหรือยาตัวอย่าง®

เจตจำนงของ MMU.6.2

การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล ต้องทราบแหล่งที่มาของยา และการใช้ยาที่ไม่ได้จ่ายจาก ฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล เช่น ยาที่ผู้ป่วยนำมา (Medications Brought in) หรือครอบครัว หรือ ยาตัวอย่าง แพทย์เจ้าของไข้ต้องทราบยาที่ผู้ป่วย และครอบครัวนำมา และบันทึกไว้ในเวชระเบียน นอกจากนั้น สำหรับยาที่ผู้ป่วยบริหารด้วยตัวเอง (Self-administration) ทั้งยาที่ผู้ป่วยนำมา หรือยาที่ส่งจ่าย ภายในโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ต้องทราบ และบันทึกไว้ในเวชระเบียนเช่นกัน นอกจากนั้นโรงพยาบาลมี การควบคุม และมีกระบวนการเพื่อจัดการกับยาตัวอย่าง รวมถึงการใช้ยา และการบันทึก

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 6.2

- ☐ 1. นโยบายและระเบียบปฏิบัติได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อกำกับดูแลการบริหารยาด้วยผู้ป่วยเอง
- ☐ 2. นโยบายและระเบียบปฏิบัติได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อกำกับดูแลการบันทึกและการจัดการยาที่ผู้ป่วยนำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล (ดู MMU.3.1, ME 4)
- ☐ 3. นโยบายและระเบียบปฏิบัติได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อกำกับดูแลการจัดการและการใช้ยาตัวอย่างรวมถึงการบันทึก (ดู MMU.3.1, ME 3)

การเฝ้าติดตามการใช้ยา

มาตรฐาน MMU. 7

มีการเฝ้าติดตามผลของยาต่อผู้ป่วย®

เจตจำนงของ MMU.7

ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น ๆ ทำงานร่วมกัน เพื่อเฝ้าติดตาม ผู้ป่วย ในเรื่องการให้ยา วัตถุประสงค์ของการเฝ้าติดตาม คือเพื่อประเมินผลของยาต่ออาการ หรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึง จำนวนเม็ดเลือด การทำงานของไต การทำงานของตับ และการติดตามค่าอื่น ๆ สำหรับยาบางตัว และเพื่อ

ประเมินเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากการเฝ้าติดตามค่าต่าง ๆ จะสามารถปรับขนาดหรือประเภทของยาได้เมื่อจำเป็น การติดตามการตอบสนองทางของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เป็นสิ่งสำคัญ เมื่อมีการบริหารยาให้กับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก การเฝ้าติดตามมีเป้าหมายเพื่อบ่งชี้การตอบสนอง ทางเภสัชวิทยาของผู้ป่วย รวมถึงการแพ้ยา อันตรกิริยาระหว่างยาที่ไม่คาดคิด การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทรงตัวของผู้ป่วย ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการล้ม

การเฝ้าติดตามผลของการใช้ยา รวมถึงการสังเกต และการบันทึกผลอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลมีนโยบายที่ระบุการบันทึกและรายงานอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนั้น โรงพยาบาลจัดทำกลไก เพื่อการรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เมื่อเกิดเหตุ และกำหนดเวลาที่จะต้องรายงาน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 7

- ☐ 1. มีการเฝ้าติดตามผลจากการใช้ยาต่อผู้ป่วย (ดู AOP.2, ME 1)
- ☐ 2. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต่อผู้ป่วย มีการบันทึก
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการบันทึกอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในเวชระเบียนผู้ป่วย และรายงานอาการไม่พึงประสงค์ต่อโรงพยาบาล (ดู QPS.8)
- ☐ 4. มีการบันทึกผลอาการไม่พึงประสงค์ในเวชระเบียนผู้ป่วย
- ☐ 5. มีการรายงานผลอาการไม่พึงประสงค์ตามกำหนดเวลา

มาตรฐาน MMU. 7.1

โรงพยาบาลมีกระบวนการและระเบียบปฏิบัติในการรายงาน และ ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) และเหตุการณ์เกือบพลาด (Near Misses) ⑥

เจตจำนงของ MMU.7.1

โรงพยาบาลมีกระบวนการในการบ่งชี้ และรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) และเหตุการณ์เกือบพลาด (Near Misses) กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย การกำหนดคำจำกัดความของ คำว่าความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์เกือบพลาด รวมถึงการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานในการรายงานและ การให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการและความสำคัญของการรายงาน คำจำกัดความและกระบวนการรายงาน ถูกจัดทำโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการด้านยา กระบวนการรายงานเป็น ส่วนหนึ่งในแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยรายงานจะถูกส่งตรงถึงผู้ที่มีความรับผิดชอบในการแก้ไขหนึ่งคน หรือมากกว่านั้น ซึ่งแผนงานมุ่งเน้นการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ด้วยการทำความเข้าใจชนิดความคลาดเคลื่อน ซึ่งเกิดขึ้นทั้งโรงพยาบาล และองค์กรอื่น ๆ และสาเหตุที่เกิดเหตุ เกือบพลาดขึ้น (ดู IPSPG.3) มีการใช้การการปรับปรุงกระบวนการเกี่ยวกับยา และการฝึกอบรม เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในอนาคต โดยฝ่ายเภสัชกรรมมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมบุคลากรด้วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MMU. 7.1

- ☐ 1. มีการกำหนดคำจำกัดความของความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์เกือบพลาด โดยกระบวนการที่ร่วมมือกัน (ดู QPS.9, ME 1)
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์เกือบพลาด โดยปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนด (ดู QPS.8 และ QPS.9, ME 2)

- ☐ 3. มีการกำหนดผู้ที่มีความรับผิดชอบในการดำเนินการเมื่อได้รับรายงาน
- ☐ 4. โรงพยาบาลใช้ข้อมูลรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์เกือบพลาด เพื่อพัฒนาระบบการ
ใช้ยา (ดู QPS.9, ME 4)

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (PFE)

ภาพรวม

องค์ความรู้ของผู้ป่วย และญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษาพยาบาล รวมถึงสามารถตัดสินใจ เพื่อรับบริการอย่างเหมาะสม มีบุคลากรมากมายในโรงพยาบาล ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยและญาติ ดังนั้น การถ่ายทอดความรู้ จึงเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษา หรือสหวิชาชีพ และกระบวนการ นี้สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล ไปจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการรักษาในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยถูกจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาล อาจเป็นบุคลากรที่เริ่มต้นกระบวนการให้ความรู้ ในขณะที่วิชาชีพอื่น ๆ ได้ให้ความรู้ ตามแนวทาง หรือตามที่ผู้ป่วยได้ใช้บริการตามความต้องการเฉพาะทาง เช่น การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โภชนาบำบัดหรือการ เตรียมความพร้อม ก่อนการถูกจำหน่าย หรือการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีบุคลากรหลากหลายสาขาที่เข้ามาให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ จึงมีความสำคัญที่บุคลากรทุก ๆ สาขา ต้องเข้ามาประสานกิจกรรมที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย เข้าด้วยกัน และมุ่งเน้นไปยัง สิ่งที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการเรียนรู้ ข้อมูลการให้ความรู้ของบุคลากร ในแต่ละสาขาวิชาชีพ ที่ได้ถ่ายทอดแก่ผู้ป่วยและญาตินั้น จำเป็นที่ต้องแลกเปลี่ยน หรือส่งต่อกัน ระหว่างบุคลากร เพื่อสร้างความ ตระหนักระหว่างวิชาชีพ ถึงข้อมูลที่ได้ถ่ายทอดให้ผู้ป่วยไปแล้ว ข้อมูลใดที่จำเป็นต้องได้รับการสอนซ้ำ หรือข้อมูลใด ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ แต่ยังไม่ได้รับการถ่ายทอดจากบุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วย

การให้ความรู้ต้องมีประสิทธิภาพนั้น ต้องเริ่มจากการประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย และญาติ ไม่เพียงแค่การประเมิน ว่าต้องการเรียนรู้อะไร แต่ต้องประเมินว่าการให้ความรู้อย่างไรจึงจะส่งผลดีที่สุด การเรียนรู้จะประสบความสำเร็จได้ดีที่สุดก็ต่อเมื่อ การเรียนรู้ นั้น สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม ระดับการศึกษา ทักษะการอ่านเขียน รวมถึงภาษาที่ใช้สื่อสาร ของผู้ป่วย แต่ละราย และการเรียนรู้จะส่งผลดีเมื่อเกิดขึ้นในระหว่าง และตลอดกระบวนการบำบัดรักษา

การให้ความรู้ ประกอบด้วยองค์ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการจากสหวิชาชีพ ทั้งระหว่างกระบวนการบำบัดรักษา ไปจนกระทั่งผู้ป่วย ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไปรักษาตัวที่บ้าน หรือหน่วยงานอื่น ๆ ดังนั้น องค์ความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น อาจได้มาจาก แหล่งข้อมูลของชุมชน เพื่อเติมเต็มกระบวนการบำบัดรักษา การกลับมาเพื่อติดตามรับการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีความต้องการ รวมถึงผู้ป่วย ต้องสามารถเข้าถึงการรักษาเร่งด่วนได้เมื่อมีความจำเป็น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มีประสิทธิภาพนั้น อาจอยู่ ในหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย หรือกลุ่มประชากร

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

- PFE.1 โรงพยาบาลได้ให้ความรู้ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลรักษา
- PFE.2 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินสิ่งที่ต้องเรียนรู้ และผลการประเมินถูกบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย
 - PFE.2.1 ความสามารถในการเรียนรู้ และความเต็มใจในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และญาติได้รับการประเมิน
- PFE.3 กระบวนการ หรือวิธีการให้ความรู้ ต้องคำนึงถึงค่านิยม และความเชื่อของผู้ป่วย และญาติ และต้องเปิดโอกาส ให้มีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และผู้ให้สุขศึกษาอย่างเพียงพอ และเหมาะสมในกระบวนการสร้าง การเรียนรู้
- PFE.4 บุคลากรผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

มาตรฐาน PFE.1

โรงพยาบาลได้จัดสรรองค์ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกระบวนการบำบัดรักษา

เจตจำนงของ PFE.1

โรงพยาบาลได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้มีความรู้ และทักษะในการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา รวมถึงการตัดสินใจ (ดู PFR.2) โรงพยาบาลแต่ละแห่งสร้างการให้ความรู้ในกระบวนการดูแลตามภารกิจของการให้บริการและประชากรผู้ป่วย การให้ความรู้มีการวางแผนเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกคนจะถูกนำเสนอการให้ความรู้ที่ผู้ป่วยต้องการ โรงพยาบาลเลือกวิธีการที่จะจัดให้มีทรัพยากรทางการศึกษาของตนในลักษณะที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโรงพยาบาลอาจเลือกที่จะแต่งตั้งผู้ประสานงานการให้ความรู้ หรือ คณะกรรมการให้ความรู้ บริการให้ความรู้ หรือ เพียงแค่ทำงานร่วมกับบุคลากรทุกคนเพื่อให้การศึกษาในลักษณะการประสานงานกัน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFE.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลวางแผนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับพันธกิจ, บริการ และกลุ่มประชากร (ดู ACC.4.1)
- ☐ 2. มีการวางแผนหรือกระบวนการเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั่วทั้งโรงพยาบาล
- ☐ 3. รูปแบบการให้ความรู้ หรือ ทรัพยากรถูกบริหารจัดการด้วยกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ

มาตรฐาน PFE.2

ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินสิ่งที่ต้องเรียนรู้ และ ต้องถูกบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย

เจตจำนงของ PFE.2

การให้ความรู้ หรือ สหศึกษาแก่ผู้ป่วย มุ่งเน้นไปที่องค์ความรู้ และทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจ หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการบำบัดรักษา และการรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เป็นสิ่งที่ค่อนข้างขัดแย้งในทิศทางการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างผู้ป่วย และบุคลากรในเชิงสารสนเทศ แต่ไม่ใช่ธรรมชาติของการเรียนรู้ เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการสิ่งที่ต้องเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย และครอบครัว จึงต้องมีกระบวนการประเมินเพื่อแบ่งชี้ถึงชนิดของการผ่าตัด หรือหัตถการลูกไล่ใด ๆ รวมถึงแผนการบำบัดรักษา ซึ่งสัมพันธ์กับความต้องการ ของ การ ดูแลรักษาทางการแพทย์ และความ ต้องการในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่าย การประเมินนี้ สามารถกระทำโดยผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผน และส่งมอบความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย การให้ความรู้ หรือ สหศึกษาโดยบุคลากรในโรงพยาบาลนั้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกิจกรรมการบำบัดรักษา (ดู PFE.2) การให้ สหศึกษาจึงอาจเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการขอคำยินยอมของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการบำบัด เช่น ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด หรือได้รับยาสลบ ซึ่งต้องถูกบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วย (ดู PFR.5.3, ME.1) ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรมการบำบัดรักษาโดยตรง การบริหารยา ตรงการบริหารยา ,การให้อาหารผู้ป่วยทา ,ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนผ้าทำแผล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับ (หรือการรักษาอื่น ๆ การให้ความรู้ หรือ สหศึกษา)

เมื่อการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเรียนรู้ ได้ถูกระบุแล้ว จะต้องถูกบันทึกลงในเวชระเบียนของผู้ป่วย ซึ่งการบันทึกนี้จะมีผลช่วยให้บุคลากรที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา โรงพยาบาลจะต้องระบุ ตำแหน่ง หรือรูปแบบของเอกสารที่ใช้เพื่อบันทึกผลการประเมินผู้ป่วย แผนการรักษา และข้อมูลสุขศึกษาที่ได้ส่งมอบให้กับ ผู้ป่วยในเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFE.2

- ☐ 1. ความต้องการการเรียนรู้สุขศึกษาของผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมิน
- ☐ 2. ผลการประเมินความต้องการการเรียนรู้สุขศึกษาของผู้ป่วยและญาติได้รับการบันทึกในเวชระเบียน
- ☐ 3. มีการบันทึกการให้ความรู้หรือสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยที่เป็นรูปแบบเดียวกันโดยบุคลากรทุกคน (ดู MOI.9, ME.3)

มาตรฐาน PFE.2.1

ความสามารถในการเรียนรู้และความเต็มใจที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยและญาติได้รับการประเมิน

เจตจำนงของ PFE.2.1

องค์ความรู้ และทักษะความสามารถในการเรียนรู้ รวมถึงอุปสรรคต่าง ๆ ต้องได้รับการระบุ และใช้เพื่อวางแผนการให้ ความรู้ ซึ่งมีหลายตัวแปรที่นำมาใช้กำหนดความสามารถในการเรียนรู้ รวมถึงความเต็มใจ สมรรถภาพของการ เรียนรู้ ของผู้ป่วย และครอบครัว

- การรู้หนังสือ องค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และภาษาที่ใช้สื่อสารของผู้ป่วย และครอบครัว ต้องได้รับการประเมิน
- อุปสรรคทางด้านอารมณ์ และแรงจูงใจ
- ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และการรับรู้ หรือความเข้าใจ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFE.2.1

- ☐ 1. การรู้หนังสือซึ่งรวมถึงระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และภาษาที่ใช้สื่อสารของผู้ป่วย ได้รับการประเมิน
- ☐ 2. อุปสรรคทางด้านอารมณ์ และแรงจูงใจของผู้ป่วยได้รับการประเมิน
- ☐ 3. ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และข้อจำกัดด้านการรับรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วยได้รับการประเมิน
- ☐ 4. ผลการประเมินถูกนำมาใช้กำหนด หรือวางแผนการให้ความรู้ หรือสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย

มาตรฐาน PFE.3

วิธีการให้ความรู้ ต้องพิจารณารวมถึงค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงเปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างเพียงพอระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้

เจตจำนงของ PFE.3

การเรียนรู้ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยและครอบครัว ได้ให้ความสนใจต่อวิธีการให้ความรู้หรือสุขศึกษา การเข้าใจในตัวผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถกำหนดบุคลากรที่จะเป็นผู้ให้ความรู้ และวิธีการให้ความรู้ที่ประกอบไปด้วยค่านิยม ความเชื่อของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทของครอบครัว และวิธีการให้คำแนะนำ ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการผลักดันให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดรักษา โดยการกระตุ้น

ให้แสดงความคิดเห็น หรือตั้งคำถามแก่บุคลากรผู้ให้ความรู้หรือสุศึกษา เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจองค์ความรู้ได้อย่างถูกต้อง และเป็นไปตามที่ผู้ให้ความรู้มุ่งหวังไว้ บุคลากรต้องเข้าใจถึงบทบาทสำคัญของผู้ป่วยที่ แสดงถึงความปลอดภัย และเกิดคุณภาพสูงสุดของการให้การรักษ การเปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร ก่อให้เกิดผลตอบรับที่สร้างความมั่นใจว่าข้อมูลที่ถ่ายทอดไปถึงผู้ป่วยนั้น สร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้อง เป็นประโยชน์ และนำไปปฏิบัติได้จริง โรงพยาบาลต้องกำหนดว่าการให้สุศึกษาทางวาจา นั้นจะต้องถูก กระตุ้นซ้ำโดยสื่อการให้สุศึกษาที่เป็นเอกสาร เมื่อไร และอย่างไร เพื่อเพิ่มความเข้าใจแก่ ผู้ป่วยและญาติ หรือนำไป ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในอนาคต

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFE.3

- ☐ 1. กระบวนการให้ความรู้ต้องพิจารณาถึง ค่านิยม ความเชื่อ ของผู้ป่วยและครอบครัว (ดู PFR.1.2, ME.2)
- ☐ 2. มีกระบวนการที่ใช้ทวนสอบความเข้าใจถึงองค์ความรู้ที่ผู้ป่วย และครอบครัว ได้รับจากบุคลากร
- ☐ 3. ผู้ให้ความรู้หรือสุศึกษาแก่ผู้ป่วย และครอบครัว กระตุ้นให้มีการแสดงความคิดเห็น และซักถามจากบุคลากร
- ☐ 4. การให้ความรู้หรือสุศึกษาทางวาจา จะต้องถูกกระตุ้นซ้ำด้วยสื่อ หรือเอกสารการสอน ซึ่งสัมพันธ์กับความ ต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

มาตรฐาน PFE.4

บุคลากรผู้มีส่วนในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้หรือสุศึกษา

เจตจำนงของ PFE. 4

เมื่อบุคลากรวิชาชีพที่มีส่วนในการบำบัดรักษาผู้ป่วย สามารถเข้าใจถึงองค์ความรู้หรือสุศึกษาที่บุคลากร วิชาชีพอื่น ได้ให้แก่ผู้ป่วยซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในทางกลับกัน ความร่วมมือ ระหว่างวิชาชีพ ยังช่วยให้ข้อมูลองค์ความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับนั้นครอบคลุม ถูกต้อง และมีประสิทธิผล โดยความร่วมมือนี้ ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความต้องการของการเรียนรู้ของผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่จำเป็นเสมอไป ความรู้ในเนื้อหาที่จะให้ ระยะเวลาที่เพียงพอ และความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ของบุคลากร เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิผล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PFE.4

- ☐ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ ที่เกิดจากความร่วมมือกันเมื่อมีข้อบ่งชี้
- ☐ 2. บุคลากรที่ให้ความรู้ มีความรู้ในเนื้อหาที่จะให้
- ☐ 3. บุคลากรที่ให้ความรู้ มีเวลาเพียงพอที่จะให้ความรู้
- ☐ 4. บุคลากรที่ให้ความรู้ มีทักษะในการสื่อสารที่จะให้ความรู้

ตอนที่ ๓ มาตรฐานการจัดการ สถานพยาบาล



การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (QPS)

ภาพรวม

เป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรต้องมีการทำงานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและความปลอดภัยของผู้ป่วย ในบทนี้จะอธิบายวิธีการที่ครอบคลุมในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ส่งผลกระทบต่อทุกแง่มุมของการดำเนินงาน วิธีการนี้ประกอบด้วย

- การใส่ข้อมูลในระดับแผนกและการมีส่วนร่วมในแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย;
- การใช้ข้อมูล, การตรวจสอบข้อมูลเพื่อวัดกระบวนการทำงาน;
- การใช้ข้อมูลและเกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงเพื่อมุ่งเน้นแผนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ; และ
- การดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนที่มีผลในการพัฒนา

ทั้งแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

- เป็นผู้นำการขับเคลื่อน;
- ค้นหาเพื่อเปลี่ยนวัฒนธรรมขององค์กร;
- ระบุและลดความผันแปรเชิงรุก;
- ใช้ข้อมูลเพื่อมุ่งเน้นประเด็นสำคัญ; และ
- ค้นหาเพื่อแสดงให้เห็นถึงการพัฒนายั่งยืน

คุณภาพและความปลอดภัยยังรวมถึงการปฏิบัติงานประจำวันของบุคลากรทุกคนในทุกสถานที่ เช่นบุคลากรทางคลินิกประเมินความต้องการของผู้ป่วยและให้การดูแล, บทนี้จะช่วยให้พวกเขาเข้าใจวิธีการที่ทำให้เกิดการพัฒนายอย่างแท้จริงที่จะช่วยผู้ป่วยและลดความเสี่ยง ในทำนองเดียวกันบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ทั่วไปสามารถนำมาตราฐานไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันของพวกเขาเพื่อทำความเข้าใจวิธีการที่ทำให้กระบวนการมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำทรัพยากรมาใช้ได้อย่างชาญฉลาดมากขึ้นและความเสี่ยงทางกายภาพสามารถลดลงได้ ,

มาตรฐานการรับรองระหว่างประเทศเหล่านี้มีอยู่ในทุกกิจกรรมขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพรวมทั้งการ , ทำงานเพื่อพัฒนากิจกรรมเหล่านั้นและลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างในกระบวนการ

ดังนั้น กรอบที่นำเสนอในมาตรฐานเหล่านี้เหมาะสำหรับแผนงานที่มีโครงสร้างหลากหลายและวิธีการที่ไม่เป็นทางการในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย กรอบนี้ยังสามารถรวมแผนงานการวัดแบบเดิมเข้าด้วยกัน เช่นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด & (การบริหารความเสี่ยง)และการใช้ทรัพยากร การจัดการ) (ทรัพยากร

นอกจากนี้องค์กรที่เป็นไปตามกรอบนี้จะ ,

- พัฒนาความเป็นผู้นำการสนับสนุนแผนงานระดับองค์กรให้ใหญ่ขึ้น;

- อบรมและมีส่วนร่วมกับบุคลากรมากขึ้น;
- จัดลำดับความสำคัญที่ชัดเจนสำหรับสิ่งที่จะวัด;
- ตัดสินใจบนฐานข้อมูลการวัด; และ
- พัฒนาระบบพื้นฐานของการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น ๆ, ระดับประเทศและต่างประเทศ

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ (P) หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

การจัดการกิจกรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

QPS.1 บุคคลที่มีคุณสมบัติ แนะนำการจัดทำแผนงานของโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และบริหารจัดการกิจกรรมที่จำเป็นในการจัดทำแผนงานการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (P)

การคัดเลือกการวัดและการเก็บรวบรวมข้อมูล

QPS.2 บุคลากรแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสนับสนุนกระบวนการคัดเลือกการวัดตลอดทั้งโรงพยาบาลและจัดให้มีการประสานงานและการรวบรวมกิจกรรมการวัดตลอดทั้งโรงพยาบาล

QPS.3 แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และข้อมูลอื่น ๆ ในปัจจุบันเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย, การศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพ, การวิจัยทางคลินิกและการบริหารจัดการ ,

การวิเคราะห์และการตรวจสอบข้อมูลการวัด

QPS.4 แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วยกระบวนการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย, การจัดการโรงพยาบาลและ ,แผนงานการจัดการคุณภาพ และการมีส่วนร่วมในฐานข้อมูลภายนอก

QPS.4.1 บุคคลที่มีประสบการณ์และทักษะที่เหมาะสม รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลใน ,ความรู้ , ว่าเป็นระบบโรงพยาบาลอยู่

QPS.5 กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุมถึงผลกระทบของการพัฒนาที่สำคัญระดับโรงพยาบาลในเรื่องค่าใช้จ่ายและประสิทธิภาพ กำหนดให้อย่างน้อยหนึ่งเรื่องต่อปี

QPS.6 โรงพยาบาลใช้กระบวนการภายในเพื่อตรวจสอบข้อมูล (P)

QPS.7 โรงพยาบาลใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อการระบุและการจัดการเหตุการณ์พึงสังวร (P)

QPS.8 ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์เสมอเมื่อมีแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ที่เห็นได้ชัดเจนจากข้อมูล (P)

QPS.9 องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อการระบุและวิเคราะห์เหตุการณ์เกือบพลาด

การเพิ่มพูนและการอ้างการพัฒนา

QPS.10 การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยบรรลุผลและยั่งยืน

QPS.11 แผนงานการบริหารความเสี่ยงที่ทำอย่างต่อเนื่องใช้เพื่อการระบุและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่คาดคิดและความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วยและบุคลากรในเชิงรุก®

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

หมายเหตุ: ในทุกมาตรฐานบท QPS ผู้นำเป็นบุคคล และ คณะผู้นำเป็นกลุ่มที่มีความรับผิดชอบร่วมกัน ภาระรับผิดชอบมีการอธิบายในระดับบุคคลหรือร่วมกัน (โปรดดูบท "การกำกับดูแล คณะผู้นำและทิศทาง" [GLD] สำหรับข้อกำหนดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

การจัดการกิจกรรมคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ภาพรวมของแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการ (ดู GLD.2) ร่วมกับกลุ่มผู้นำของโรงพยาบาลกำหนดโครงสร้างและการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อจัดทำแผนงาน (ดู GLD.4) กลุ่มผู้นำยังระบุลำดับความสำคัญภาพรวมของโรงพยาบาลสำหรับการวัดและการพัฒนา (ดู GLD. (5) บริการระบุลำดับความสำคัญสำหรับการวัดและการพัฒนาภายในและ/ร่วมกับผู้นำแผนก) บริการของพวกเขา/ดู GLD. และ 11GLD.(11.1

มาตรฐานในบท QPS นี้จะระบุโครงสร้าง ,คณะผู้นำการ ,เพื่อสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลและกิจกรรม , วิเคราะห์ข้อมูลและ ,การพัฒนาคุณภาพ เพื่อระบุลำดับความสำคัญระดับโรงพยาบาลเช่นเดียวกับแผนก— และการบริการและการตอบสนองต่อเหตุการณ์พึงสังวร ,ที่เฉพาะเจาะจงซึ่งรวมถึงการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์— และเหตุการณ์เกือบพลาด มาตรฐานยังอ ,งประสงค์เหตุการณ์ไม่พิ ,ระดับโรงพยาบาลอธิบายถึงบทบาทสำคัญของการประสานงานทุกการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการให้คำแนะนำและ ทิศทางสำหรับการฝึกอบรมพนักงานและการสื่อสารข้อมูลคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย มาตรฐานไม่ได้ เจาะจงโครงสร้างขององค์กรเช่นแผนก สิ่งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลกำหนด

มาตรฐาน QPS.1

บุคคลที่มีคุณสมบัติ แนะนำการจัดทำแผนงานของโรงพยาบาลสำหรับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และบริหารจัดการกิจกรรมที่จำเป็นในการจัดทำแผนงานการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ⑥

เจตจำนงของ QPS.1

การพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้องใช้แผนงานการจัดการที่ดี ขณะที่คณะกรรมการอนุมัติแผนงานและคณะผู้จัดสรรทรัพยากรที่ใช้จัดทำแผนงาน ต้องใช้การแนะนำและการจัดการทุกวันเพื่อจัดทำแผนงาน และทำให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของวิธีการที่โรงพยาบาลจะเป็นไปตามพันธกิจและกลยุทธ์ที่สำคัญ (ดู GLD.4)

บุคคลที่มีคุณสมบัติหนึ่งคนหรือมากกว่าควาแผนงานได้นำไปดำเนินการ สิ่งนี้ต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ใน หลายแง่มุมของการเก็บรวบรวมข้อมูล ,การตรวจสอบข้อมูลและการพัฒนาอย่างยั่งยืน ,และการวิเคราะห์ข้อมูล , บุคคลที่กำกับดูแลด้านแผนงานคุณภาพยังต้องเลือกบุคลากรแผนงานคุณภาพที่มีความสามารถที่จำเป็นสำหรับ

แผนงาน ในบางครั้งบางส่วนของบุคคลด้านคุณภาพที่สำคัญอาจจะอยู่ภายในแผนกส่วนบริการในโรงพยาบาล / บุคคลเหล่านี้จะต้องได้รับการสนับสนุนด้วยข้อมูลและความช่วยเหลือ บุคลากรแผนงานคุณภาพยังต้องเข้าใจวิธีการ การจัดลำดับความสำคัญระดับโรงพยาบาล และระดับแผนกการให้บริการ และเปลี่ยนพวกเขาเป็นผู้ประสานงาน/ ภาพรวมของแผนงาน บุคลากรแผนงานคุณภาพประสานงานและจัดระเบียบด้วยมาตรการเดียวกันทั้งองค์กรและให้การสนับสนุนกิจกรรมการวัดที่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับความสำคัญของโรงพยาบาล

การฝึกอบรมและการสื่อสารยังมีส่วนสำคัญ บุคลากรแผนงานคุณภาพช่วยในการสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งโรงพยาบาล โดยให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับประเด็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่นการสร้างรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการตรวจสอบข้อมูล ,การระบุข้อมูลในการเก็บรวบรวม ,บุคลากรโรงพยาบาลอาจต้องการความช่วยเหลือในการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินผลถ้ามีการพัฒนาอย่าง ,การพัฒนาการดำเนินการ , ยืนยันบุคลากรแผนงานคุณภาพจึงมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการฝึกอบรมและการสื่อสารด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดทั้งโรงพยาบาล⁴⁻¹ (ดู GLD.9)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.1

- ☐ 1. บุคคลที่มีประสบการณ์ในวิธีการและกระบวนการของการพัฒนาถูกเลือกให้แนะนำแนวทางในการจัดทำแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาล
- ☐ 2. บุคคลที่กำกับดูแลแผนงานคุณภาพเลือกและสนับสนุนบุคลากรที่มีคุณสมบัติสำหรับแผนงานและสนับสนุนบุคลากรที่มีความรับผิดชอบงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดทั้งโรงพยาบาล (ดู SQE.1, ME 2)
- ☐ 3. แผนงานคุณภาพให้การสนับสนุนและประสานงานกับผู้นำแผนก/บริการ เพื่อเป็นมาตรการทั้งโรงพยาบาลและเพื่อจัดลำดับความสำคัญของโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนา (ดู GLD.11)
- ☐ 4. แผนงานคุณภาพมีการจัดทำแผนงานการฝึกอบรมสำหรับพนักงานทุกคนที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทในการพัฒนาคุณภาพและแผนงานความปลอดภัยของผู้ป่วย (ดู SQE.14.1, ME 1 และ SQE.16.1, ME 1)
- ☐ 5. แผนงานคุณภาพมีหน้าที่ในการสื่อสารประเด็นคุณภาพให้พนักงานทุกคนอย่างสม่ำเสมอ (ดู GLD.4.1, ME 3)

การคัดเลือกตัววัดและการเก็บรวบรวมข้อมูล

มาตรฐาน QPS.2

บุคลากรแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสนับสนุนกระบวนการคัดเลือกตัววัดตลอดทั้งโรงพยาบาล และจัดให้มีการประสานงานและการรวบรวมกิจกรรมการวัดตลอดทั้งโรงพยาบาล

เจตจำนงของ QPS.2

การเลือกตัววัดเป็นความรับผิดชอบของคณะผู้นำ ,GLD.จะอธิบายวิธีการที่ 5 คณะผู้นำของโรงพยาบาลตัดสินใจ เรื่องการจัดลำดับความสำคัญในการวัดสำหรับโรงพยาบาลทั้งหมด และ ,GLD. และ 11GLD.จะอธิบาย 11.1 ขั้นตอนการคัดเลือกตัววัดสำหรับแต่ละแผนกทางคลินิกและการบริหาร-บริการ ทุกหน่วยงานและการบริการ/เลือก-จัดการตัววัดที่เกี่ยวข้องกับความสำคัญของพวกเขา ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีโอกาสที่การวัดที่คล้ายกันจะได้รับเลือกมากกว่าหนึ่งแผนก ยกตัวอย่างเช่นและแผนกโรคติดต่อ ,การควบคุมการติดเชื้อ ,บริการเภสัชกรรม/แผนก ,

เชื้อ แต่ละหน่วยงานอาจให้ความสำคัญเกี่ยวกับการลดการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อธิบายไว้ในมาตรฐาน QPS นี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้แผนกบริการเหล่านี้ เห็นด้วย/กับวิธีการวัดที่พบ่อยและจะอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวัดที่ถูกเลือกแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยยังต้องรวบรวมกิจกรรมการวัดทั้งหมดในโรงพยาบาลด้วย รวมทั้งการวัดของวัฒนธรรมความปลอดภัยและระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การรวบรวมระบบการวัดทั้งหมดนี้จะทำให้พบโอกาสสำหรับการแก้ปัญหาแบบบูรณาการและการพัฒนา)⁵⁻³ ดู GLD. (4

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.2

- ☐ 1. แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยสนับสนุนการเลือกการวัดตลอดทั้งโรงพยาบาล ในระดับโรงพยาบาลและระดับแผนกหรือระดับการให้บริการ
- ☐ 2. แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจัดให้มีการประสานงานและการรวบรวมกิจกรรมการวัดตลอดทั้งโรงพยาบาล
- ☐ 3. แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยจัดให้มีการรวบรวมของระบบการรายงานเหตุการณ์, การวัดวัฒนธรรมความปลอดภัย, และอื่น ๆ เพื่อความสะดวกในการแก้ปัญหาแบบบูรณาการและการพัฒนา
- ☐ 4. แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยมีการติดตามความคืบหน้าในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวัดตามแผนที่เลือกไว้ตามลำดับความสำคัญ

มาตรฐาน QPS.3

แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบันเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย, การศึกษาทางวิชาชีพด้านสุขภาพ, การวิจัยทางคลินิกและการบริหารจัดการ ,

เจตจำนงของ QPS.3

ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพ, นักวิจัย, นักศึกษา, และผู้จัดการมักจะต้องใช้ข้อมูลเพื่อช่วยในงานของตน ข้อมูลดังกล่าวอาจรวมถึงบทความทางวิทยาศาสตร์และการจัดการแนวปฏิบัติทางคลินิก , ผลการวิจัยและวิธีการศึกษา , แหล่งค้นห, ลีลิ่งพิมพ์ในห้องสมุด , อินเทอร์เน็ตออนไลน์และสื่อส่วนบุคคลเป็นแหล่งที่มีคุณค่าของข้อมูลที่เป็น ,) ปัจจุบันดู MMU.1, ME 6;MMU.5.1, ME 6; PCI.3, ME 1; GLD.7; GLD.11.2; และ FMS.5.1, ME 3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.3

- ☐ 1. ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบันสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
- ☐ 2. ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบันสนับสนุนการศึกษาทางคลินิก
- ☐ 3. ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบันสนับสนุนการวิจัย
- ☐ 4. ข้อมูลทางวิชาชีพและข้อมูลอื่น ๆ ที่เป็นปัจจุบันสนับสนุนการจัดการ
- ☐ 5. ข้อมูลจะถูกจัดให้อยู่ในกรอบเวลาที่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้

การวิเคราะห์และการตรวจสอบข้อมูลการวัด

มาตรฐาน QPS.4

แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วยกระบวนการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย, การจัดการโรงพยาบาล, และแผนงานการจัดการคุณภาพ และการมีส่วนร่วมในฐานะข้อมูลภายนอก

เจตจำนงของ QPS.4

แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวม เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและการจัดการโรงพยาบาล ข้อมูลที่รวบรวมจะบอกรายละเอียดของโรงพยาบาลในช่วงเวลานั้นๆ และอนุญาตให้มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลกับองค์กรอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับการวัดระดับโรงพยาบาลที่เลือกโดยคณะผู้ว่า ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลเป็นส่วนสำคัญของกิจกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานของโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวบรวมข้อมูลจากการบริหารความเสี่ยง, การจัดการระบบสาธารณสุขโรคและการทบทวนการใช้ประโยชน์ของทรัพยากร, การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ, านข้อมูลภายนอกยังมีส่วนช่วยให้โรงพยาบาลเข้าใจประสิทธิภาพในปัจจุบันและระบุโอกาสสำหรับการพัฒนา ฐานข้อมูลสำคัญในการติดตามการประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามที่อธิบายใน SQE.11

โดยการเข้าร่วมฐานข้อมูลภายนอกโรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบตัวเองกับโรงพยาบาลอื่นที่คล้ายคลึงกันใน , มีประสิทธิภาพสำหรับการระบุโอกาสระดับประเทศและต่างประเทศ การเปรียบเทียบเป็นเครื่องมือที่ , ระดับพื้นที่ในการพัฒนาและการบันทึกข้อมูลประสิทธิภาพระดับโรงพยาบาล เครื่องมือการดูแลสุขภาพและผู้ซื้อหรือจ่ายเงินสำหรับการดูแลสุขภาพมักจะขอข้อมูลดังกล่าว ฐานข้อมูลภายนอกแตกต่างอย่างมากจากฐานข้อมูลด้านประกันที่เก็บรักษาโดยสมาคมวิชาชีพ โรงพยาบาลอาจจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือกฎระเบียบที่จะนำไปสู่บางฐานข้อมูลภายนอกในทุกกรณี การรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูลและข้อมูลสารสนเทศจะถูกดำรงไว้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.4

- ☐ 1. แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล
- ☐ 2. การรวบรวมข้อมูลและข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย, การจัดการโรงพยาบาล, การทบทวนการประกอบวิชาชีพและภาพรวมแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (ดู SQE.11, ME 2 และ MOI.5, MEs 1 และ 4)
- ☐ 3. ข้อมูลและข้อมูลสารสนเทศที่สรุปถูกจัดให้แก่หน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เมื่อมีความจำเป็นตามกฎหมายหรือกฎระเบียบ
- ☐ 4. มีกระบวนการที่จะนำไปสู่และเรียนรู้จากฐานข้อมูลภายนอกเพื่อการเปรียบเทียบ (ดู PCI.6 และ PCI.6.1)
- ☐ 5. มีการรักษาความปลอดภัยและความลับเมื่อมีการนำไปสู่หรือการใช้ฐานข้อมูลภายนอก (ดู MOI.2)

มาตรฐาน QPS.4.1

บุคคลที่มีประสบการณ์ ความรู้และทักษะที่เหมาะสม , รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ

เจตจำนงของ QPS.4.1

เพื่อที่จะไปถึงข้อสรุปและเพื่อการตัดสินใจ ข้อมูลจะต้องถูกรวบรวมวิเคราะห์และแปลงเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ , ารข้อมูลมีทักษะในด้านวิธีการการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวข้องกับบุคคลที่เข้าใจการจัดกรรวบรวมข้อมูลและรู้วิธีการใช้เครื่องมือทางสถิติต่าง ๆ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะต้องมีการรายงานให้กับบุคคลที่รับผิดชอบในกระบวนการหรือผลที่ถูกต้อง และผู้ที่สามารถดำเนินการกับผลลัพธ์ที่ได้ บุคคลเหล่านี้อาจจะเป็นทางคลินิกหรือทั้งการบริหารจัดการ ,

สองประเภทรวมกัน ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำให้ได้รับการตอบกลับของข้อมูลการจัดการคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่จะช่วยให้บุคคลเหล่านั้นตัดสินใจและปรับปรุงกระบวนการทางคลินิกและการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคทางสถิติเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการแปลผล การเปลี่ยนแปลงและการตัดสินใจจุดที่ต้องการปรับปรุง แผนภูมิเส้นกราฟฮิสโตแกรมและแผนภูมิ, แผนภูมิควบคุม, พารेटโตเป็นตัวอย่างของเครื่องมือทางสถิติที่มีประโยชน์ในการทำความเข้าใจแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงในเรื่อง แลสุขภาพการดูแล

แผนงานคุณภาพเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดวิธีการที่มักจะใช้รวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ของ กระบวนการนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมหรือขอบเขตการวัดและความถี่ของการวัด ตัวอย่างเช่น ข้อมูลการควบคุมคุณภาพ ห้องปฏิบัติการทางคลินิกอาจจะวิเคราะห์รายสัปดาห์เพื่อให้ตรงกับระเบียบข้อบังคับในประเทศ และข้อมูลผู้ป่วย พัลตตกหกล้มอาจได้รับการวิเคราะห์รายเดือนถ้าการพลัดตกหกล้มมีไม่บ่อยนัก ดังนั้นการรวบรวมข้อมูล ณ จุด เวลาจะช่วยให้โรงพยาบาลพิจารณาความคงที่ของกระบวนการที่เจาะจง หรือการคาดการณ์ของผลที่เจาะจงในส่วน ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย

เป้าหมายของการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะสามารถเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลคือวิธี:

- 1) เปรียบเทียบกับตัวเองในช่วงเวลา เช่นเดือนต่อเดือนหรือหนึ่งปีถัดไป
- 2) เปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่คล้ายคลึงกัน เช่นผ่านฐานข้อมูลอ้างอิง
- 3) เปรียบเทียบกับมาตรฐาน เช่นมาตรฐานที่กำหนดโดยองค์กรที่รับรองและองค์กรวิชาชีพ หรือกำหนดโดย กฎหมายหรือกฎระเบียบ
- 4) เปรียบเทียบกับการปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับซึ่งระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรว่าเป็นการปฏิบัติหรือแนวทาง ปฏิบัติที่ดีที่สุดหรือดีกว่า

การเปรียบเทียบเหล่านี้ช่วยให้โรงพยาบาลเข้าใจที่มาและลักษณะของการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ และช่วยในการมุ่งเน้นการพัฒนา)ดู GLD.(5

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.4.1

- ☐ 1. ข้อมูลได้รับการรวบรวม, วิเคราะห์และแปลงเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เพื่อการระบุโอกาสในการพัฒนา (ดู PCI.6, ME 2)
- ☐ 2. บุคคลที่มีประสบการณ์ความรู้และทักษะทางคลินิกหรือการบริหารจัดการที่เหมาะสมมีส่วนร่วมใน กระบวนการ
- ☐ 3. เครื่องมือและเทคนิคทางสถิติถูกใช้ในกระบวนการวิเคราะห์เมื่อเหมาะสม
- ☐ 4. ความถี่ของการวิเคราะห์ข้อมูลเหมาะสมกับกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่ศึกษา (ดู QPS.8)
- ☐ 5. มีการรายงานผลการวิเคราะห์ไปยังผู้รับผิดชอบเพื่อการดำเนินการ (ดู GLD.1.2, ME 2)
- ☐ 6. การวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนการเปรียบเทียบภายในช่วงเวลา รวมทั้งการเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลของ องค์กรที่คล้ายกัน, การปฏิบัติที่ดีที่สุด, และแหล่งข้อมูลวิชาชีพทางวิทยาศาสตร์ (ดู PCI.6.1, ME 2)

มาตรฐาน QPS.5

กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลครอบคลุมถึงผลกระทบของการพัฒนาที่สำคัญระดับโรงพยาบาลในเรื่องค่าใช้จ่ายและ ประสิทธิภาพ กำหนดให้มีอย่างน้อยหนึ่งเรื่องต่อปี

เจตจำนงของ QPS.5

แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยรวมถึงการวิเคราะห์ผลกระทบของการพัฒนาที่สำคัญได้รับการสนับสนุนโดยคณะผู้นำ) ดู GLD.5, ME 4) ตัวอย่างเช่น มีหลักฐานสนับสนุนว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างมาตรฐานการดูแลมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อประสิทธิภาพของการดูแลและลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ซึ่งในที่สุดจะช่วยลดค่าใช้จ่าย บุคลากรแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินการใช้ทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการ และประเมินซ้ำในการใช้ทรัพยากรสำหรับการปรับปรุงกระบวนการ ทรัพยากรอาจจะหมายถึงมนุษย์) ตัวอย่างเช่น เวลาที่ใช้แต่ละขั้นตอนในกระบวนการหรืออาจเกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีหรือทรัพยากรอื่น ๆ เคราะห์จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการวิเคราะห์ประสิทธิภาพของผลกระทบและค่าใช้จ่าย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.5

- ☐ 1. ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณและประเภทของการใช้ทรัพยากรได้รับการรวบรวมจากโครงการพัฒนาที่สำคัญระดับโรงพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งโครงการ ทั้งก่อนและการติดตามการพัฒนา
- ☐ 2. เจ้าหน้าที่แผนงานคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่นทรัพยากรมนุษย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการเงินในการพิจารณาข้อมูลที่จะเก็บ
- ☐ 3. ผลการวิเคราะห์ถูกใช้ในการปรับปรุงกระบวนการ และรายงานผ่านกระบวนการการประสานงานด้านคุณภาพไปที่คณะผู้นำ

มาตรฐาน QPS.6

โรงพยาบาลใช้กระบวนการภายในเพื่อตรวจสอบข้อมูล ⑥

เจตจำนงของ QPS.6

แผนงานการพัฒนาคุณภาพเป็นเพียงข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวม หากข้อมูลมีข้อบกพร่องความพยายามในการพัฒนาคุณภาพจะไม่ได้ผล ความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของการวัดจึงเป็นหลักของการพัฒนาทั้งหมด เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ตีเป็นประโยชน์ได้รับการเก็บรวบรวม จะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลภายในหรือภายนอก

การตรวจสอบข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดเมื่อ

- a) มีการวัดใหม่ที่จะดำเนินการ (โดยเฉพาะการวัดทางคลินิกที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยโรงพยาบาลในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการหรือผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ);
- b) ข้อมูลที่จะเผยแพร่สู่สาธารณชนบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลหรือในรูปแบบอื่น ๆ;
- c) มีการเปลี่ยนแปลงการวัดที่มีอยู่ เช่นมีการเปลี่ยนแปลงเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสรุปข้อมูลหรือผู้สรุป;
- d) ข้อมูลที่เป็นผลจากการวัดที่มีอยู่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่อธิบายไม่ได้;
- e) แหล่งข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลง เช่นเมื่อส่วนหนึ่งของการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และทำให้แหล่งข้อมูลอยู่ทั้งอิเล็กทรอนิกส์และกระดาษ; หรือ
- f) หัวข้อของการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลง เช่นการเปลี่ยนแปลงในอายุเฉลี่ยของผู้ป่วย, โรคประจำตัว, การเปลี่ยนแปลงของระเบียบการวิจัย, ใช้นโยบายปฏิบัติใหม่, หรือมีการแนะนำการใช้เทคโนโลยีและวิธีการรักษาใหม่

การตรวจสอบข้อมูลเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการทำความเข้าใจคุณภาพของข้อมูลและการสร้างระดับของความเชื่อมั่นของผู้มีอำนาจตัดสินใจในข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลกลายเป็นหนึ่งในขั้นตอนของกระบวนการของการจัดลำดับความสำคัญสำหรับการวัด ,การวิเคราะห์ข้อมูล ,การตั้งหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล ,การเลือกสิ่งที่จะวัด , และการใช้สิ่งที่พบเพื่อการพัฒนา⁹⁻¹¹

เมื่อโรงพยาบาลมีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกหรือพื้นที่อื่น ๆ หรือใน ,ความปลอดภัยของผู้ป่วย , วิธีอื่น ๆ ที่จะเผยแพร่สู่สาธารณะ เช่นบนเว็บไซต์ของโรงพยาบาล โรงพยาบาลต้องมีจริยธรรมในการให้สาธารณชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องคณะผู้นำของโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของการวัดและคุณภาพของข้อมูลสามารถสร้างผ่านกระบวนการตรวจสอบข้อมูลภายในของโรงพยาบาล หรืออีกทางเลือกหนึ่งสามารถทำโดยบุคคลที่สามที่เป็นอิสระเช่นบริษัทภายนอกที่ทำสัญญากับโรงพยาบาล (ดู GLD.6)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.6

- ☐ 1. การตรวจสอบข้อมูลถูกใช้โดยแผนงานคุณภาพเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาที่เลือกโดยคณะผู้นำ
- ☐ 2. ข้อมูลได้รับการตรวจสอบเมื่อพบเงื่อนไขใด ๆ ใน a) ถึง f) ในเจตจำนง
- ☐ 3. มีการใช้วิธีการที่เป็นที่ยอมรับสำหรับการตรวจสอบข้อมูล
- ☐ 4. คณะผู้นำของโรงพยาบาลมีหน้าที่ตรวจสอบข้อมูลคุณภาพและผลลัพธ์ที่จะเผยแพร่สู่สาธารณชน

มาตรฐาน QPS.7

โรงพยาบาลใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อการระบุและการจัดการเหตุการณ์พึงสังวร ⑥

เจตจำนงของ QPS.7

เหตุการณ์พึงสังวรคืออุบัติการณ์ที่ไม่คาดคิดที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตหรือการบาดเจ็บทางกายหรือจิตใจอย่างรุนแรง การบาดเจ็บทางร่างกายที่รุนแรง รวมถึงการสูญเสียอวัยวะหรือการทำงานของอวัยวะ เหตุการณ์ดังกล่าวเรียกว่าพึงสังวรเพราะสิ่งเหล่านั้นส่งสัญญาณความจำเป็นในการตรวจสอบและการตอบสนองโดยทันที แต่ละโรงพยาบาลกำหนดนิยามของเหตุการณ์พึงสังวร ที่อย่างน้อยรวมถึง

- a) การเสียชีวิตที่ไม่คาดคิดซึ่งรวมถึง แต่ไม่จำกัดเพียง,
 - การเสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือสภาวะโรคประจำตัว (ตัวอย่างเช่นการเสียชีวิตจากการติดเชื้อหลังการผ่าตัดหรือภาวะลิ่มเลือดในปอดจากโรงพยาบาล);
 - การเสียชีวิตของทารกคลอดครบกำหนด; และ
 - ฆ่าตัวตาย
- b) สูญเสียการทำงานหลักอย่างถาวร ที่ไม่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยหรือสภาวะโรคประจำตัวของผู้ป่วย;
- c) ผ่าตัดผิดข้าง, ผิดหัตถการ, ผิดผู้ป่วย;
- d) การแพร่กระจายของโรคเรื้อรังหรือร้ายแรงหรือเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดหรือปลูกอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ปนเปื้อน;
- e) การลักพาตัวทารกหรือเด็กทารกถูกส่งกลับบ้านให้ผิดพ่อแม่; และ

- f) ช่มชืด, ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน เช่นการทำร้าย (ที่นำไปสู่การเสียชีวิตหรือสูญเสียหน้าที่อวัยวะอย่างถาวร);หรือฆาตกรรม (การฆ่าโดยเจตนา) ของผู้ป่วย,พนักงาน, ผู้ปฏิบัติงาน, นักศึกษาแพทย์, ผู้ฝึกงาน, ผู้เยี่ยม, หรือผู้ขายในขณะที่อยู่ในพื้นที่โรงพยาบาล (ดู SQE.8.2)

คำนิยามเหตุการณ์พึงสังวรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย a (f ถึง (และอาจรวมถึงกิจกรรมอื่น ๆ ตามที่กฎหมายหรือกฎระเบียบหรือทบทวนโดยโรงพยาบาลตามความเหมาะสมที่จะเพิ่มรายการของเหตุการณ์พึงสังวร เหตุการณ์ทั้งหมดที่พบตามเหตุการณ์พึงสังวร จะต้องได้รับการประเมินโดยการดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุรากที่น่าเชื่อถือ รายละเอียดที่ถูกต้องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความจำเป็นในการวิเคราะห์สาเหตุรากที่น่าเชื่อถือ ดังนั้นการวิเคราะห์สาเหตุรากจะต้องมีการดำเนินการโดยเร็วหลังจากเกิดเหตุการณ์ถ้าเป็นไปได้ การวิเคราะห์และการวางแผนต้องเสร็จสมบูรณ์ภายใน วัน 45จากวันที่เกิดเหตุการณ์หรือรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป้าหมายของการดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุรากเพื่อให้โรงพยาบาลทำความเข้าใจต้นกำเนิดของเหตุการณ์ได้ดีขึ้น เมื่อการวิเคราะห์สาเหตุรากแสดงให้เห็นว่าการปรับปรุงระบบหรือการดำเนินการอื่น ๆ สามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเกิดซ้ำของเหตุการณ์พึงสังวรดังกล่าวได้ โรงพยาบาลจะออกแบบกระบวนการใหม่และดำเนินการอื่นใด ๆ ก็ตามที่มีความเหมาะสมที่ควรทำ) ¹⁴⁻¹²ดู(IPSG.3

เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทราบว่าเหตุการณ์พึงสังวรและความผิดพลาดทางการแพทย์ไม่ได้มีความหมายเหมือนกัน ไม่ใช่ความผิดพลาดทั้งหมดจะส่งผลให้เกิดเหตุการณ์พึงสังวร หรือเหตุการณ์พึงสังวรไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะที่เป็นผลมาจากความผิดพลาด การระบุว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์พึงสังวรไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ของความรับผิดชอบตามกฎหมาย)ดู(GLD.4.1, ME 2 และ QPS.11

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.7

- ☐ 1. ผู้นำโรงพยาบาลกำหนดนิยามของเหตุการณ์พึงสังวรโดยอย่างน้อยประกอบด้วย a) ถึง f) ที่แสดงในเจตจำนง
- ☐ 2. โรงพยาบาลวิเคราะห์สาเหตุรากของเหตุการณ์พึงสังวรทั้งหมดเสร็จสมบูรณ์และในช่วงเวลาที่ระบุโดยคณะผู้นำโรงพยาบาล ซึ่งไม่เกิน 45 วันนับจากวันที่เกิดเหตุการณ์หรือเมื่อรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
- ☐ 3. การวิเคราะห์สาเหตุรากระบุต้นกำเนิดของเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่การปรับปรุงและ / หรือการดำเนินการเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงของการเกิดซ้ำของเหตุการณ์พึงสังวร
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลดำเนินการเกี่ยวกับผลของการวิเคราะห์สาเหตุราก

มาตรฐาน QPS.8

ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์เสมอเมื่อมีแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์ที่เห็นได้ชัดเจนจากข้อมูล ⑨

เจตจำนงของ QPS.8

โรงพยาบาลต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันของการให้บริการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อที่จะทำเช่นนั้นจะต้องมีกลไกของการรายงานผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ เพื่อให้แน่ใจว่าการบริการมีคุณภาพ สิ่งที่ทำให้เกิดความเสียด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยจะต้องได้รับการระบุและติดตาม ควรจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เพียงพอเพื่อตรวจจับแนวโน้มและรูปแบบ และจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความถี่และ/หรือความเสี่ยงของการบริการสำหรับผู้ป่วย (ดู MMU.7.1; QPS.4.1, ME 4; QPS.11)

- a) การยืนยันการเกิดปฏิกิริยาจากการถ่ายเลือดทั้งหมด, หากใช้บังคับกับโรงพยาบาล (ดู COP.3.3)
- b) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยาทั้งหมด, หากใช้บังคับและตามที่กำหนดโดยโรงพยาบาล (ดู MMU.7, ME 3)
- c) ความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องยาที่มีนัยสำคัญทั้งหมด, หากใช้บังคับและตามที่กำหนดโดยโรงพยาบาล (ดู MMU.7.1, ME 2)
- d) ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดทั้งหมด; ตัวอย่างเช่นการวินิจฉัยก่อนการผ่าตัดว่ามีการอุดตันของลำไส้และการวินิจฉัยหลังผ่าตัดว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องแตก
- e) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือรูปแบบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในขณะทำให้สงบเพื่อทำการหัตถการโดยไม่คำนึงถึงการบริบาลยา (ดูASC.3.2 และ ASC.5)
- f) เหตุการณ์หรือรูปแบบไม่พึงประสงค์ในระหว่างการระงับความรู้สึกโดยไม่คำนึงถึงการบริบาลยา
- g) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ตัวอย่างเช่นการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการระบาดของโรคติดเชื้อ (ดูPCI.7.1, ME 6)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.8

- ☐ 1. กระบวนการรวบรวมข้อมูลที่กำหนดมีการพัฒนาและดำเนินการเพื่อให้แน่ใจว่าการรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์, และการรายงานมีความถูกต้อง
- ☐ 2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เกิดขึ้นเมื่อระดับ, รูปแบบ, หรือแนวโน้มที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น
- ☐ 3. การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลมีการดำเนินการตามรายการ a) ถึง g) ในเจตจำนง
- ☐ 4. ผลการวิเคราะห์ถูกใช้ในการดำเนินการเพื่อปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของการบริการ, การรักษา, หรือการทำงาน (ดู PCI.10, ME 3)
- ☐ 5. ข้อมูลผลลัพธ์ได้รับการรายงานไปยังนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (ดู GLD.4.1, ME 1)

มาตรฐาน QPS.9

องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อการระบุและวิเคราะห์เหตุการณ์เกือบพลาด

เจตจำนงของ QPS.9

ในความพยายามที่จะเรียนรู้เชิงรุกที่ระบบอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น โรงพยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลและข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ระบุว่าเป็นเหตุการณ์เกือบพลาดเหล่านั้นและประเมินเหตุการณ์เหล่านั้นเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นจริง อันดับแรก, โรงพยาบาลต้องกำหนดนิยามและประเภทของเหตุการณ์เกือบพลาดที่ต้องรายงาน เหตุการณ์เกือบพลาดสามารถนำไปใช้ได้มากกว่าความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับยา เหตุการณ์เกือบพลาดยังรวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเภทอื่น ๆ ประการที่สองต้องมี, กลไกการรายงาน และท้ายที่สุดต้องมีกระบวนการในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงกระบวนการเชิงรุกซึ่งจะลดหรือขจัดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือเหตุการณ์เกือบพลาด (ดู MMU.7.1 และ QPS.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.9

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดนิยามของเหตุการณ์เกือบพลาด (ดู MMU.7.1, ME 1)
- ☐ 2. โรงพยาบาลกำหนดประเภทของเหตุการณ์ที่ต้องรายงาน

- ☐ 3. โรงพยาบาลสร้างกระบวนการสำหรับการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด (ดู MMU.7.1, ME 2)
- ☐ 4. ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์และการดำเนินการเพื่อลดเหตุการณ์เกือบพลาด (ดู MMU.7.1, ME 4)

การเพิ่มพูนและธำรงการพัฒนา

มาตรฐาน QPS.10

การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยบรรลุผลและยั่งยืน

เจตจำนงของ QPS.10

ข้อมูลสารสนเทศจากการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ในการระบุการพัฒนาที่อาจเป็นไปได้ หรือเพื่อลด (หรือป้องกัน) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ข้อมูลการวัดที่ทำเป็นประจำเช่นเดียวกับข้อมูลจากการประเมินอย่างละเอียดนำไปสู่ความเข้าใจในการพัฒนาที่ควรมีการวางแผนและสิ่งที่มีความสำคัญควรจะทำให้การพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาที่มีการวางแผนสำหรับพื้นที่เก็บข้อมูลที่ความสำคัญจะระบุโดยผู้นำโรงพยาบาล

หลังจากมีการวางแผนการพัฒนา ข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวมในขณะที่มีการทดสอบเพื่อแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงจากการวางแผนเป็นการพัฒนาที่เกิดขึ้นได้จริง เพื่อให้มั่นใจว่าการพัฒนาจะยั่งยืน ข้อมูลการวัดจะถูกเก็บรวบรวมเพื่อการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพจะรวมอยู่ในกระบวนการดำเนินงานที่มีมาตรฐานและการให้ความรู้พนักงานที่จำเป็นใด ๆ จะได้รับการดำเนินการ โรงพยาบาลบันทึกการพัฒนาที่ประสบความสำเร็จและยั่งยืนเหล่านั้นเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานการจัดการและพัฒนาคุณภาพ (ดูGLD.11,ME 4)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.10

- ☐ 1. การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยได้รับการวางแผน, การทดสอบ, และดำเนินการ
- ☐ 2. ข้อมูลใช้เพื่อแสดงให้เห็นว่าการพัฒนามีประสิทธิภาพและยั่งยืน (ดู GLD.11, ME 3)
- ☐ 3. การเปลี่ยนแปลงนโยบายที่จำเป็นเพื่อการวางแผน, เพื่อดำเนินการ, และเพื่อดำรงไว้ซึ่งการพัฒนาได้รับการดำเนินการ
- ☐ 4. ความสำเร็จของการพัฒนาได้รับการบันทึกไว้

มาตรฐาน QPS.11

แผนงานการบริหารความเสี่ยงที่ทําอย่างต่อเนื่องใช้เพื่อการระบุและลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่คาดคิดและความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วยและพนักงานในเชิงรุก ⑥

เจตจำนงของ QPS.11

มีความเสี่ยงหลายประเภทที่สามารถมีผลกระทบต่อโรงพยาบาล ประเภทของความเสี่ยงเหล่านี้ประกอบด้วย

- กลยุทธ์ (ผู้ที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายขององค์กร);
- การดำเนินงาน (แผนพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร);
- การเงิน (การป้องกันสินทรัพย์);

- การปฏิบัติตาม (การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ); และ
- ชื่อเสียง (ภาพการรับรู้ของสาธารณชน)

โรงพยาบาลจำเป็นต้องนำแนวทางเชิงรุกมาใช้เพื่อการบริหารความเสี่ยงที่ประกอบด้วยการพัฒนากลยุทธ์การลดความเสี่ยงโดยมีเป้าหมายเพื่อลดหรือขจัดผลกระทบที่อาจเป็นอันตรายของความเสี่ยงที่ทราบหรือที่เป็นไปได้¹⁵⁻¹⁷ วิธีการหนึ่งคือแผนงานการจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นทางการที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่

- a) การระบุความเสี่ยง;
- b) การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง;
- c) การรายงานความเสี่ยง;
- d) การจัดการความเสี่ยง รวมถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยง (ดู MMU.7.1, QPS.7, QPS.8, และ QPS.9); และ
- e) การจัดการการเรียกร้องที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบสำคัญของการบริหารความเสี่ยงคือการวิเคราะห์ความเสี่ยง เช่นกระบวนการในการประเมินเหตุการณ์เกือบพลาดและกระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงอื่น ๆ ที่มีความล้มเหลวจะส่งผลในเหตุการณ์พึงสังวร มีเครื่องมือหลายตัวที่สามารถช่วยในการวิเคราะห์เชิงรุกของผลกระทบของเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการวิกฤต, มีความเสี่ยงสูง ตัวอย่างเช่นการวิเคราะห์ความล้มเหลวและผลกระทบ (FMEA) และการวิเคราะห์ความเสี่ยงอันตราย (HVA) เป็นเครื่องมือสองตัวที่ใช้โดยทั่วไป

เพื่อการใช้เครื่องมือเหล่านี้หรือที่คล้ายกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้นำต้องเข้าใจความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงแต่ละประเภทและจัดลำดับความเสี่ยงที่อาจมีผลกระทบมากที่สุดต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและพนักงาน เช่นเดียวกับคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลนี้ควรนำมาใช้เพื่อจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรในการวิเคราะห์พื้นที่ความเสี่ยงที่สูงที่สุดและดำเนินการเพื่อออกแบบกระบวนการหรือการดำเนินการที่คล้ายกันเพื่อลดความเสี่ยงในกระบวนการ กระบวนการลดความเสี่ยงนี้จะดำเนินการอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปีและได้รับการบันทึกไว้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ QPS.11

- ☐ 1. กรอบการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลประกอบด้วย a) ถึง e) ในเจตจำนง
- ☐ 2. คณะผู้นำระบุและจัดลำดับความเสี่ยงที่อย่างน้อยเกี่ยวข้องกับกลยุทธ์, การเงิน, และการดำเนินงานของโรงพยาบาล
- ☐ 3. อย่างน้อยเป็นประจำทุกปี, การดำเนินการลดความเสี่ยงเชิงรุกได้รับการดำเนินการโดยใช้หนึ่งในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง
- ☐ 4. กระบวนการที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการออกแบบใหม่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ผลการทดสอบ

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (PCI)

ภาพรวม

เป้าหมายของแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร คือการค้นหาและลดความเสี่ยงของการได้รับและแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้ป่วย บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง อาสาสมัคร นักศึกษา ผู้มาเยือน และชุมชน นอกจากนี้ มีการพัฒนาความคิดริเริ่ม ในการทำ hospitalwide ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและ หรือความกังวลเช่น / แผนงานการดูแลและยาปฏิชีวนะแผนงานสำหรับการตอบสนองต่อโรคติดต่อทั่วโลกเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและกิจกรรมของแผนงานในแต่ละองค์กรอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับกิจกรรมและบริการทางคลินิก ประชากรผู้ป่วยที่รับผิชอบ ที่ตั้ง ทางภูมิศาสตร์ ปริมาณผู้ป่วย และจำนวนบุคลากรขององค์กร

การจัดลำดับความสำคัญของแผนงานควรสะท้อนถึงความเสี่ยงที่ระบุไว้ในองค์กร การพัฒนาของโลกและชุมชน และความซับซ้อนของการให้บริการในองค์กร

แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพมีลักษณะร่วมคือ มีผู้นำที่ได้รับการกำหนดชัดเจนบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดี วิธีการค้นหาและจัดการเชิงรุกกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ นโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสม การให้ความรู้แก่บุคลากร และการประสานงานทั่วทั้ง องค์กร

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านั้นจะมีการระบุสัญลักษณ์ ® หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

ความรับผิดชอบ

PCI.1 บุคคลอย่างน้อยหนึ่งคนควมดูแลกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด บุคคลนี้มีคุณสมบัติเหมาะสมในการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งการศึกษา การฝึกอบรม, ประสิทธิภาพ หรือประกาศนียบัตร.

PCI.2 มีการกำหนดกลไกประสานความร่วมมือสำหรับกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร โดยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เหมาะสมอื่น ๆ มีส่วนร่วม

- PCI.3 แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย แนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานสำหรับสุขภาพและความสะอาด
- PCI.4 ผู้นำองค์กรจัดให้มีทรัพยากรเพียงพอเพื่อสนับสนุนแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เป้าหมายของแผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

- PCI.5 โรงพยาบาลออกแบบแผนงานที่ครอบคลุมหัตถการและกระบวนการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (P)
- PCI.6 โรงพยาบาลกำหนดจุดเน้นของแผนงานป้องกันและลดการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (Health care-associated) โดยอิงความเสี่ยง (risk-based approach) (P)
- PCI.6.1 โรงพยาบาลติดตาม (track) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อ และแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ เพื่อนำมาลดความเสี่ยงการติดเชื้อ
- PCI.7 โรงพยาบาลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยสร้างความมั่นใจในกระบวนการทำความสะอาด การทำลายเชื้อ การทำให้ปราศจากเชื้อ และการจัดเก็บที่เหมาะสม มีกระบวนการจัดการเวชภัณฑ์หมดอายุและนำลงสู่การปฏิบัติ
- PCI.7.1 โรงพยาบาลระบุกระบวนการสำหรับการนำวัสดุที่ผลิตเพื่อใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ ตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับอนุญาต (P)

ขยะติดเชื้อ

- PCI.7.2 โรงพยาบาลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วยการจัดการขยะที่เหมาะสม
- PCI.7.3 โรงพยาบาลดำเนินการปฏิบัติ ในการกำจัดเข็มและของมีคมอย่างปลอดภัย (P)
- บริการอาหาร
- PCI.7.4 โรงพยาบาลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้านบริการอาหาร
- ความเสี่ยงด้านก่อสร้าง
- PCI.7.5 โรงพยาบาลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอาคารสถานที่ เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องกลและวิศวกรรม และระหว่างการรื้อถอน ก่อสร้าง และปรับปรุง

การแพร่กระจายเชื้อ

- PCI.8 โรงพยาบาลจัดให้มีมาตรการป้องกันทางกายภาพ (barrier precautions) และระเบียบปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยเพื่อปกป้องผู้ป่วย ผู้มาเยือน และบุคลากรจากโรคติดต่อ รวมถึงปกป้องผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมิให้เกิดการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว (P)
- PCI.8.1 โรงพยาบาลจัดทำกระบวนการจัดการกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซึ่งแพร่กระจายทางอากาศที่มาพร้อมกันคราวละมาก ๆ ในช่วงเวลาสั้นเมื่อไม่มีห้องความดันลบ (P)
- PCI.8.2 โรงพยาบาลจัดทำแผนงานตอบสนองต่อโรคระบาด มีการนำลงสู่การปฏิบัติและมีการซ้อม (P)
- PCI.9 มีถุงมือ หน้ากากปิดจมูกและปาก อุปกรณ์ป้องกันดวงตา อุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ สบู่ และน้ำยาฆ่าเชื้อพร้อมใช้ และมีการใช้อย่างถูกต้องเมื่อมีข้อบ่งชี้ (P)

แผนงานการพัฒนาคุณภาพและการให้ความรู้

- PCI.10 มีการบูรณาการกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเข้ากับแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล ใช้ตัววัดเกี่ยวกับการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาสำหรับโรงพยาบาล

PCI.11 โรงพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้แก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้บริหารอื่น ๆ ตามข้อบ่งชี้โดยการมีส่วนร่วมในการดูแล (P)

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

ความรับผิดชอบ

มาตรฐาน PCI.1

บุคคลอย่างน้อยหนึ่งคนควบคุมดูแลกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด บุคคลนี้มีคุณสมบัติเหมาะสม ในการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้ง การศึกษา การฝึกอบรม ประสิทธิภาพ หรือ ประภาคนียบัตร

เจตจำนงของ PCI.1

เป้าหมายของแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร คือการค้นหาและลดความเสี่ยงของการได้รับและแพร่กระจายเชื้อระหว่างผู้ป่วย บุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง อาสาสมัคร นักศึกษาและ ผู้มาเยือน ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและแผนงานการป้องกันการติดเชื้ออาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นกับกิจกรรมและบริการทางคลินิก ประชากรผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ที่ตั้ง ทางภูมิศาสตร์ ปริมาณผู้ป่วย และจำนวนบุคลากรขององค์กร

ดังนั้นแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีการกำกับดูแลที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร ระดับของความเสี่ยง ความซับซ้อนของกิจกรรม และขอบเขตของแผนงาน มีบุคคลหนึ่งคนหรือมากกว่า ทำงานเต็มเวลาหรือบางเวลา ทำหน้าที่กำกับดูแลแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อตามหน้าที่รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย คุณสมบัติของผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลขึ้นกับกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติและอาจพิจารณาจาก

- การศึกษา
- การฝึกอบรม
- ประสิทธิภาพ และ
- ประภาคนียบัตรหรือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.1

- ☐ 1. มีบุคคลหนึ่งคนหรือมากกว่าทำหน้าที่กำกับดูแลแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ดู GLD.9,ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลมีคุณสมบัติเหมาะสม สำหรับขนาดขององค์กร ระดับของความเสี่ยง ขอบเขตและความซับซ้อนของแผนงาน
- ☐ 3. ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแลปฏิบัติหน้าที่กำกับดูแลตามที่ได้รับมอบหมายหรือตามที่ระบุไว้ในคำอธิบายลักษณะงาน (ดู SQE.3,ME2 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน PCI.2

มีการกำหนดกลไกประสานความร่วมมือสำหรับกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร โดยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เหมาะสมอื่น ๆ มีส่วนร่วม

เจตจำนงของ PCI.2

กิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเกี่ยวข้องกับทุกส่วนของสถานพยาบาลและเกี่ยวข้องกับบุคลากรในแผนกและงานบริการต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น แผนกทางคลินิก บำรุงรักษา บริการอาหาร(จัดเลี้ยง) แม่บ้าน ห้องปฏิบัติการ เภสัชกรรม หน่วยทำให้ปราศจากเชื้อ โรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องมาจากการเข้ามาของผู้ป่วยและญาติ บุคลากร อาสาสมัคร ผู้มาเยือน ผู้แทนการขาย และอื่น ๆ ดังนั้น ทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลต้องรวมไว้ในแผนงานการเฝ้าระวังฯ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีการกลไกเพื่อประสานความร่วมมือสำหรับแผนงาน อาจจะเป็นกลุ่มทำงานเล็ก ๆ คณะกรรมการประสานงาน คณะทำงานเฉพาะกิจ หรือกลไกอื่น ๆ. หน้าที่รับผิดชอบของกลไกดังกล่าว เช่น การกำหนดเกณฑ์ตัดสินการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ กำหนดวิธีการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังฯ ออกแบบกลยุทธ์เพื่อจัดการกับความเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และกระบวนการรายงาน การประสานความร่วมมือต้องมีการสื่อสารกับทุกส่วนขององค์กรเพื่อให้มั่นใจในความต่อเนื่องและบทบาทเชิงรุกของแผนงานไม่ว่าองค์กรจะเลือกกลไกประสานความร่วมมือสำหรับแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างไร จะมีตัวแทนของแพทย์และพยาบาลเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้ประกอบวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อ (infection control professionals) เสมอ บุคลากรอื่น ๆ อาจถูกเลือกเข้ามาโดยคำนึงถึงขนาดขององค์กร ความซับซ้อนของบริการ (เช่นนักระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านเก็บข้อมูล นักสถิติ หัวหน้าหน่วยจ่ายกลาง นักจุลชีววิทยา เภสัชกร แม่บ้าน บริการสิ่งแวดล้อมหรืออาคารสถานที่ หัวหน้าห้องผ่าตัด)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.2

- ☐ 1. มีการกำหนดกลไกประสานความร่วมมือสำหรับแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีผู้ประกอบวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อร่วม(ดู MMU.1.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. การประสานความร่วมมือของกิจกรรมควบคุมการติดเชื้อมีแพทย์ และพยาบาล และบุคลากรอื่นเข้าร่วมตามขนาดและความซับซ้อนของโรงพยาบาล (ดู MMU.1.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล รวมไว้ในแผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ดู PCI.5.1, ME.1 และ 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล รวมไว้ในแผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ดู PCI.5, ME.1 และ 2 และ SQE.8.2.1, ME.3 ร่วมด้วย)

แหล่งข้อมูล

มาตรฐาน PCI.3

แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย แนวทางปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานสำหรับสุขภาพและความสะอาด

เจตจำนงของ PCI.3

สารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ จำเป็นต้องใช้สารสนเทศทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันเพื่อทำความเข้าใจและนำกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ, สารสนเทศนี้อาจจะมาจากแหล่งในประเทศหรือแหล่งสากล เช่น ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา)US CDCองค์การ (

พัฒนาอนามัยโลก สถาบันพัฒนาภาพ) HIหน่วยงานระดับภูมิภาค และองค์กรอื่น ๆ ที่คล้ายกันสามารถเป็น (แหล่งของการปฏิบัติตามหลักฐานและแนวทางการปฏิบัติ มีแนวทางการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อใน สิ่งแวดล้อมและการซักกรีดไว้ในแผนงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แนวทางปฏิบัติและcare bundles ซึ่ง) พัฒนามาจาก HI การให้สารสนเทศเกี่ยวกับปฏิบัติการป้องกัน (การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับบริการทางคลินิกและ บริการสนับสนุน กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกำหนดองค์ประกอบของแผนงานพื้นฐาน การ ตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ และรายงาน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.3

- ☐ 1. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ ที่ทันสมัย แนวทาง ปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ และ กฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (ดู QPS.3 และ GLD.2, ME 5 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานเกี่ยวกับสุขาภิบาลและการทำความสะอาด
- ☐ 3. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานเกี่ยวกับซักฟอกและบริการผ้า
- ☐ 4. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อรายงานสารสนเทศเกี่ยวกับการติดเชื้อไปยังหน่วยงาน สาธารณสุขตามที่กำหนด (ดู ACC.4.5, ME 6; AOP.5.3.1, ME 2; และ GLD.2, ME 6 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อรายงานสารสนเทศเกี่ยวกับการติดเชื้อไปยังหน่วยงาน สาธารณสุขภายนอกที่เหมาะสม (ดู GLD.2, ME 6 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน PCI.4

ผู้นำโรงพยาบาลจัดให้มีทรัพยากรเพียงพอเพื่อสนับสนุนแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เจตจำนงของ PCI.4

แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต้องการบุคลากรที่เพียงพอเพื่อตอบสนองเป้าประสงค์ของแผนงาน และความต้องการของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ความซับซ้อนของกิจกรรม และ ระดับความเสี่ยงของบริบท ระดับบุคลากรได้รับความเห็นชอบจากผู้นำโรงพยาบาล นอกจากนั้น แผนงานป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อยังต้องการทรัพยากรเพื่อให้การศึกษาแก่บุคลากรทุกคน วัสดุ เช่น แอลกอฮอล์สำหรับล้าง มือ ผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าแผนงานมีทรัพยากรเพียงพอสำหรับการดำเนินงานของแผนงานอย่างมี ประสิทธิภาพ

การจัดการสารสนเทศเป็นทรัพยากรสำคัญที่สนับสนุนการติดตามความเสี่ยง อัตราและแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) การจัดการสารสนเทศสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผล และการ นำเสนอผล นอกจากนั้น ข้อมูลและสารสนเทศของแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อยังได้รับการจัดการ พร้อมกับข้อมูลและสารสนเทศของแผนงานบริหารและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.4

- ☐ 1. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีบุคลากรขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ความซับซ้อนของ กิจกรรม และระดับความเสี่ยงของบริบท (ดู SQE.6, MEs 1 และ 2 ร่วมด้วย)

- ☐ 2. ผู้นำโรงพยาบาลอนุมัติจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ดู GLD.1.1, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. แผนงานการจัดการสารสนเทศสนับสนุนแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ดู MOI.1 ร่วมด้วย)

เป้าหมายของแผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

มาตรฐาน PCI.5

โรงพยาบาลออกแบบแผนงานที่ครอบคลุม เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) ในผู้ป่วยและบุคลากร และนำไปปฏิบัติ (P)

เจตจำนงของ PCI.5

โรงพยาบาลประเมินและดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการที่เรียบง่ายและซับซ้อนมากมาย แต่ละกระบวนการมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อต่อผู้ป่วยและบุคลากร จึงมีความสำคัญที่โรงพยาบาลจะวัดและทบทวนกระบวนการเหล่านี้ และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามความเหมาะสมด้วยการนำนโยบายระเบียบปฏิบัติ การศึกษา และกิจกรรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการออกแบบ ไปสู่การปฏิบัติ (ดู ACC.6 ร่วมด้วย) แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต้องมีความครอบคลุมสมบูรณ์รวมเอาทั้ง การดูแลผู้ป่วยและสุขภาพของบุคลากรเข้าไว้ทั้งหมด แผนงานถูกระบุประเด็นการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาต่อโรงพยาบาล นอกจากนั้นแผนงานยังต้องการแผนกลยุทธ์ที่มีความเหมาะสมกับทุกระดับของโรงพยาบาล ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ บริการ และผู้ป่วย แผนงานดังกล่าวหมายรวมถึงสุขอนามัยของมือ ระบบที่จะป้องกันการติดเชื้อและสืบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อ แผนงานการให้วัคซีนในบุคลากรและผู้ป่วย กำกับดูแลการเข้ายาปฏิชีวนะ การประเมินความเสี่ยงเป็นระยะและการกำหนดเป้าประสงค์ในการลดความเสี่ยงขึ้นการทำงานของแผนงาน. (ดู AOP.5.3 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.5

- ☐ 1. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ของโรงพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) ในผู้ป่วย (ดู PCI.2, MEs 3 และ 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ของโรงพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) ในบุคลากรสุขภาพ (ดู AOP.5.3.1, MEs 1 และ 3; PCI.2, MEs 3 และ 4; SQE.8.2; และ SQE.8.2.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีการระบุกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการติดเชื้อ (ดู AOP.5.3, ME 2; AOP.5.3.1, MEs 1 และ 3; MMU.5, MEs 1 และ 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีกิจกรรม การนำแผนกลยุทธ์ การศึกษา และหลักฐานเชิงประจักษ์ ลงสู่การปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อในกระบวนการดังกล่าว (ดู AOP.5.3, ME 2; AOP.5.3.1, MEs 1 และ 3; MMU.5, MEs 1 และ 3; และ PCI.7, ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. โรงพยาบาลมีการระบุความเสี่ยง ที่จำเป็นต้องมีนโยบายและ/หรือ ระเบียบปฏิบัติ การอบรม การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และกิจกรรมสนับสนุนลดการติดเชื้อ

มาตรฐาน PCI.6

โรงพยาบาลกำหนดจุดเน้นของแผนงานป้องกันและลดการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) โดยอิงความเสี่ยง (risk-based approach) (P)

มาตรฐาน PCI.6.1

โรงพยาบาลติดตาม (track) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อและแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) (เพื่อนำมาลดความเสี่ยงการติดเชื้อ)

เจตจำนงของ PCI.6 และ PCI.6.1

แต่ละโรงพยาบาลต้องกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา ตำแหน่งที่ติดเชื้อ อุปกรณ์ที่สอดใส่ หัตถการ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นจุดเน้นของความพยายามในการป้องกันและลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) วิธีการที่อิงความเสี่ยง (risk-based approach) ช่วยให้โรงพยาบาลบ่งชี้การปฏิบัติและการติดเชื้อที่ควรเป็นจุดมุ่งเน้นของแผนงาน วิธีการที่อิงความเสี่ยงใช้การเฝ้าระวังเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งจะขึ้นการประเมินความเสี่ยง

โรงพยาบาลเก็บและประเมินข้อมูลการติดเชื้อและตำแหน่งการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้:

- ทางเดินหายใจ เช่น หัตถการและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะคอ และอื่น ๆ
- ทางเดินปัสสาวะ เช่น การทำหัตถการที่มีการใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการใส่สายสวนปัสสาวะ ระบบระบายปัสสาวะการดูแล และอื่น ๆ
- อุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าหลอดเลือด เช่น การสอดใส่และการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สายใส่สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และอื่น ๆ
- ตำแหน่งที่ผ่าตัด เช่น การดูแลแผล ประเภทของผ้าปิดแผล วิธีการปราศจากเชื้อที่เกี่ยวข้อง
- โรคและเชื้อโรคที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น เชื้อโรคที่ดื้อยาหลายตัว การติดเชื้อที่รุนแรง (ดู PCI.10, ME 2 และSQE.8.2.1, ME 1 รวมด้วย)
- โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำจากชุมชน (ดู SQE.8.2.1, ME 1 รวมด้วย)

นอกจากนี้ยังมีการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่สัมพันธ์กับการควบคุมการติดเชื้อ เช่น แนวทางเวชปฏิบัติ (ดู GLD.11.2 รวมด้วย) แผนงานการบริหารการใช้ยาปฏิชีวนะ (ดูMMU.1.1 รวมด้วย) แผนงานเพื่อลดการติดเชื้อจากชุมชนและโรงพยาบาลและความคิดริเริ่มในการลดการใช้อุปกรณ์ที่รุกรานร่างกายที่ไม่จำเป็นสามารถลดอัตราการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญได้

กระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ถูกออกแบบเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากรและอื่น ๆ ให้ลดลงต่ำสุด เพื่อให้ถึงเป้าหมายนี้ โรงพยาบาลต้องระบุเชิงรุกและติดตาม (track) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อ และแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI) โรงพยาบาลใช้สารสนเทศตัวชี้วัดเพื่อ (ต) มาตรการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้มีระดับอัตราที่ต่ำสุดเท่าที่เป็นได้ โรงพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลตัวชี้วัดที่ดีที่สุดและทำความเข้าใจข้อมูลอัตราและแนวโน้มในโรงพยาบาลอื่นที่คล้ายคลึงกันและเฝ้าต่อข้อมูลไปยังฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ (ดู QPS.4, ME 4 and GLD.5 รวมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.6

1. องค์การกำหนดจุดเน้นของแผนงานผ่านการเก็บข้อมูลตามข้อ a) ถึง f) ในเจตจำนงของมาตรฐาน.

- ☐ 2. มีการเก็บข้อมูล ข้อ a) ถึง f) นำมาวิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญเพื่ออัตราการติดเชื้อ (ดู QPS.4.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. มีการลงมือปฏิบัติจุดมุ่งเน้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.6.1

- ☐ 1. ติดตาม (track) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อ และแนวโน้มของการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพ (HAI)
- ☐ 2. กระบวนการมีการออกแบบใหม่ อยู่บนพื้นฐาน ข้อมูล สารสนเทศ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อ และแนวโน้มของการติดเชื้อ (ดู QPS.4.1, ME 6 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. โรงพยาบาลประเมินความเสี่ยงเหล่านี้อย่างน้อยปีละครั้งและดำเนินการที่จะมุ่งเน้น หรือปรับจุดเน้น แผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์

มาตรฐาน PCI.7

โรงพยาบาลลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/ผ่าตัด โดยทำให้นั้นเฝ้าระวังทำความสะอาด ซักเช็ดและทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเพียงพอ และการเก็บรักษา รวมทั้งดำเนินการกระบวนการสำหรับการจัดการเวชภัณฑ์ที่หมดอายุ

เจตจำนงของ PCI.7

หัตถการที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสกับอุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/ผ่าตัดสามารถเป็นแหล่งที่สำคัญสำหรับการแพร่เชื้อโรคที่นำไปสู่การติดเชื้อ ความล้มเหลวในการทำความสะอาด ซักเช็ดหรือทำให้ปราศจาก เชื้อที่เหมาะสมและการใช้งานหรือการจัดเก็บ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมไม่เพียงก่อให้เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย แต่ยังมีความเสี่ยงในการแพร่กระจายการติดเชื้อจากบุคคลสู่บุคคล มันเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรที่ดูแล สุขภาพต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติในการทำความสะอาด ซักเช็ดและทำให้ปราศจาก เชื้อ ความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อจะลดลงด้วยกระบวนการทำความสะอาด ซักเช็ดและทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม

7.8

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) นิยามการทำความสะอาดว่า “... การกำจัดสิ่งแปลกปลอม (เช่น สิ่งสกปรก และสารอินทรีย์) ออกจากวัตถุ...” CDC กล่าวต่อไปว่า [การทำความสะอาด] “สามารถทำได้ตามปกติโดยใช้ น้ำ ด้วยผงซักฟอกหรือผลิตภัณฑ์เอนไซม์ การทำความสะอาดอย่างละเอียดก่อนที่จะต้องจัดเชื้อระดับสูงและทำให้ปราศจากเชื้อเพราะอนินทรีย์และอินทรีย์ที่ยังคงอยู่บนพื้นผิวของเครื่องมือขัดขวางต่อประสิทธิภาพของกระบวนการดังกล่าว”

การซักเช็ดของอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับทั้งการใช้เทคนิคระดับต่ำและสูง การซักเช็ดระดับต่ำใช้สำหรับรายการ เช่น stethoscope เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด และอุปกรณ์ที่ไม่รุกรานอื่น ๆ นอกจากนี้การ ซักเช็ดระดับต่ำยังเป็นที่เหมาะสมสำหรับรายการ เช่น คีย์บอร์ดคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ และ รีโมท

โทรทัศน์ (ดู PCI.9, ME 3 ร่วมด้วย) การจัดซื้อระดับสูงถูกนำมาใช้ถ้าหากการทำให้ปราศจากเชื้อไม่สามารถจะทำได้ เช่นใน กรณีกล้องส่องตรวจภายในแบบ flexible endoscope และ laryngoscope

การทำให้ปราศจากเชื้อของวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือที่รูก้ำทางการแพทย์/ผ่าตัดอื่น ๆ ครอบคลุมวิธีการหลายอย่างที่แตกต่างกันและมีข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธี ประเภทของการทำให้ปราศจากเชื้อที่ใช้จะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่การทำให้ปราศจากเชื้อเกิดขึ้นและสิ่งที่จะถูกทำให้ปราศจากเชื้อ ตัวอย่างเช่น ความร้อนขึ้นในรูปแบบของไอน้ำ อิมัลชัน ภายใต้แรงดันมีการใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดและเชื่อถือได้มากที่สุด อย่างไรก็ตามการนิ่งทำให้ปราศจากเชื้อ สามารถใช้ในรายการที่ทนความร้อนและทนความชื้นได้เท่านั้น การทำให้ปราศจากเชื้อที่อุณหภูมิต่ำเป็นที่นิยมมาก ที่สุดที่ใช้สำหรับการทำให้ปราศจากเชื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ที่มีความอ่อนไหวต่ออุณหภูมิและความชื้น การทำให้ปราศจากเชื้อโดยวิธีแฟลช (หรือเรียกว่า IUSS-การนิ่งทำให้ปราศจากเชื้อที่ต้องใช้ในทันที) ถูกนำมา ใช้ในสถานการณ์ที่มีเวลาไม่เพียงพอที่จะฆ่าเชื้อ ในรายการที่ใช้วิธีการบรรจุด้วยไอน้ำอิมัลชันภายใต้แรงดัน

โรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติในวิชาชีพสำหรับเทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับประเภทของสถานการณ์ในการทำให้ปราศจากเชื้อตลอดจนเหมาะสมกับอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่มีการทำให้ปราศจากเชื้อ (ดู PCI.8, ME 5 ร่วมด้วย)

การทำความสะอาด การจัดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อสามารถทำในพื้นที่ทำให้ปราศจากเชื้อส่วนกลางหรือในพื้นที่อื่น ๆ ของโรงพยาบาลที่มีการกำกับดูแลที่เหมาะสม เช่น คลินิกโรคระบบทางเดินอาหารหรือส่องกล้อง 6.9-11 มีการดำรงรักษาวิธี การทำความสะอาด การจัดเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อด้วยมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะดำเนินการที่ไหนในโรงพยาบาล (ดู ACC.6 ร่วมด้วย)

มันเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บุคลากรที่ทำหน้าที่ทำความสะอาด จัดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ ทางทางการแพทย์/การผ่าตัด ได้รับการปฐมนิเทศ การฝึกอบรมและมีความสามารถในการปฏิบัติการทำงานทำความสะอาด จัดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ และได้รับการกำกับดูแลที่เหมาะสม

เพื่อป้องกันการปนเปื้อน เวชภัณฑ์ที่ผ่านการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อแล้วถูกเก็บไว้อย่างเหมาะสมในพื้นที่จัดเก็บที่กำหนดที่สะอาดและแห้งรวมทั้งปกป้องจากฝุ่นละออง ความชื้นและอุณหภูมิที่ลดลง จะเป็นการดีที่เวชภัณฑ์ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อจะถูกเก็บแยกต่างหากจากเวชภัณฑ์ที่สะอาด มีการจำกัดการเข้าถึงพื้นที่จัดเก็บ บางรายการต้องที่มีการจัดเชื้อต้องกำหนดโดยใช้หลักการของการอบแห้งและการเก็บรักษาที่จำเพาะเจาะจงเพื่อให้ แน่ใจว่าการจัดเชื้อสมบูรณ์และทั่วถึง ยกตัวอย่างเช่น การจัดเชื้อต่อไปนี กล้องส่องตรวจภายใน (endoscope) จะต้องสามารถที่จะแขวนได้อย่างอิสระโดยไม่สัมผัสกับพื้นเพื่อป้องกันไม่ให้การเก็บสะสมของเหลวในด้านล่างของกล้อง

วัสดุทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (สายน้ำเกลือ สายสวน ไหมเย็บและวัสดุทางการแพทย์อื่น ๆ) จะต้องประทับวันหมดอายุ เมื่อวันหมดอายุบนวัสดุเหล่านี้ได้ผ่านไป ผู้ผลิตที่ไม่ได้รับประกันความปราศจากเชื้อ ความปลอดภัยหรือเสถียรภาพของรายการดังกล่าว วัสดุบางชนิดมีคำประกาศที่ระบุว่าสิ่งที่บรรจุภายในจะปราศจากเชื้อตราบนที่บรรจุภัณฑ์เป็นเหมือนเดิม นโยบายการระบุกระบวนการในการสร้างความมั่นใจในการจัดการวัสดุที่หมดอายุอย่างเหมาะสม

หมายเหตุ: ทำความสะอาดและจัดเชื้อเพิ่มเติมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ อุปกรณ์ เครื่องมือและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/การผ่าตัดที่ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องแยกโรค ถือเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.7

- ☐ 1. โรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติในวิชาชีพสำหรับเทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อที่ดีที่สุดเหมาะสมกับประเภทของสถานการณ์การทำให้ปราศจากเชื้อและเครื่องมือรวมทั้งเวชภัณฑ์ที่ได้รับการทำให้ปราศจากเชื้อ (ดู PCI.5, ME 3 และ 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติในวิชาชีพสำหรับการจัดเชื้อในระดับต่ำและสูงที่ดีที่สุดเหมาะสมกับประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีการจัดเชื้อ (ดู GLD.7, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. บุคลากรที่ทำหน้าที่ทำความสะอาด จัดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ อุปกรณ์ เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์/การผ่าตัดได้รับการปฐมนิเทศ ฝึกอบรมและมีความสามารถในการทำความสะอาด การจัดเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อและได้รับการกำกับดูแลที่เหมาะสม . (ดู GLD.4, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. วิธีการทำความสะอาด การจัดเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อทางการแพทย์/ผ่าตัด มีการนำไปใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโรงพยาบาล
- ☐ 5. เวชภัณฑ์ที่ผ่านการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อแล้วถูกเก็บไว้อย่างเหมาะสมในพื้นที่จัดเก็บที่กำหนดที่สะอาดและแห้งรวมทั้งปกป้องจากฝุ่นละออง ความชื้นและอุณหภูมิที่สดชื่น (ดู ACC.6 ร่วมด้วย)
- ☐ 6. โรงพยาบาลดำเนินการกระบวนการที่สอดคล้องกับกฎหมายและกฎระเบียบท้องถิ่นรวมถึงมาตรฐานในวิชาชีพที่ระบุกระบวนการสำหรับการจัดการเวชภัณฑ์หมดอายุ (ดู ACC.6; GLD.2, ME 5 และ GLD.7, ME 3 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน PCI.7.1

โรงพยาบาลระบุและดำเนินการกระบวนการในการจัดการ สำหรับการนำวัสดุที่ผลิตเพื่อใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำเมื่อกฎหมายและระเบียบข้อบังคับอนุญาต[®]

เจตจำนงของ PCI.7.1

อุปกรณ์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียว (single-use device) บางชิ้นอาจนำมาใช้ซ้ำได้ภายใต้สถานการณ์เฉพาะ. มีความเสี่ยงสองประการในการนำอุปกรณ์ดังกล่าวมาใช้ซ้ำ คือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และเสี่ยงที่อุปกรณ์ดังกล่าวอาจทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์หรือไม่เป็นที่ยอมรับหลังจากนำไปทำให้ปราศจากเชื้อซ้ำ เมื่อมีการนำอุปกรณ์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ โรงพยาบาลต้องมีนโยบายแนะนำการนำมาใช้ซ้ำ (ดู ACC.6ร่วมด้วย) นโยบายสอดคล้องกับกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วยการระบุสิ่งต่อไปนี้ กระบวนการในการระบุเมื่ออุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวจะไม่ปลอดภัยหรือความเหมาะสมสำหรับการใช้ซ้ำ

- a) อุปกรณ์และวัสดุที่ห้ามนำมาใช้ซ้ำ
- b) มีกระบวนการในการระบุเมื่ออุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวจะไม่ปลอดภัยหรือเหมาะสมสำหรับการใช้ซ้ำ
- c) กระบวนการทำความสะอาดอุปกรณ์ซึ่งเริ่มต้นที่หลังการใช้ และปฏิบัติตามระเบียบวิธีที่ชัดเจน
- d) การระบุผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่นำมาใช้ซ้ำ
- e) การประเมินเชิงรุกในด้านความปลอดภัยของการนำรายการที่ใช้ครั้งเดียวมาใช้ซ้ำ

โรงพยาบาลละวัสดุที่นำมาใช้ซ้ำเพื่อค้นหาความเก็บข้อมูลการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์. เสี่ยงและดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงและพัฒนา

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.7.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลระบุวัสดุอุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวที่อาจนำมาใช้ซ้ำ
- ☐ 2. มีกระบวนการในการระบุเมื่ออุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวจะไม่ปลอดภัยหรือเหมาะสมสำหรับการใช้ซ้ำ
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีระเบียบการที่ชัดเจนสำหรับการทำความสะอาด ทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อตามความเหมาะสมสำหรับอุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวแต่ละชนิดที่นำมาใช้ซ้ำใช้
- ☐ 4. กระบวนการทำความสะอาดสำหรับอุปกรณ์แต่ละชนิดให้ปฏิบัติตามระเบียบการแต่ละชนิด
- ☐ 5. โรงพยาบาลระบุผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่นำมาใช้ซ้ำ
- ☐ 6. เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์แบบใช้ครั้งเดียวนำมาใช้ซ้ำ ผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์เหล่านี้มีการติดตามและการวิเคราะห์ผลการดำเนินการที่ใช้ มีการระบุและดำเนินการปรับปรุง (ดู QPS.8 ร่วมด้วย)

ขยะติดเชื้อ

มาตรฐาน PCI.7.2

โรงพยาบาลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วยการจัดการขยะที่เหมาะสม

เจตจำนงของ PCI.7.2

โรงพยาบาลเป็นแหล่งกำเนิดขยะจำนวนมากในแต่ละวัน บ่อยครั้งที่ขยะดังกล่าวเป็น หรือสามารถเป็นขยะติดเชื้อ ดังนั้นการกำจัดขยะที่เหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ (ดู ACC.6 ร่วมด้วย) เช่นเดียวกันกับความเหมาะสมในการกำจัดสารคัดหลั่งและวัสดุที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง การกำจัดเลือดและส่วนประกอบของเลือด และการกำจัดของเสียจากศพและบริเวณที่ชันสูตรศพ (ถ้ามี) (ดู AOP.5.3.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.7.2

- ☐ 1. มีการบริหารจัดการการกำจัดขยะติดเชื้อและสารคัดหลั่งเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ. (ดู FMS.5.1, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีการบริหารจัดการการหีบห่อสัมผัสและกำจัดเลือดและส่วนประกอบของเลือดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
- ☐ 3. มีการบริหารจัดการปฏิบัติการของห้องเก็บศพและบริเวณที่ชันสูตรศพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

มาตรฐาน PCI.7.3

โรงพยาบาลดำเนินการปฏิบัติสำหรับการจัดการความปลอดภัยลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและติดเชื้อจากการหีบห่อสัมผัสตลอดจนถึงการบริหารจัดการของมีคมและเข็ม (P)

เจตจำนงของ PCI.7.3

หนึ่งในอันตรายของการบาดเจ็บจากเข็มที่มีโอกาสติดเชื้อจากเลือด การกำจัดเข็มและของมีคมที่ไม่ถูกต้องก่อให้เกิดความท้าทายด้านความปลอดภัยต่อบุคลากรที่สำคัญ การปฏิบัติงานที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงของการบาดเจ็บและความเสี่ยงที่อาจเกิดการติดเชื้อ การระบุและการดำเนินการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากของมีคมและเข็ม เพื่อให้แน่ใจว่าการได้รับการบาดเจ็บดังกล่าวมีน้อย โรงพยาบาลจำเป็นต้องให้บุคลากรที่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปลอดภัยและการจัดการของมีคมและเข็ม การกำจัดของมีคมและเข็มอย่างเหมาะสม ยังช่วยลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บและการสัมผัส การกำจัดที่เหมาะสมรวมถึงการใช้ภาชนะบรรจุที่สามารถปิดได้, ป้องกันการทิ่มทะลุ, ป้องกันการรั่วทั้งด้านข้างและด้านล่าง ภาชนะบรรจุบุคลากรควรจะสามารถเข้าถึงได้อย่างง่ายและไม่ควรทิ้งเข็มจนสั้น การทิ้งเข็ม มีดผ่าตัดและ ของมีคม อื่น ๆ เมื่อทิ้งไม่เหมาะสมสามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพกับประชาชนทั่วไปและผู้ที่ทำงานในการจัดการขยะได้ การทิ้งเข็มลงมหาสมุทร ตัวอย่าง สามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสาธารณะได้ถ้าภาชนะเปิดออก โรงพยาบาลกำจัดเข็มและของมีคมอย่างปลอดภัย หรือทำสัญญากับแหล่งที่มั่น ใจว่าสามารถกำจัดภาชนะบรรจุของมีคมในบริเวณที่จัดไว้สำหรับขยะอันตรายโดยเฉพาะ หรือตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศ โรงพยาบาลดำเนินการตามนโยบายทุกชั้นตอนอย่างเหมาะสมในกระบวนการตั้งแต่ ระบุประเภทอย่างเหมาะสม และการใช้ภาชนะจัดเก็บ การกำจัดภาชนะ และการเฝ้าระวังกระบวนการกำจัด(ดู ACC.6ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.7.3

- ☐ 1. โรงพยาบาลระบุและนำไปปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและติดเชื้อจากการหยิบจับสัมผัส ตลอดจนจนถึงการบริหารจัดการของมีคมและเข็ม
- ☐ 2. ของมีคมและเข็มถูกจัดเก็บในภาชนะที่จัดไว้เฉพาะ, สามารถปิดได้, ป้องกันการทิ่มทะลุ, ป้องกันการรั่ว และไม่นำมาใช้ซ้ำ
- ☐ 3. โรงพยาบาลกำจัดเข็มและของมีคมอย่างปลอดภัย หรือทำสัญญากับแหล่งที่มั่น ใจว่าสามารถกำจัดภาชนะบรรจุของมีคมในบริเวณที่จัดไว้สำหรับขยะอันตรายโดยเฉพาะ หรือตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบข้อบังคับของประเทศ.

บริการอาหาร

มาตรฐาน PCI.7.4

โรงพยาบาลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้านบริการอาหาร

เจตจำนงของ PCI.7.4

การควบคุมด้านวิศวกรรม เช่น ระบบหมุนเวียนอากาศความดันบวก (positive ventilation system), ตู้ดูดอากาศปราศจากเชื้อในห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าของหน่วยทำความเย็น และเครื่องทำน้ำร้อนในการทำให้จานและอุปกรณ์ในครัวปราศจากเชื้อ เป็นตัวอย่างของบทบาทสำคัญที่มาตรฐานและการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมมีส่วนต่อสุขภาพที่ดีและการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในองค์กร.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.7.4

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดเก็บอาหารและ ผลิตภัณฑ์ทางโภชนาการ โดยใช้หลักสุขาภิบาลอาหาร อุณหภูมิ แสง ความชื้น การระบายอากาศและปลอดภัยในลักษณะที่ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- ☐ 2. โรงพยาบาลเตรียมอาหารและผลิตภัณฑ์ทางโภชนาการ โดยใช้สุขาภิบาลอาหารและอุณหภูมิที่เหมาะสม
- ☐ 3. มาตรการสุขาภิบาลห้องครัวได้รับการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน

ความเสี่ยงจากการก่อสร้าง

มาตรฐาน PCI.7.5

โรงพยาบาลลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอาคารสถานที่ เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องกลและวิศวกรรม และ ระหว่างการรื้อถอน ก่อสร้าง และปรับปรุง

เจตจำนงของ PCI.7.5

การควบคุมวิศวกรรม เช่น ระบบหมุนเวียนอากาศความดันบวก ตู้ดูดอากาศปราศจากเชื้อในห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้าของหน่วยทำความเย็น และ เครื่องทำน้ำร้อนในการทำให้จานและอุปกรณ์ในครัวปราศจากเชื้อ เป็นตัวอย่างที่สำคัญ ด้านมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงของการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การรื้อถอน การก่อสร้างหรือปรับปรุงที่ได้เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล อาจจะเป็นความเสี่ยงที่สำคัญด้านการควบคุม การติดเชื้อ การสัมผัสกับฝุ่นละอองและเศษก่อสร้าง เสียง การสั่นสะเทือนและ อันตรายอื่น ๆ สามารถที่อาจเป็น อันตรายการทำงานของปอด และความปลอดภัยของบุคลากรและผู้มาเยี่ยมเยือน โรงพยาบาล ใช้เกณฑ์ความเสี่ยง พิจารณาผลกระทบของการปรับปรุงหรือการก่อสร้างต่อความต้องการคุณภาพอากาศ การควบคุมการติดเชื้อ ความต้องการสาธารณสุขโรค เสียง การสั่น สะเทือน และหัตถการฉุกเฉิน(ดู FMS.4, ME 3 and FMS.4.2.1 ร่วม ด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.7.5

- ☐ 1. การควบคุมทางวิศวกรรมนำลงสู่การปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีการพัฒนาแผนงาน ที่ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงที่จะประเมินผลกระทบของการปรับปรุงหรือการ ก่อสร้างใหม่และมีการนำแผนงานลงสู่การปฏิบัติ เมื่อการรื้อถอนการก่อสร้างหรือปรับปรุงใช้สถานที่
- ☐ 3. มีการประเมินและจัดการความเสี่ยงและผลกระทบจากการรื้อถอน ปรับปรุงหรือก่อสร้าง ในเรื่องคุณภาพ ของอากาศและกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ดู FMS.4.2.1 ร่วมด้วย)

การแพร่กระจายเชื้อ

มาตรฐาน PCI.8

โรงพยาบาลจัดให้มีมาตรการป้องกันทางกายภาพ (barrier precautions) และระเบียบปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยเพื่อปกป้องผู้ป่วย ผู้มาเยือน และบุคลากรจากโรคติดต่อ รวมถึงปกป้องผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมิให้เกิดการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว (P)

มาตรฐาน PCI.8.1

โรงพยาบาลจัดทำกระบวนการจัดการกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซึ่งแพร่กระจายทางอากาศที่มาพร้อมกันคราวละมาก ๆ ในช่วงเวลาสั้นเมื่อไม่มีห้องความดันลบ (P)

เจตจำนงของ PCI.8 และ PCI.8.1

โรงพยาบาลจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติสำหรับการแยกผู้ป่วยและมาตรการป้องกันทางกายภาพในโรงพยาบาล มาตรการเหล่านี้กำหนดบนพื้นฐานของวิธีการแพร่กระจายของเชื้อโรค พิจารณาผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งอาจจะแพร่เชื้อสู่สิ่งแวดล้อม (ดู COP.3ร่วมด้วย)

ห้องแยกโรคการป้องกันการติดเชื้อที่แพร่กระจายทางอากาศ (AIIR) มีความจำเป็นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่สามารถลอยตัวอยู่ในอากาศเป็นเวลานาน สถานที่ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อทางอากาศคือห้องความดันลบ เมื่อโครงสร้างของอาคารไม่สามารถจัดสร้างห้องความดันลบได้ โรงพยาบาลอาจจัดห้องแยกโรคแรงดันลบชั่วคราว (TNPI) เมื่อผู้ป่วยที่แพร่กระจายทางอากาศต้องการใช้และห้องAIIRไม่พร้อมใช้หรือมีไม่เพียงพอ อาจเกิดขึ้นได้เมื่อมีการระบาดของโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายทางอากาศในผู้ป่วยโรคติดต่อจำนวนมาก ทั้งสองระบบมีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับการสร้างห้องแยกโรคแรงดันลบชั่วคราว (TNPI) ระบบหมุนเวียนอากาศผ่านระบบกรองอนุภาคที่มีประสิทธิภาพสูง (HEPA high-efficiency particulate air) ที่ทั้งปล่อยอากาศออกไปข้างนอกหรือปล่อยอากาศจะกลับเข้ามาในระบบ การใช้ห้องแยกโรคแรงดันลบชั่วคราว (TNPI) ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่ยอมรับได้และต้องเป็นไปตามอาคารและโค้ดอัคคีภัย

โรงพยาบาลมีแผนงานระบุแผนที่จะจัดการกับผู้ป่วยซึ่งมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในช่วงเวลาสั้น เมื่อห้องความดันลบไม่พร้อมใช้ตลอดจนเมื่อมีผู้ป่วยโรคติดต่อเข้ามาจำนวนมากพร้อม ๆ กัน

การทำความสะอาดห้องระหว่างที่ผู้ป่วยพักอยู่และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.8

- ☐ 1. มีการแยกผู้ป่วยที่ทราบหรือสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อ ตามแนวทางที่แนะนำไว้ (ดู ACC.6 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. แยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อจากผู้ป่วยและบุคลากรซึ่งมีความเสี่ยงสูงเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำหรือเหตุอื่น ๆ (ดู ACC.1.1ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ห้องแรงดันลบมีการตรวจสอบเป็นประจำและ สามารถใช้ได้สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่ต้องการแยกสำหรับการติดเชื้อในอากาศ
- ☐ 4. เมื่อห้องแรงดันลบไม่พร้อมใช้ทันที ห้องแรงดันลบชั่วคราวต้องปฏิบัติตามแนวทางที่ยอมรับและเป็นไปตามอาคารและควรมีโค้ดอัคคีภัย (ดู PCI.8.2ร่วมด้วย)
- ☐ 5. การทำความสะอาดห้องระหว่างที่ผู้ป่วยพักอยู่และหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ.(ดู PCI.3, ME 2 and PCI.7ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.8.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลกระบวนการจัดการกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อซึ่งแพร่กระจายทางอากาศในช่วงเวลาสั้นเมื่อห้องความดันลบไม่พร้อมใช้และมีการนำลงสู่การปฏิบัติ (ดู PCI.8.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โรงพยาบาลกระบวนการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยโรคติดต่อมาพร้อมกันคราวละมาก ๆ และมีการนำลงสู่การปฏิบัติ (ดู PCI.8.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. บุคลากรได้รับความรู้ในการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อมาพร้อมกันคราวละมาก ๆ หรือ เมื่อห้องความดันลบไม่พร้อมใช้

มาตรฐาน PCI.8.2

โรงพยาบาลพัฒนา ดำเนินการและทดสอบแผนงานการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินเพื่อตอบสนองต่อโรคติดต่อระดับ โลก ¹⁶

เจตจำนงของ PCI.8.2

โลกาภิวัตน์ของสังคมได้เพิ่มขึ้นน่าจะเป็นของการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของโรคติดต่อจากประเทศหนึ่งไปยังประเทศอื่น ๆ โรคติดเชื้อที่ก่อนหน้านี้เป็นโรคประจำถิ่นเฉพาะพื้นที่เท่านั้นแต่ในขณะนี้จะพบได้ทั่วทุกมุมโลก มีการ ระบุโดยองค์การอนามัยโลกถึงความสำคัญของการตรวจพบการระบาดของโรคติดต่อในช่วงต้นสามารถหยุด การ เสียชีวิต การแพร่กระจายและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น องค์ประกอบสำคัญในการตรวจพบและจำกัดการ แพร่กระจาย ของเชื้อ ครอบคลุมการติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานของรัฐในระดับท้องถิ่นและระดับภูมิภาคหรือ ศูนย์ ความเป็นเลิศ ของมหาวิทยาลัยที่เข้าร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังทั่วโลกที่มีการระบุและติดตามการติดเชื้อที่ เกิดขึ้นใหม่ทั่วโลก ตัวอย่างของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการสาธารณสุข แห่งสหราชอาณาจักร สถาบันปาสเตอร์ของฝรั่งเศสและเครือข่ายปฏิบัติการฝึกอบรมระบาดวิทยาและสาธารณสุข (TEPHINET) และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐฯ นอกจากนี้องค์กรต้องติดต่อกับกรมระบาดวิทยาของ หน่วยงานสาธารณสุขใน ท้องถิ่นของตนเมื่อเป็นไปได้ ¹⁷

มันเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ความรู้แก่บุคลากรในการรับรู้ในช่วงต้นรวมทั้งผู้ที่บุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ได้ดูแล ผู้ป่วยแต่มีการติดต่อครั้งแรกกับผู้ป่วย เช่น เจ้าหน้าที่ลงทะเบียนเพียงแค่ว่าโรคติดต่ออาจจะมีการแพร่กระจายไม่ เพียงพอ หากบุคลากรยังไม่ได้รับการฝึกฝนให้รู้จักอาการและอาการแสดงและการดำเนิน การในช่วงต้น ขอบเขต ของ การสัมผัสและความเสี่ยงของการแพร่กระจายการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้ในช่วงต้นเป็น สิ่ง สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จุดแรกของผู้ป่วยเข้าสู่โรงพยาบาลเช่นแผนกฉุกเฉินหรือคลินิกผู้ป่วยนอก (ดู SQE.8.2.1 ร่วมด้วย)

เพื่อตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพต่อโรคติดต่อระดับโลกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โรงพยาบาลมีการพัฒนาแผนงาน การจัดการเหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นเหล่านี้ แผนงานมีกระบวนการในการ ¹⁸

- ☐ สื่อสารกับองค์กรที่เข้าร่วมในกิจกรรมการเฝ้าระวังทั่วโลก
- ☐ การพัฒนาและการดำเนินการกลยุทธ์คัดแยกและการแยกโรค (ดู PCI.8, ME 4 และ PCI.8.1, ME 1 ร่วม ด้วย)
- ☐ การฝึกอบรมรวมทั้งการสาธิตการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมต่อโรคติดเชื้อ
- ☐ การพัฒนาและการดำเนินกลยุทธ์การสื่อสาร และ

- ☐ การระบุและการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากร (ดู AOP.5.3.1 ร่วมด้วย)

แผนงานได้รับการทดสอบเป็นประจำทุกปีเพื่อให้แน่ใจว่าการตอบสนองที่เหมาะสมเมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจริง หากโรงพยาบาลประสบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง มีการกระตุ้นแผนงานและสรุปอภิปรายผลที่เหมาะสมหลังจากนั้น การแสดงให้เห็นดังกล่าวเทียบเท่ากับการทดสอบประจำปี การสรุปอภิปรายผลตามหลังการทดสอบประจำปีหรือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงสามารถระบุกระบวนการที่ล่อแหลมที่อาจจะต้องมีการประเมินผลอีกครั้งหนึ่ง

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.8.2

- ☐ 1. ผู้นำโรงพยาบาลร่วมกับผู้รับผิดชอบแผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในการพัฒนาและดำเนิน แผนงานเตรียมความพร้อมฉุกเฉินเพื่อตอบสนองต่อโรคติดต่อระดับโลกที่ครอบคลุมอย่างน้อย a) ถึง e) ในเจตจำนง (ดู FMS.6, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โรงพยาบาลระบุจุดแรกทีผู้ป่วยจะมาติดต่อ/เข้าสู่ระบบของโรงพยาบาลและมุ่งให้การศึกษาเกี่ยวกับการ รับรู้ตั้งแต่ต้นและดำเนินการอย่างรวดเร็ว .(ดู ACC.1.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. แผนงานทั้งหมดได้รับการทดสอบเป็นประจำทุกปี
- ☐ 4. ในบทสรุปของการทดสอบทุกครั้งมีการสรุปอภิปรายผลการทดสอบโดยละเอียด (ดู FMS.6, ME 5 ร่วม ด้วย)
- ☐ 5. การดำเนินการติดตามที่ระบุได้จากการทดสอบและการสรุปอภิปรายผลได้รับการนำไปพัฒนาและ ดำเนิน การ (ดู FMS.6, ME 6 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน PCI.9

มีถุงมือ หน้ากากปิดจมูกและปาก อุปกรณ์ป้องกันดวงตา อุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ สบู่ และน้ำยาฆ่าเชื้อพร้อมใช้ และ มีการใช้อย่างถูกต้องเมื่อมีข้อบ่งชี้[®]

เจตจำนงของ PCI.9

การทำความสะอาดมือ(เช่น ใช้เจลทำความสะอาดมือ เทคนิคป้องกันทางกายภาพ (เช่น การใช้เครื่องป้องกัน) และ การใช้น้ำยาทำลายเชื้อ เป็นเครื่องมือพื้นฐานสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม โรงพยาบาล ระบุสถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องป้องกัน เช่น หน้ากากปิดจมูกและปาก อุปกรณ์ป้องกันดวงตา เลือกกาวน์ หรือถุงมือ และจัดอบรมให้มีการใช้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างเช่น การใส่ถุงมือและอุปกรณ์ป้องกันใบหน้าเมื่อมีการดูแล เสนหะผู้ป่วย หรือการใส่ถุงมือ เลือกกาวน์ อุปกรณ์ป้องกันใบหน้า และหน้ากากปิดจมูกและปากที่เหมาะสม สำหรับแยกโรคในผู้ป่วยโรคติดต่อ มีสบู่เหลว น้ำยาทำลายเชื้อ และผ้าเช็ดมือหรือวิธีอื่นที่ทำให้มือแห้ง จัดไว้ใน บริเวณที่จำเป็นต้องมีการล้างมือและทำลายเชื้อ มันเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติตามแนวทาง ในการสร้างความ มั่นใจว่าอุปกรณ์ใส่สบู่เหลว ได้ทำความสะอาดอย่างดีก่อนเติมน้ำสบู่เหลว บุคลากรได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการ ปฏิบัติในการล้างมือ การทำลายเชื้อที่มือ หรือการทำลายเชื้อที่พื้นผิว รวมถึงการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย อย่าง ถูกต้อง(ดู IPSC.5 and ACC.6 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.9

- ☐ 1. โรงพยาบาลระบุสถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องป้องกันร่างกายและมั่นใจว่าอุปกรณ์พร้อมใช้ที่หน่วย งานที่มีความจำเป็น. (ดู FMS.5.1, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. บุคลากรได้รับความรู้ในการใช้เครื่องป้องกันร่างกาย อย่างถูกต้องในสถานการณ์เหล่านั้น(ดู FMS.5.1, ME 2 ร่วมด้วย)

- ☐ 3. โรงพยาบาลระบุสถานการณ์การทำลายเชื้อที่พื้นผิวมา นำลงสู่การปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ. (ดู PCI.7 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. มีสบู่เหลว น้ำยาทำลายเชื้อ และผ้าเช็ดมือหรือวิธีอื่นที่ทำให้มือแห้ง จัดไว้ในบริเวณที่จำเป็นต้องมีการล้างมือและทำลายเชื้อ (ดู IP5G.5, ME 3 ร่วมด้วย)

แผนงานการศึกษาและการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

มาตรฐาน PCI.10

มีการบูรณาการกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเข้ากับแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมของโรงพยาบาล ใช้ตัววัดเกี่ยวกับการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาสำหรับโรงพยาบาล

เจตจำนงของ PCI.10

โรงพยาบาลใช้สารสนเทศจากการเฝ้าวัด มาปรับปรุงกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และลดอัตราการติดเชื้อเนื่องจากบริการสุขภาพให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โรงพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลและสารสนเทศจากการวัดได้ดีที่สุดด้วยการทำความเข้าใจอัตราและแนวโน้มดังกล่าวในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกัน และส่งข้อมูลเข้าในฐานข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ กระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้รับการออกแบบเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในผู้ป่วย

ทุกหน่วยงาน บริการจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดลำดับตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล / และนอกจากนี้ยังเลือกจัดลำดับตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงระดับแผนก การบริการ สำหรับการติดเชื้อ / แผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.10

- ☐ 1. กิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อได้รับการบูรณาการเข้ากับแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล(ดู GLD.4 และ GLD.11, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ข้อมูลการเฝ้าติดตามได้รับการเก็บและวิเคราะห์สำหรับกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและครอบคลุมการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา (ดู PCI.6ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ข้อมูลการเฝ้าติดตามได้รับการใช้เพื่อประเมินผลและสนับสนุนการพัฒนาแก่แผนงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. (ดู QPS.8, ME 4ร่วมด้วย)
- ☐ 4. ข้อมูลการเฝ้าติดตามได้รับได้รับการบันทึกและรายงานผลการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะแก่คณะผู้ผู้นำไตรมาสถัดครั้ง (ดู GLD.4.1, ME 1 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน PCI.11

โรงพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้แก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้บริหารอื่น ๆ ตามข้อบังคับซึ่งได้มีการมีส่วนร่วมในการดูแล®

เจตจำนงของ PCI.11

โรงพยาบาลที่มีแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิผล จะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับแผนงานแก่บุคลากร เมื่อเริ่มปฏิบัติงานและต่อจากนั้นอย่างสม่ำเสมอ แผนงานให้ความรู้ครอบคลุมบุคลากรวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุนทั้ง ด้านคลินิกและมิใช่คลินิก รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว ผู้แทนการค้า และผู้มาเยือนอื่น ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การให้ความรู้ดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศแก่บุคลากรใหม่ และมีการฟื้นความรู้เป็นระยะ หรืออย่างน้อยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ ที่ชี้นำแผนงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ PCI.11

- ☐ 1. โรงพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากรและผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนที่เริ่มเข้าทำงานในโรงพยาบาล(ดู SQE.7 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. บุคลากรทุกคนได้รับการศึกษาอย่างต่อเนื่องและการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวโน้มที่เกิดขึ้นในการป้องกันการและควบคุมติดเชื้อ (ดู SQE.8 ,ME3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. โรงพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- ☐ 4. การคนพบและแนวโน้มจากกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพมีการสื่อสารให้บุคลากรทุกคนรับทราบ และรวมเป็นส่วนหนึ่งของการให้ความรู้บุคลากร

การกำกับดูแลกิจการ การนำและ ทิศทาง (GLD)

ภาพรวม

การให้การดูแลผู้ป่วยที่ดีเยี่ยมต้องมีผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ผู้นำที่มีประสิทธิภาพเริ่มต้นด้วยการทำความเข้าใจความรับผิดชอบ และอำนาจหน้าที่ต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลในองค์กร และวิธีการที่บุคคลเหล่านี้ทำงานร่วมกัน บรรดาผู้กำกับดูแล จัดการ และนำองค์กร เป็นทั้งผู้มีอำนาจและความรับผิดชอบ องค์กรคณะและแยกราชบุคคลมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ เป็นไปตามการประชุมความรับผิดชอบขององค์กรต่อประชากรผู้ป่วยที่จัดให้

เมื่อเวลาผ่านไป การนำที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้เอาชนะอุปสรรคและปัญหาการสื่อสารระหว่างหน่วยงานและบริการในองค์กร และองค์กรที่จะมีมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมากขึ้นอีก การบริการมีการบูรณาการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการจัดการคุณภาพและการปรับปรุงกิจกรรมตลอดทั่วทั้งองค์กรมีผลลัพธ์ในการปรับปรุงการรักษาผู้ป่วย

หมายเหตุ: ในมาตรฐาน GLD ทั้งหมด, มีการใช้คำศัพท์คำว่า *ผู้นำ (leaders)* เพื่อบ่งชี้ว่ามีบุคคลตั้ง แต่หนึ่งคนขึ้นไปที่มีภาระรับผิดชอบต่อความคาดหวังที่ปรากฏในมาตรฐาน. *คณะผู้นำ (Leadership)* ใช้เพื่อบ่งชี้ว่ากลุ่มของผู้นำมีการรับผิดชอบร่วมกันตามความคาดหวังที่ปรากฏในมาตรฐาน.

มาตรฐานในบทนี้ได้รับการแบ่งกลุ่มโดยการใช้ลำดับชั้นบังคับบัญชาของคณะผู้นำ (และแสดงให้เห็น ภาพในแผนภาพด้านล่าง):

ระดับที่ 1 : ผู้กำกับดูแลกิจการ

นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ (Governance refers to the Governing entity) อาจจะประกอบด้วยโครงสร้างในหลายลักษณะ. ยกตัวอย่างเช่น , *ผู้กำกับดูแลกิจการ* อาจจะเป็นกลุ่มบุคคล (เช่น คณะกรรมการชุมชน), เจ้าของตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป, หรือใน กรณีของโรงพยาบาลรัฐบาล, กระทรวงสาธารณสุข. บุคคล, นิติบุคคล, หรือกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบต่อ ข้อกำหนดที่ปรากฏใน GLD.1.1 ถือว่าเป็นภาระรับผิดชอบของ*นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ*ของโรงพยาบาล. ส่วนอื่นของมาตรฐานระบุความต้องการและความคาดหวังของ*นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ*คือ GLD.1 และ GLD.1.2

ระดับที่ 2 : ประธานฝ่ายบริหาร

ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับสูงสุด, โดยปกติใช้ศัพท์คำว่า *ประธานฝ่ายบริหาร (chief executive)*, คือ ตำแหน่งที่รับผิดชอบตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปโดยได้รับเลือกจากผู้กำกับดูแลกิจการเพื่อบริหารจัดการ งานในลักษณะประจำวันขององค์กรในงานประจำวัน. ตำแหน่งนี้ส่วนมากโดยปกติจะรับผิดชอบตำแหน่งโดย แพทย์ นักบริหาร, หรือ ทำงานทั้งสองอย่างด้วยกัน. ในศูนย์การศึกษาทางการแพทย์, คณะบดีของโรงเรียนแพทย์จะอยู่ที่ระดับบริหารนี้ในโรงพยาบาล. มาตรฐาน GLD.2 อธิบายความรับผิดชอบและความคาดหวังของประธานฝ่ายบริหาร

ระดับที่ 3 : คณะผู้นำโรงพยาบาล

มาตรฐานมอบความรับผิดชอบแก่ *คณะผู้นำ (Leadership) โรงพยาบาล* ในหลายลักษณะโดยมีเจตจำนงที่จะร่วมมือในการให้แนวทางแก่โรงพยาบาลเพื่อตอบสนองพันธกิจของตน. ที่พบบ่อยที่สุด, คณะ *ผู้นำโรงพยาบาล* ประกอบด้วย ประธานคณะบุคลากรสายแพทย์ (chief medical officer) ทำหน้าที่ เป็นตัวแทนของบุคลากรสายแพทย์ในโรงพยาบาล, ประธานคณะบุคลากรสายพยาบาล (chief nursing officer) ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของพยาบาลทุกระดับในโรงพยาบาล, ผู้บริหารระดับสูงและ บุคคลอื่น ๆ ที่โรงพยาบาลเลือก, เช่น ประธานบุคลากรด้านคุณภาพ (chief quality officer) หรือ รองประธานด้านทรัพยากรมนุษย์ (vice president of human resources). ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มี โครงสร้างองค์กรแตกต่างกัน, เช่น ฝ่าย (division) , คณะผู้นำอาจจะครอบคลุมผู้นำของฝ่ายเหล่านี้ ด้วย. แต่ละโรงพยาบาลระบุคณะผู้นำโรงพยาบาล, และมาตรฐาน GLD.3 จนถึง GLD.7.1 ได้อธิบาย ภาระรับผิดชอบของกลุ่มบุคคลนี้ไว้. GLD.8 ได้อธิบายความรับผิดชอบของบุคลากรสายคลินิก, แต่ อย่างไรก็ตามอาจจะจัดโครงสร้างที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ. ในศูนย์การศึกษาทางการแพทย์, ผู้นำด้านการฝึกอบรมทางการแพทย์และผู้นำด้านวิจัยทางคลินิกอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของคณะผู้นำของโรงพยาบาล.

ระดับที่ 4 : ผู้นำแผนก/บริการ

สำหรับการส่งมอบบริการทางคลินิกและการจัดการองค์กรประจำวันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมี ประสิทธิภาพ, บ่อยครั้งมากที่โรงพยาบาลจะแบ่งเป็นกลุ่มย่อยที่ทำงานร่วมกัน เช่น แผนก, บริการ หรือ หน่วยงาน, แต่ละส่วนอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ *ผู้นำแผนก/บริการ (department/service leader)*. มาตรฐาน GLD.8 จนถึง GLD.11.2 ได้อธิบายความคาดหวังของผู้นำแผนก/บริการเหล่านี้ไว้. โดยปกติ กลุ่มย่อยจะประกอบไปด้วยแผนกทางคลินิก เช่น อายุรกรรม, ศัลยกรรม, สูติกรรม, กุมารเวชกรรม, และ อื่น ๆ; การพยาบาลกลุ่มย่อยตั้งแต่หนึ่งกลุ่มขึ้นไป; บริการหรือแผนกวินิจฉัย เช่น รังสีวิทยา และ ห้องปฏิบัติการทางคลินิก; บริการเภสัชกรรม, ทั้งแบบรวมศูนย์และกระจายไปทั่วทั้งโรงพยาบาล; ตลอดจนถึงบริการสนับสนุน เช่น การขนส่ง, สังคมสงเคราะห์, การเงิน, จัดซื้อ, การบริหารจัดการอาคารสถานที่, และทรัพยากรมนุษย์, และอื่น ๆ. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สุดมักจะมีผู้จัดการภายในกลุ่ม ย่อยเหล่านี้ด้วย. ยกตัวอย่างเช่น, การพยาบาลอาจจะมีผู้จัดการห้องผ่าตัดคนหนึ่งและอีกคนสำหรับ บริการ

ผู้ป่วยนอก, แผนกอายุรกรรมอาจจะมีผู้จัดการของแต่ละหน่วยงานทางคลินิกที่ดูแลผู้ป่วย, และสำนักงานธุรกิจของโรงพยาบาลอาจจะมีผู้จัดการสำหรับหน้าที่ทางธุรกิจที่ต่างกัน เช่น ควบคุมเตียง, วาง บิล, จัดซื้อ และอื่น ๆ.



ท้ายที่สุด, มีข้อกำหนดในบท GLD ซึ่งแต่ละไปที่ผู้นำทุกระดับที่บรรยายไว้ด้านบน. ข้อกำหนดเหล่านี้ ปรากฏใน GLD.12 จนถึง GLD.19 และครอบคลุมวัฒนธรรมคุณภาพ, จริยธรรม และการฝึกอบรม ผู้ประกอบวิชาชีพ ให้บริการสุขภาพและการวิจัยเมื่อมีบริการ.

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านั้นจะมีการระบุสัญลักษณ์ (P) หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

การกำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาล

- GLD.1** มีการอธิบายโครงสร้างและสายบังคับบัญชาในการกำกับดูแลกิจการไว้ในธรรมนูญ, นโยบายและระเบียบปฏิบัติ หรือ เอกสารที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน. ⑤
- GLD.1.1** หน้าที่และภาระรับผิดชอบในการดำเนินการของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการได้รับการบรรยายไว้ในเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร. ⑤
- GLD.1.2** นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการให้ความเห็นชอบแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลรวม ถึงรับทราบและตอบสนองรายงานของแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ. ⑤
- GLD.2** ประธานฝ่ายบริหารทำหน้าที่ในการดำเนินการของโรงพยาบาลและการปฏิบัติตามกฎหมายและ ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง. ⑤
- GLD.3** คณะผู้นำโรงพยาบาลได้รับการระบุตัวและร่วมกันทำหน้าที่กำหนดพันธกิจของโรงพยาบาลตลอดจนจัดทำแผนงานและนโยบายที่จำเป็นเพื่อให้พันธกิจบรรลุผล.
- GLD.3.1** คณะผู้นำโรงพยาบาลระบุและวางแผนสำหรับประเภทของบริการทางคลินิกที่ถูกกำหนดเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลให้บริการ. ⑤
- GLD.3.2** คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล.
- GLD.3.3** คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ามีแผนงานที่เป็นแนวทางเดียวกันสำหรับการสรรหา, อ้างอิง, พัฒนาและให้การศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทุกคน.

คณะผู้นำโรงพยาบาลสำหรับคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย

- GLD.4** คณะผู้นำโรงพยาบาลวางแผนจัดทำ และ นำสู่ปฏิบัติซึ่ง ,แผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย.
- GLD.4.1** คณะผู้นำโรงพยาบาลสื่อสารสารสนเทศการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยไปยังนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการและบุคลากรของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ.
- GLD.5** ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลจัดลำดับความสำคัญซึ่งกระบวนการในภาพรวมระดับโรงพยาบาลที่จะมีการวัดผล ,กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมระดับโรงพยาบาลที่จะมีการนำสู่ปฏิบัติ ,และวิธีการที่จะวัดผลความสำเร็จของความพยายามเหล่านั้นในภาพรวมระดับโรงพยาบาล.

คณะผู้นำโรงพยาบาลสำหรับสัญญาจ้าง

- GLD.6** คณะผู้นำโรงพยาบาลมีการรับผิดชอบในการทบทวนคัดเลือก และเฝ้าติดตาม ,สัญญาจ้างเหมาด้านคลินิกหรือด้านอื่นที่ไม่ใช่คลินิก. ⑤
- GLD.6.1** คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าสัญญาจ้างเหมาและข้อตกลงอื่น ๆ ได้รับการรวมเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล.
- GLD.6.2** คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าผู้ประกอบวิชาชีพอิสระซึ่งมิได้เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลมีหลักฐานคุณสมบัติที่ถูกต้องสำหรับบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาล. ⑤

คณะผู้นำโรงพยาบาลสำหรับการตัดสินใจเรื่องทรัพยากร

GLD.7 คณะผู้นำโรงพยาบาลตัดสินใจเกี่ยวกับจัดซื้อหรือใช้ทรัพยากร—มนุษย์และทางเทคนิค—ด้วยการทำความเข้าใจนโยบายทางคุณภาพและความปลอดภัยของการตัดสินใจทั้งหลายเหล่านั้น.

GLD.7.1 คณะผู้นำโรงพยาบาลแสวงหารวมทั้งใช้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับความปลอดภัยของห่วงโซ่อุปทานสำหรับยา, เทคโนโลยีทางการแพทย์, และวัสดุภัณฑ์ เพื่อปกป้องผู้ป่วยและบุคลากรจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีเสถียรภาพ ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องและปลอม.

องค์การวิชาชีพของบุคลากรสายคลินิกและการรับผิดชอบ

GLD.8 ผู้นำด้านการแพทย์ การพยาบาล และผู้นำด้านอื่น ๆ ของบริการทางคลินิก วางแผนโครงสร้างองค์กรวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ และนำโครงสร้างดังกล่าวสู่การปฏิบัติ. (P)

การกำกับควบคุมแผนกและบริการของโรงพยาบาล

GLD.9 ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่าทำหน้าที่บริหารแต่ละแผนกหรืองานบริการในโรงพยาบาล. (P)

GLD.10 ผู้นำแผนก/บริการแต่ละแผนกกระบุบริการที่แผนกจะจัดให้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการประสานงานและบูรณาการบริการระหว่างแผนกหรืองานบริการอื่น. (P)

GLD.11 ผู้นำของแผนก/บริการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในระดับโรงพยาบาลและการเฝ้าติดตามตลอดจนการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่จำเพาะเจาะจงกับแผนก/บริการ

GLD.11.1 ตัววัดที่ถูกเลือกโดยผู้นำแผนก / บริการที่เกี่ยวข้องและนำไปใช้กับการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ พยาบาลและบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลทางคลินิกที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

GLD.11.2 ผู้บริหารแผนก/บริการเลือกและนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) วิธีทางคลินิก (clinical pathways) และ/หรือระเบียบวิธี (protocol) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลทางคลินิก. (P)

จริยธรรมองค์กรและทางคลินิก

GLD.12 คณะผู้นำโรงพยาบาลจัดทำกรอบการบริหารจริยธรรม ซึ่งส่งเสริมวัฒนธรรมการปฏิบัติและการตัดสินใจอย่างมีจริยธรรม เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบรรทัดฐานด้านธุรกิจ การเงิน จริยธรรม และกฎหมาย รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่ามีการปกป้องผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย. (P)

GLD.12.1 กรอบการบริหารจริยธรรมขององค์กรประกอบด้วย การตลาด การรับผู้ป่วย การโอนย้ายผู้ป่วย และการจำหน่าย รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลความเป็นเจ้าของกิจการ ข้อมูลความขัดแย้งเชิงธุรกิจและวิชาชีพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย. (P)

GLD.12.2 กรอบการบริหารจริยธรรมขององค์กรสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลทางคลินิกและ บริการทั่วไปอย่างมีจริยธรรม. (P)

GLD.13 คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างและสนับสนุนแผนงานวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งโรงพยาบาล. (P)

GLD.13.1 คณะผู้นำโรงพยาบาลปฏิบัติ ติดตาม และดำเนินการปรับปรุงแผนงานสำหรับวัฒนธรรมของความปลอดภัยทั่วทั้งโรงพยาบาล

การฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและการวิจัยในมนุษย์

GLD.14 การศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพซึ่งจัดให้มีในโรงพยาบาล ได้รับแนวทางและข้อพิจารณาของเจ้าของ

แผนงานวิชาการและคณะผู้นำโรงพยาบาล.

GLD.15 การศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบและแนวทางของคณะผู้นำโรงพยาบาล. (P)

GLD.16 โรงพยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับวิธีการเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิกซึ่งกระทำในมนุษย์. (P)

GLD.17 โรงพยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงวิธีการที่ผู้ป่วยซึ่งสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก จะได้รับการคุ้มครอง.

GLD.18 การขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจะต้องกระทำก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก และการทดลองทางคลินิก. (P)

GLD.19 โรงพยาบาลมีคณะกรรมการหรือวิธีการอื่นที่จะกำกับดูแลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ทั้งหมดในองค์กร. (P)

มาตรฐาน เจตจำนง และ องค์ประกอบที่วัดได้

ผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาล

มาตรฐาน GLD.1

โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาลอธิบายไว้ในธรรมนูญองค์กร นโยบาย และระเบียบปฏิบัติหรือเอกสารที่มีลักษณะคล้ายกัน (P)

เจตจำนงของ GLD.1

มีนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ ตัวอย่างเช่น กลุ่มของบุคคล (เช่น คณะกรรมการอำนวยการหรือคณะกรรมการชุมชน) มีเจ้าของตั้งแต่หนึ่งบุคคลขึ้นไป ในกรณีของโรงพยาบาลของรัฐหลายแห่ง กระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลการดำเนินงานของโรงพยาบาลและมีภาระหน้าที่สำหรับการให้บริการดูแลสุขภาพที่โรงพยาบาลจัดให้ คณะผู้กำกับดูแลกิจการนี้เป็นผู้รับผิดชอบสำหรับข้อกำหนดที่พบใน GLD.1.1 โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของนิติบุคคลนี้ได้รับการอธิบายไว้ในธรรมนูญองค์กร นโยบาย และระเบียบปฏิบัติหรือเอกสารที่มีลักษณะคล้ายกันที่ระบุวิธีการที่ได้รับการดำเนินการ

มีการประเมินผลประจำปีของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ การประเมินผลประจำปีสามารถทำได้เรียบง่าย เช่น คำถามสามหรือสี่คำถามที่เกี่ยวข้องว่านิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการทำตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนหรือไม่ เช่น ที่อธิบายไว้ใน GLD.1.1 – การอนุมัติพันธกิจ แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติงานงบประมาณ เป็นต้น สามารถที่จะ ทำการสำรวจออนไลน์ง่ายๆ หรือ สามารถส่งคำถามเป็นไฟล์แนบผ่านทางอีเมลหรือทางไปรษณีย์ให้กับสมาชิกของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ

เมื่อโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในหลาย ๆ องค์กรที่ต้องไปรายงานนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ เช่น ในกรณีของกระทรวงสาธารณสุข (MOH) บางแห่งที่ทำหน้าที่เป็นนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ การได้รับการทบทวนและดำเนินการเกี่ยวกับรายงานของโครงการคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยอาจจะเป็นสิ่งที่ท้าทาย ในสถานการณ์เช่นนี้ โรงพยาบาล จะต้องมีความพยายามที่น่าเชื่อถือที่จะได้รับการป้อนข้อมูลที่จำเป็นและการดำเนินการจากนิติบุคคลผู้กำกับดูแล กิจการ ความพยายามที่น่าเชื่อถือนี้อาจมีความพยายามด้วยวิธีการต่าง ๆ หลายวิธี (เช่น โทรศัพท์ อีเมลล์ และ/หรือจดหมาย) พร้อมกับเอกสารของความพยายามและผลลัพธ์ของการสื่อสาร (ดู GLD.1.2 ร่วมด้วย)

มีการนำเสนอหรือแสดงนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาล ในแผนภูมิองค์กรหรือเอกสารอื่น ๆ ให้เห็นระดับของอำนาจหน้าที่และภาระหน้าที่

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.1

- ☐ 1. โครงสร้างของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาลได้รับการอธิบายไว้ในเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรโดยมีการระบุผู้ที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาล
- ☐ 2. มีการอธิบายอำนาจหน้าที่ของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาลไว้ในธรรมนูญองค์กร นโยบาย และระเบียบปฏิบัติหรือเอกสารที่คล้ายกัน

- ☐ 3. มีการประเมินผลการดำเนินงานประจำปีของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการและมีการบันทึกผลไว้
- ☐ 4. เอกสารอธิบายเวลาและวิธีการในการมอบอำนาจหน้าที่ของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการและผู้บริหารระดับสูง

มาตรฐาน GLD.1.1

ความรับผิดชอบและภาระหน้าที่ในการดำเนินงานของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการได้รับการอธิบายไว้ในเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร (P)

เจตจำนงของ GLD.1.1

ความรับผิดชอบและภาระหน้าที่ของนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการได้รับการอธิบายไว้ในเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ระบุวิธีการดำเนินการเพื่อให้โรงพยาบาลมีความเป็นผู้นำที่ชัดเจน ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และให้บริการ ดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพสูง นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการจะต้องปฏิบัติเต็มความรับผิดชอบของตน ความรับผิดชอบ เหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นระดับการอนุมัติครอบคลุม

- อนุมัติและทบทวนพันธกิจของโรงพยาบาลเป็นระยะและสร้างความมั่นใจว่าสาธารณชนตระหนักทราบถึงพันธกิจของโรงพยาบาล
- อนุมัติแผนกลยุทธ์และการดำเนินงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล รวมถึงนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นในการประกอบกิจการของโรงพยาบาลในประจำวัน
- อนุมัติการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในการศึกษาของวิชาชีพดูแลสุขภาพและในการวิจัยรวมถึงการกำกับดูแลของคุณภาพของแผนงานดังกล่าว (ดู GLD.14 และ GLD.15 ร่วมด้วย)
- อนุมัติหรือการให้ทุนและงบประมาณดำเนินงานรวมทั้งทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินงานโรงพยาบาลและเพื่อตอบสนองพันธกิจและแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล และ
- แต่งตั้งหรืออนุมัติผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลและทำการประเมินผลประจำปีของแต่ละบุคคลและบันทึกเป็นเอกสาร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.1.1

- ☐ 1. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอนุมัติ ทบทวนเป็นระยะ ๆ และประกาศถ้อยแถลงพันธกิจของโรงพยาบาล สู่สาธารณชน
- ☐ 2. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอนุมัติแผนกลยุทธ์และแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาลตลอดจนนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- ☐ 3. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอนุมัติเงินทุนและงบประมาณดำเนินงาน รวมทั้งจัดสรรทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นเพื่อตอบสนองพันธกิจของโรงพยาบาล (ดู COP.8, ME 2 PCI.4, ME 2 และ FMS.4.2, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอนุมัติการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในการศึกษาวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพและการวิจัยและการกำกับดูแลที่มีคุณภาพของแผนงานดังกล่าว
- ☐ 5. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการแต่งตั้งและประเมินผลผู้บริหารระดับสูงโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปีและมีการบันทึกผลประเมินเป็นเอกสาร

มาตรฐาน GLD.1.2

นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอนุมัติโครงการคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลและได้รับรายงานโครงการคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทั้งดำเนินการแก้ไข ⑥

เจตจำนงของ GLD.1.2

นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอนุมัติหรือจัดให้มีโครงการและนโยบายของโรงพยาบาลทั้งหมด รวมทั้งจัดสรรทรัพยากรเพื่อตอบสนองพันธกิจของโรงพยาบาล หนึ่งในภาระหน้าที่ที่สำคัญคือการดำเนินการตามความรับผิดชอบทั้งหมด ในลักษณะที่สนับสนุนการพัฒนายอย่างต่อเนื่องในด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย การลงทุนที่สำคัญใน ด้านคุณภาพจะต้องมีการวางแผน จัดให้มีทรัพยากรที่เพียงพอ และการเฝ้าติดตามความคืบหน้า ดังนั้นนิติบุคคล ผู้กำกับดูแลกิจการจะต้องอนุมัติโครงการคุณภาพเป็นประจำทุกปี และได้รับรายงานคุณภาพเป็นประจำ รายงาน โดยธรรมชาติสามารถเป็นภาพรวมทั้งหมดหรือมุ่งเน้นบริการเฉพาะทางคลินิก กลุ่มผู้ป่วย หรือ การดำเนินงาน ในบางแง่มุม ดังนั้นตลอดช่วงเวลาทุกแง่มุมของแผนงานคุณภาพรวมทั้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์ พึงสังวรจะได้รับการนำเสนอเป็นสารสนเทศและการอภิปรายผลให้นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการทราบ เมื่อผลการ อภิปรายให้มีการดำเนินการแก้ไข เช่น การจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม การดำเนินการเหล่านั้นจะถูกบันทึกในรายงาน การประชุมและมีการตรวจสอบอีกครั้งหนึ่งในการประชุมครั้งต่อไป

การได้รับการทบทวนและดำเนินการเกี่ยวกับรายงานของโครงการคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยจากนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอาจจะเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับโรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นหนึ่งในหลาย ๆ องค์ประกอบที่ต้องรายงานไปยังนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ เช่น ในกรณีของกระทรวงสาธารณสุข (MOH) ถ้านิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการยังคงไม่ตอบสนอง โรงพยาบาลแสดงความพยายามที่น่าเชื่อถือในการติดต่อกับกระทรวงสาธารณสุข ความพยายามที่น่าเชื่อถือครอบคลุมการติดต่อนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการหลายครั้งโดยวิธีการที่หลากหลาย (เช่น โทรศัพท์ อีเมลและ/หรือจดหมาย) พร้อมกับบันทึกความพยายาม/ผลลัพธ์ของการสื่อสาร (ดู GLD.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.1.2

- ☐ 1. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการอนุมัติโครงการคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลเป็นประจำ ทุกปี
- ☐ 2. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการได้รับและดำเนินการต่อรายงานของโครงการคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยรวมทั้งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์พึงสังวรอย่างน้อยทุกไตรมาส (ดู QPS.4.1, ME 5 FMS.3 และ FMS.10, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. รายงานการประชุมสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินการใด ๆ และติดตามการดำเนินการเหล่านั้น

การรับผิดชอบของประธานฝ่ายบริหาร

มาตรฐาน GLD.2

ประธานฝ่ายบริหารทำหน้าที่ในการดำเนินกิจการของโรงพยาบาลและการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง. ⑥

เจตจำนงของ GLD.2

การนำที่มีประสิทธิผลมีความจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดำเนินกิจการอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุพันธกิจของโรงพยาบาล. การนำคือสิ่งที่ผู้นำแต่ละคนร่วมกันอุปถัมภ์แก่โรงพยาบาลโดยแต่ละบุคคล และสามารถดำเนินการได้โดยไม่จำกัดจำนวนบุคคล.

ประธานฝ่ายบริหารมีหน้าที่ในการดำเนินกิจการที่เป็นงานประจำวันของโรงพยาบาลทั้งหมด. ครอบคลุมการ จัดหา และเก็บสำรองวัสดุที่จำเป็น ,การบริหารการเงิน ,การบำรุงรักษาอาคารสถานที่ ,การบริหารคุณภาพ, และหน้าที่รับผิดชอบอื่น ๆ. ความรู้และประสบการณ์ของบุคคลดังกล่าวตรงตามข้อกำหนดในคำบรรยาย ตำแหน่งงาน. ประธานฝ่ายบริหารร่วมมือกับคณะผู้นำโรงพยาบาลในการกำหนดพันธกิจขององค์กรและวาง แผนนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ และบริการด้านคลินิกที่เกี่ยวข้องกับพันธกิจนั้น., ประธานฝ่ายบริหารมีหน้าที่ นำนโยบายทั้งหมดที่ผ่านการเห็นชอบโดยองค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการไปสู่การปฏิบัติ และ สร้างความมั่นใจ ว่าบุคลากรของโรงพยาบาล ปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวทั้งหมด. (ดูบท QPS ร่วมด้วย)

ประธานฝ่ายบริหารมีหน้าที่รับผิดชอบสำหรับเรื่องต่อไปนี้ของโรงพยาบาล

- การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง;
- การตอบสนองต่อรายงานจากหน่วยงานตรวจสอบและควบคุม; และ
- กระบวนการบริหารและควบคุมทรัพยากรมนุษย์ ,การเงิน และทรัพยากรอื่น ๆ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.2

- ☐ 1. ความรู้และประสบการณ์ของประธานฝ่ายบริหารตรงตามข้อกำหนดในคำบรรยายตำแหน่งงาน.
- ☐ 2. ประธานฝ่ายบริหารจัดการกับการดำเนินกิจการที่เป็นงานประจำวันของโรงพยาบาลครอบคลุม ,หน้าที่รับผิดชอบที่ระบุไว้ในคำบรรยายตำแหน่งงาน.
- ☐ 3. ประธานฝ่ายบริหารเสนอแนะนโยบาย ,แผนกลยุทธ์ และงบประมาณต่อนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการ.
- ☐ 4. ประธานฝ่ายบริหารสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามนโยบายที่ได้รับการเห็นชอบ.
- ☐ 5. ประธานฝ่ายบริหารสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง. (ดู ACC.4.5, ME 6; ACC.4.5.1, ME 4; AOP.5, ME 1; AOP.6, ME 1; COP.9, ME 1; COP.9.2, ME 2; ASC.1, ME 4; MMU.1, ME 5; MMU.1.1, ME 2; MMU.5.2, ME 1; PCI.3, ME 1; PCI.7, ME 6; FMS.1, ME1; FMS.4.2, ME 1, FMS.5, ME 5; SQE.9, ME 2; SQE.9.1, ME 1; SQE.14, ME 2; SQE.16, ME 2; MOI.2, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 6. ประธานฝ่ายบริหารตอบสนองต่อรายงานทั้งหมดจากหน่วยงานตรวจสอบและควบคุม.(ดู PCI.3, MEs 3 and 4 and FMS.1, ME 3 ร่วมด้วย)

ภาระรับผิดชอบของคณะผู้นำโรงพยาบาล

มาตรฐาน GLD.3

คณะผู้นำโรงพยาบาลได้รับการระบุตัวและร่วมกันทำหน้าที่กำหนดพันธกิจของโรงพยาบาลตลอดจนจัดทำ แผนงาน และนโยบายที่จำเป็นเพื่อให้พันธกิจบรรลุผล.

เจตจำนงของ GLD.3

คณะผู้นำโรงพยาบาลมีที่มาจากหลายแหล่ง. นิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการกำหนดชื่อประธานฝ่ายบริหาร. ประธานฝ่ายบริหารอาจจะเสนอรายนามผู้อื่น ๆ เป็นคณะผู้นำโรงพยาบาล. คณะผู้นำโรงพยาบาลอาจจะมี ตำแหน่งที่เป็นทางการ, เช่น ผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ หรือ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลอาจจะเป็นผู้นำ , แผนกหรือบริการทางด้านคลินิกหรือด้านอื่นหรืออาจจะ ,เป็นที่ยอมรับอย่างไม่เป็นทางการเนื่องด้วยความอาวุโส ,ความมีชื่อเสียงหรือผลงานที่ทำให้แก่โรงพยาบาล. เป็นสิ่งสำคัญที่คณะผู้นำโรงพยาบาลจะได้รับการ ยอมรับและนำเข้าร่วมในกระบวนการกำหนดพันธกิจของโรงพยาบาล. โดยอาศัยพันธกิจดังกล่าวคณะ ,ผู้นำโรงพยาบาลทำงานด้วยกันและร่วมมือกันเพื่อจัดทำแผนงาน ,นโยบายและบริการที่จำเป็นต่อการบรรลุพันธกิจ. เมื่อมีการกำหนดพันธกิจและกรอบนโยบายโดยเจ้าของกิจการหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ,คณะผู้นำโรงพยาบาลทำงานร่วมมือกันเพื่อนำพันธกิจและนโยบายไปปฏิบัติ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.3

- ☐ 1. ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลได้รับการระบุตัวด้วยตำแหน่งและชื่อตลอดจน ,ภาระรับผิดชอบร่วมกันได้รับการอธิบายไว้ในเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร.
- ☐ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลทำหน้าที่กำหนดพันธกิจของโรงพยาบาล.
- ☐ 3. คณะผู้นำโรงพยาบาลทำหน้าที่กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อปฏิบัติตามพันธกิจ.
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่านโยบายและระเบียบปฏิบัติได้รับการปฏิบัติตาม.

มาตรฐาน GLD.3.1

คณะผู้นำโรงพยาบาลระบุและวางแผนสำหรับประเภทของบริการทางคลินิกที่ถูกกำหนดเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลให้บริการ. (P)

เจตจำนงของ GLD.3.1

บริการดูแลผู้ป่วยได้รับการวางแผนและออกแบบเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรผู้ป่วย. การดูแล และบริการที่จัดขึ้นได้รับการบันทึกและสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล. คณะผู้นำโรงพยาบาลกำหนด ร่วมกันกับผู้นำของแผนกและบริการทางคลินิกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลว่าบริการตรวจวินิจฉัย ,รักษา,ฟื้นฟูสุขภาพ และบริการอื่น ๆ ไດบ้างที่จำเป็นต่อประชากรผู้ป่วย. นอกจากนี้คณะผู้นำโรงพยาบาลยังวางแผนร่วม กับผู้นำแผนก/บริการถึงขอบเขตและความหนาแน่นของบริการต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลจัดให้ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม. คณะผู้นำโรงพยาบาลวางแผนและร่วมกับชุมชนท้องถิ่น และโรงพยาบาล ,อื่น ๆ ในการตอบสนองความต้องการดูแลสุขภาพของชุมชนเมื่อเป็นไปตามพันธกิจ. บริการได้รับการวางแผนที่สะท้อนทิศทางเชิงกลยุทธ์ ของโรงพยาบาลและมุมมองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยโรงพยาบาล.

การวางแผนบริการดูแลผู้ป่วยยังเกี่ยวข้องกับการที่คณะผู้นำโรงพยาบาลกำหนดชุมชนและประชากรผู้ป่วยของโรงพยาบาล, การระบุชุมชนที่ต้องการการบริการ, และการวางแผนการสื่อสารอย่างต่อเนื่องกับ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในชุมชน. (ดู PFR.1 ร่วมด้วย) การสื่อสารอาจจะโดยตรงไปยังแต่ละบุคคลหรือผ่านสื่อมวลชนและผ่านตัวแทนภายในชุมชนหรือไตรภาคี. ประเภทของสารสนเทศที่ได้รับการสื่อสารครอบคลุม

- สารสนเทศเกี่ยวกับบริการ, ชั่วโมงการทำงาน, และกระบวนการเพื่อเข้ารับการรักษา; และ
- สารสนเทศเกี่ยวกับคุณภาพของบริการซึ่งมีการจัดให้แก่ ,สาธารณะและแหล่งที่ส่งต่อ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.3.1

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลกำหนดและวางแผนร่วมกับผู้นำแผนก/บริการเกี่ยวกับประเภทการดูแลและบริการที่จัดให้โดยโรงพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วยที่ให้บริการโดยโรงพยาบาล. (ดู ACC.1, ME 1 และ ACC.2.2.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนของโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการดูแลและการเข้าถึงสารสนเทศเกี่ยวกับบริการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล. (ดู MOI.1, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. คณะผู้นำโรงพยาบาลให้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับคุณภาพบริการต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย. (ดู QPS.6, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลอธิบายและบันทึกการดูแลและบริการที่จัดให้มี.

มาตรฐาน GLD.3.2

คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั่วทั้งโรงพยาบาล. (P)

เจตจำนงของ GLD.3.2

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในโรงพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของคณะผู้นำโรงพยาบาล. ดังนั้นคณะผู้นำโรงพยาบาลต้องเข้าใจพลวัตของการสื่อสารระหว่างกลุ่มวิชาชีพ; ระหว่างหน่วยงานตามโครงสร้าง เช่น แผนก; ระหว่างกลุ่มวิชาชีพและมีวิชาชีพ; ระหว่างวิชาชีพสุขภาพกับฝ่ายบริหาร; ระหว่างวิชาชีพสุขภาพกับครอบครัว; และระหว่างวิชาชีพสุขภาพกับองค์กรภายนอก ยกตัวอย่างเช่น คณะผู้นำโรงพยาบาลไม่เพียงกำหนดพารามิเตอร์ของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นแบบอย่างในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในเรื่องของ พันธกิจ, กลยุทธ์, แผน และสารสนเทศที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของโรงพยาบาล. คณะผู้นำโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับความถูกต้องและความทันกาลของสารสนเทศที่มีการแลกเปลี่ยนและสื่อสารทั่วทั้งโรงพยาบาล.

เพื่อประสานและบูรณาการการดูแลผู้ป่วยคณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างวัฒนธรรมที่เน้นความร่วมมือและการสื่อสาร มีการใช้วิธีการที่เป็นทางการ (ยกตัวอย่างเช่น, การตั้งคณะกรรมการ, ทีมงานร่วม) และที่ไม่เป็นทางการ (ยกตัวอย่างเช่น, จดหมายข่าวและโปสเตอร์) สำหรับส่งเสริมการสื่อสารระหว่างบริการและบุคลากร แต่ละคน. การประสานงานบริการทางคลินิกมาจากความเข้าใจในพันธกิจและบริการของแต่ละแผนกตลอด จนความร่วมมือในการจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ใช้ร่วมกัน.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.3.2

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ามีกระบวนการพร้อมปฏิบัติสำหรับการสื่อสารสารสนเทศที่เกี่ยวข้องทั่วทั้งโรงพยาบาลในลักษณะที่ทันกาล. (ดู MOI.1, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างแผนกงานบริการ และบุคลากรแต่ละคนของสายงานคลินิกและนอกสายงานคลินิก. (ดู MOI.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. คณะผู้นำโรงพยาบาลสื่อสารวิสัยทัศน์, พันธกิจเป้าหมาย, นโยบาย, และแผนของโรงพยาบาล, แก่บุคลากร.

มาตรฐาน GLD.3.3

คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ามีแผนงานที่เป็นแนวทางเดียวกันสำหรับการสรรหา, อ้างอิง, พัฒนาและให้การศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรทุกคน.

เจตจำนงของ GLD.3.3

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขององค์กรมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความสามารถในการมุ่งใจและอ้างอิงซึ่งบุคลากรที่มีความสามารถ. คณะผู้นำโรงพยาบาลตระหนักว่าการอ้างอิงซึ่งบุคลากรก่อให้เกิดประโยชน์ใน ระยะยาวมากกว่าการสรรหาบุคลากร. การคงอยู่ของบุคลากรจะเพิ่มขึ้นเมื่อคณะผู้นำโรงพยาบาลสนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรผ่านการศึกษาต่อเนื่อง. ดังนั้น คณะผู้นำโรงพยาบาลวางแผนและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนงานและกระบวนการเกี่ยวกับการสรรหา, การอ้างอิง, การพัฒนาและการศึกษาต่อเนื่องในแต่ละประเภทของบุคลากรที่เป็นแนวทางเดียวกัน.(ดู SQE.2, ME 4 ร่วมด้วย) แผนงานสรรหาบุคลากรของโรงพยาบาลพิจารณาแนวทางที่มีการตีพิมพ์ เช่น World Health Organization, International Council of Nurses, and World Medical Association.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.3.3

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการสำหรับการสรรหาบุคลากร. (ดู SQE.2, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โรงพยาบาลจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการสำหรับการอ้างอิงรักษาบุคลากร.
- ☐ 3. โรงพยาบาลจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งกระบวนการสำหรับการพัฒนาบุคลากรและการศึกษาต่อเนื่อง. (ดู SQE.8, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. การวางแผนเกิดจากความร่วมมือของทุกแผนกและงานบริการในโรงพยาบาล.

คณะผู้นำโรงพยาบาลสำหรับคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย

มาตรฐาน GLD.4

คณะผู้นำโรงพยาบาลวางแผนจัดทำ และ นำสู่ปฏิบัติซึ่ง ,แผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย.

มาตรฐาน GLD.4.1

คณะผู้นำโรงพยาบาลสื่อสารสารสนเทศการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยไปยังนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการและบุคลากรของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ.

เจตจำนงของ GLD.4 and GLD.4.1

การนำและการวางแผนเป็นสิ่งจำเป็น ,หากโรงพยาบาลจะริเริ่มและอ้างอิงซึ่งการพัฒนาและลดความเสี่ยงต่อ ผู้ป่วยและบุคลากร. การนำและการวางแผนเริ่มมาจากองค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาล, ร่วมกับเหล่าผู้ที่บริหารและนำกิจกรรมด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการของโรงพยาบาลในงานประจำวัน. บุคคล เหล่านี้เป็นตัวแทนผู้นำแผนกและบริการของโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่ร่วมกัน. คณะผู้นำโรงพยาบาลมีหน้าที่ รับผิดชอบในการสร้างและจัดให้มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในความมุ่งมั่นขององค์กรต่อคุณภาพ. คณะผู้นำ โรงพยาบาลจัดทำแผนงานคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยเพื่อให้ผู้กำกับดูแลกิจการเห็นชอบและขัดเกลาวัฒนธรรมคุณภาพของ ,โรงพยาบาลผ่านวิสัยทัศน์และการสนับสนุนของผู้นำ. (ดู QPS.1 ร่วมด้วย)

คณะผู้นำโรงพยาบาลคัดเลือกวิธีการที่ใช้โดยโรงพยาบาลเพื่อวัด, ประเมิน และพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ผู้ป่วย. คณะผู้นำโรงพยาบาลยังต้องกำหนดวิธีการกำกับและจัดการแผนงานในงานประจำวันอีกด้วย ด้วย, เช่น แผนกคุณภาพ, และสร้างความมั่นใจว่าแผนงานมีทรัพยากรที่เพียงพอที่จะทำให้เกิดประสิทธิผล.

คณะผู้นำโรงพยาบาลยังต้องนำสู่ปฏิบัติซึ่งโครงสร้างและกระบวนการสำหรับการเฝ้าติดตามและประสานงาน แผนงานทั้งหมดทั่วทั้งโรงพยาบาลอีกด้วย. การดำเนินการเหล่านี้สร้างความมั่นใจในการประสานงานระหว่างแผนกและบริการทั้งหมดในการวัดผลและความพยายามในการพัฒนา. การประสานงานสามารถบรรลุผลด้วยสภา/คณะกรรมการบริหารคุณภาพ, หรือโครงสร้างบางอย่างอื่น ๆ. การประสานงานช่วยส่งเสริมแนวทางเชิงระบบเพื่อการเฝ้าติดตามคุณภาพและกิจกรรมการพัฒนาขณะเดียวกันลดความซ้ำซ้อนของความพยายาม; ยกตัวอย่างเช่น, แผนกสองแผนกมีการวัดกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่คล้ายกันโดยเป็นอิสระจากกัน. (ดู QPS.2 และ PCI.10, ME 1 ร่วมด้วย)

คณะผู้นำโรงพยาบาลยังต้องรับผิดชอบในการติดตามให้มีการเตรียมรายงานอย่างน้อยทุกไตรมาสเพื่อให้ผู้กำกับดูแลกิจการทบทวนและอภิปราย รวมทั้งรับผิดชอบในการตามดูว่ามาตรการแก้ไขของผู้กำกับดูแลกิจการ ที่สัมพันธ์กับรายงานแผนงานคุณภาพได้มีการดำเนินการตามนั้น. นอกจากรายงานรายงานด้านคุณภาพอย่างน้อยทุกไตรมาส ต่อนิติบุคคลผู้กำกับดูแลกิจการครอบคลุม

- จำนวนและประเภทของเหตุการณ์พึงสังวรและมูลเหตุที่เกี่ยวข้อง;
- การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ (ถ้ามี);
- การดำเนินการแก้ไขเพื่อพัฒนาความปลอดภัยในการตอบสนองต่อเหตุการณ์; และ
- การอ้างการพัฒนา (ถ้ามี).

การสื่อสารสารสนเทศเกี่ยวกับแผนงานการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น. ทางไหลของการสื่อสารด้านคุณภาพนี้ผ่านช่องทางที่มีประสิทธิผล, เช่น จดหมายข่าว, กระดานข่าว, การประชุมบุคลากร และ กระบวนการด้านทรัพยากรบุคคล. สารสนเทศสามารถเป็นเกี่ยวกับโครงการพัฒนาที่เริ่มใหม่หรือโครงการที่เพิ่งเสร็จสิ้น, ความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยสากล, ผลการวิเคราะห์เหตุการณ์พึงสังวรและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ หรือ , แผนงานวิจัยหรือ แผนงานวัดเปรียบเทียบสมรรถนะที่เกิดขึ้นล่าสุด, ฯลฯ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.4

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดทำและนำสู่ปฏิบัติซึ่งแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมระดับโรงพยาบาล.
- ☐ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลคัดเลือกและนำสู่ปฏิบัติซึ่งกระบวนการในภาพรวมระดับโรงพยาบาลเพื่อวัด, ประเมิน, ปรับเปลี่ยนแผน, และอ้างการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย, และจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพนี้.
- ☐ 3. คณะผู้นำโรงพยาบาลกำหนดวิธีการกำกับและจัดการแผนงานในงานประจำวันและสร้างความมั่นใจว่าแผนงานมีเทคโนโลยีและทรัพยากรอื่น ๆ เพียงพอที่จะเกิดประสิทธิผล.
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลนำสู่ปฏิบัติซึ่งโครงสร้างและกระบวนการสำหรับเฝ้าติดตามทั้งหมดและการประสานงานแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.4.1

- ❑ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลรายงานแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยต่อผู้กำกับดูแลกิจการทุกไตรมาส. (ดู QPS.8, ME 5 และ PCI.10 ME 4 ร่วมด้วย)
- ❑ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลรายงานไปยังผู้กำกับดูแลกิจการครอบคลุม, อย่างน้อยทุกไตรมาส, เกี่ยวกับจำนวนและประเภทของเหตุการณ์พึงสังวรและมูลเหตุ, การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (ถ้ามี), การดำเนินการที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาความปลอดภัยในการตอบสนองต่อเหตุการณ์พึงสังวร, และ การอ้างคุณภาพ (ถ้ามี) (ดู QPS.7 ร่วมด้วย)
- ❑ 3. สารสนเทศเกี่ยวกับแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยได้รับการสื่อสารไปยังบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ, ครอบคลุมความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล. (ดู QPS.5, ME 5 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน GLD.5

ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลจัดลำดับความสำคัญซึ่งกระบวนการในภาพรวมระดับโรงพยาบาลที่จะมีการวัดผล, กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวมระดับโรงพยาบาลที่จะมีการนำสู่ปฏิบัติ, และวิธีการที่จะวัดผลความสำเร็จของความพยายามเหล่านั้นในภาพรวมระดับโรงพยาบาล.

เจตจำนงของ GLD.5

เนื่องจากข้อจำกัดในด้านอัตรากำลังและทรัพยากร, ทุกกระบวนการในโรงพยาบาลจึงไม่สามารถทำการวัด และพัฒนาได้ในเวลาเดียวกันทั้งหมด. ดังนั้นหน้าที่หลักของคณะผู้นำโรงพยาบาลคือกำหนดลำดับความสำคัญในการวัดและการพัฒนาภาพรวมในระดับโรงพยาบาล. ทั้งหลายเหล่านี้คือความพยายามในการวัดและ การพัฒนาที่มีผลกระทบหรือสะท้อนกิจกรรมในหลายแผนกและบริการ. คณะผู้นำโรงพยาบาลจัดให้มีจุดเน้น สำหรับกิจกรรมการวัดและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล, ครอบคลุมการวัดและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยสากลอย่างครบถ้วนของโรงพยาบาล. การลำดับความสำคัญอาจจะเน้นไป ที่การบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์; ยกตัวอย่างเช่น, เพื่อกลายเป็นผู้นำศูนย์การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งในระดับ ภูมิภาค. คล้ายกันนี้, คณะผู้นำโรงพยาบาลอาจจะให้ลำดับความสำคัญต่อโครงการที่เพิ่มประสิทธิภาพ, ลดอัตราการรับไว้นอนโรงพยาบาลซ้ำ, การจัดการปัญหาการไหลเวียนของผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน, หรือจัดทำกระบวนการเฝ้าติดตามสำหรับคุณภาพบริการที่จัดให้มีโดยผู้รับเหมา. ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาล พิจารณาลำดับความสำคัญในระดับภาพรวมเชิงระบบเพื่อขยายผลการพัฒนาอย่างกว้างขวางทั่วทั้งโรงพยาบาล; ยกตัวอย่างเช่น, การพัฒนาระบบการจัดการด้านยาของโรงพยาบาล. กระบวนการจัดลำดับความ ลำคัญครอบคลุมการพิจารณาข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งระบบและกระบวนการแสดงให้เห็นความแปรปรวนในการนำสู่ ปฏิบัติและผลลัพธ์มากที่สุด. คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่า, เมื่อมีการทำวิจัยทางคลินิกและโปรแกรมการฝึกอบรมทางการแพทย์, แผนงานเหล่านั้นจะมีการนำเสนอในการจัดลำดับความสำคัญด้วย.

ประธานฝ่ายบริหาร และคณะผู้นำโรงพยาบาลยังต้องประเมินผลกระทบของการพัฒนาอีกด้วย. การวัดผลการพัฒนาในเรื่องของประสิทธิภาพของกระบวนการทางคลินิกที่ซับซ้อน, และ/หรือ การระบุเรื่องการลดต้นทุนและการใช้ทรัพยากรภายหลังการพัฒนากระบวนการ, ยกตัวอย่างเช่น, การวัดผลกระทบของการพัฒนาสนับสนุนความเข้าใจในเรื่อง ต้นทุนสัมพัทธ์สำหรับการลงทุนในเรื่องคุณภาพ และด้านบุคคล, ด้านการเงิน ตลอดจนถึงการคืนทุนอื่น ๆ. ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลสนับสนุนการจัดทำเครื่องมือต่างๆ เพื่อใช้วัดปริมาณทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการเดิมและสำหรับการประเมินกระบวนการใหม่. การทำความเข้าใจทั้งผลกระทบ ของการพัฒนาต่อผลลัพธ์ผู้ป่วยและต้นทุนสัมพัทธ์รวมถึงการส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพของกระบวนการช่วย ปรับปรุงการจัดเรียงลำดับความสำคัญในอนาคต. ทั้งในระดับองค์กรและระดับแผนก/บริการ. เมื่อสารสนเทศ นี้รวมกันเข้า

ในภาพรวมระดับโรงพยาบาล, ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจวิธีการจัดสรรทรัพยากรที่เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยที่มีอยู่ได้ดีขึ้น. (ดู QPS.2, QPS.4.1, PCI.6, PCI.6.1, และ GLD.11 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.5

- ☐ 1. ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลใช้ข้อมูลที่มีอยู่จัดลำดับความสำคัญร่วมสำหรับกิจกรรมการวัดและพัฒนาในภาพรวมระดับโรงพยาบาลตลอดจนพิจารณาการพัฒนาเชิงระบบที่มีโอกาสเกิดขึ้น. (ดู FMS.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่า, เมื่อมีการทำวิจัยทางคลินิกและแผนงานการฝึกอบรมวิชาชีพสุขภาพ, แผนงานเหล่านั้นจะมีการนำเสนอในการจัดลำดับความสำคัญด้วย.
- ☐ 3. ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลจัดลำดับความสำคัญครอบคลุมการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยสากลอย่างครบถ้วน.
- ☐ 4. ประธานฝ่ายบริหารและคณะผู้นำโรงพยาบาลประเมินผลกระทบของการพัฒนาในภาพรวมระดับโรงพยาบาลและระดับแผนก/บริการเกี่ยวกับประสิทธิภาพและการใช้ทรัพยากร. (ดู QPS.5 ร่วมด้วย)

คณะผู้นำโรงพยาบาลสำหรับสัญญาจ้าง

มาตรฐาน GLD.6

คณะผู้นำโรงพยาบาลมีการรับผิดชอบในการทบทวนคัดเลือก และเฝ้าติดตาม, สัญญาจ้างเหมาด้านคลินิกหรือด้านอื่นที่ไม่ใช่คลินิก. ⑥

เจตจำนงของ GLD.6

บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลมีทางเลือกที่จะจัดให้มีบริการทางคลินิกและด้านบริหารจัดการเองโดยตรง หรือจัดให้มีบริการเหล่านั้นผ่านการส่งต่อ, การขอคำปรึกษา, สัญญาจ้างเหมา, หรือ ข้อตกลงอื่น ๆ. บริการเหล่านี้อาจจะมีขอบเขตตั้งแต่บริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัยไปจนถึงบริการทางด้านบัญชีการเงินตลอดจนบริการที่จัดให้ สำหรับ แม่บ้าน, อาหาร หรือซักรีด. คณะผู้นำโรงพยาบาลบรรยายธรรมชาติและขอบเขตบริการที่จัดให้ผ่าน สัญญาจ้างเหมาเป็นลายลักษณ์อักษร.

เมื่อสัญญาจ้างเหมาล้มพันธ์กับบุคลากรสายวิชาชีพสุขภาพ—ยกตัวอย่างเช่น, สัญญาจ้างเหมาพยาบาลเวชบำบัดวิกฤต—สัญญาจะระบุเงื่อนไขว่าบุคลากรสายวิชาชีพให้บริการตามข้อกำหนดของโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรที่มีลักษณะคล้ายกันนี้. (ดู SQE.7, ME 2 and SQE.14, ME 5 ร่วมด้วย) ยกตัวอย่างเช่น, พยาบาลเวชบำบัดวิกฤต เป็นไปตามข้อกำหนดของ SQE.13, ME 6. ในทุกกรณี, คณะผู้นำโรงพยาบาลมีการรับผิดชอบต่อสัญญาจ้างเหมา หรือข้อตกลงอื่น ๆ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าบริการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและได้รับการรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของ กิจกรรมการบริหารและพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล. (ดู QPS.6 and GLD.7.1 ร่วมด้วย) ผู้นำแผนก/บริการมีส่วนร่วมในการทบทวนและคัดเลือกสัญญาจ้างเหมาทางด้านคลินิกและด้านอื่นที่ไม่ใช่คลินิก รวมทั้งมีการรับผิดชอบในการเฝ้าติดตาม สัญญาจ้างเหมาเหล่านั้น. (ดู ASC.1 และ MOI.13 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.6

- ☐ 1. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลมีการรับผิดชอบสำหรับสัญญาจ้างเหมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและฝ่ายบริหาร. (ดู ACC.6, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โรงพยาบาลมีคำบรรยายธรรมชาติและขอบเขตของบริการที่มีการจัดให้ผ่านสัญญาจ้างเหมาเป็นลายลักษณ์อักษร.
- ☐ 3. บุคลากรสัญญาจ้างเหมาสาขาวิชาชีพสุขภาพกำหนดให้มีการทบทวนหลักฐานคุณสมบัติเช่นเดียวกับการทบทวนของโรงพยาบาล.
- ☐ 4. ผู้นำแผนก/บริการมีการรับผิดชอบร่วมกันในการทบทวน, คัดเลือก, และเฝ้าติดตามสัญญาจ้างเหมาทางด้านคลินิกและด้านอื่นที่ไม่ใช่คลินิก. (ดู AOP.5.1, ME 5; AOP.5.10.2, ME 2; AOP.6.1, ME 5; และ AOP.6.8, ME 2 และ 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. เมื่อมีการเจรจาต่อรองรอบใหม่หรือยุติสัญญาจ้างเหมา, โรงพยาบาลอ้างความต่อเนื่องของบริการผู้ป่วย. ,

มาตรฐาน GLD.6.1

คณะผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าสัญญาจ้างเหมาและข้อตกลงอื่น ๆ ได้รับการรวมเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล.

เจตจำนงของ GLD.6.1

คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยการประเมินผลบริการทั้งหมดที่จัดให้โดยโรงพยาบาล หรือจัดให้ผ่านสัญญาจ้างเหมา. ดังนั้นโรงพยาบาลจำเป็นต้องได้รับ ,วิเคราะห์และดำเนินการต่อสารสนเทศเกี่ยวกับคุณภาพที่ได้รับจากแหล่งบริการภายนอก. สัญญาจ้างเหมากับแหล่งบริการภายนอกครอบคลุม ความคาดหวังด้านคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยตลอดจนความถี่และรูปแบบของข้อมูลที่จะต้องส่งให้แก่โรงพยาบาล. ผู้นำแผนก/บริการได้รับและตอบสนองต่อรายงานคุณภาพจากหน่วยงานคู่สัญญาซึ่งเกี่ยวข้อง กับขอบเขตบริการที่จัดให้ภายในแผนก/บริการและสร้างความมั่นใจว่ารายงานดังกล่าวถูกบูรณาการเข้าใน กระบวนการวัดคุณภาพของโรงพยาบาล. (ดู ASC.1, และ MOI.13 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.6.1

- ☐ 1. สัญญาจ้างเหมาทั้งหมดระบุเงื่อนไขของข้อมูลด้านคุณภาพที่จะต้องมีการรายงานต่อโรงพยาบาล, ทั้งความถี่และกลไกของการรายงาน, ตลอดจนถึงวิธีการที่โรงพยาบาลจะตอบสนองเมื่อไม่บรรลุตามข้อกำหนดหรือความคาดหวังด้านคุณภาพ. (ดู AOP.5.10, ME 1 และ AOP.6.8, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ข้อมูลด้านคุณภาพที่มีการรายงานภายใต้สัญญาจ้างเหมาถูกบูรณาการเข้ากับแผนงานการเฝ้าติดตามคุณภาพของโรงพยาบาล. (ดู AOP.5.10, ME 4 และ AOP.6.8, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ผู้นำด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมกับแผนงานพัฒนาคุณภาพในการวิเคราะห์สารสนเทศด้านคุณภาพและความปลอดภัยจากสัญญาจ้างเหมาภายนอก. (ดู AOP.5.1, ME 5 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน GLD.6.2

คณะผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าผู้ประกอบวิชาชีพอิสระซึ่งมิได้เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลมีหลักฐานคุณสมบัติที่ถูกต้องสำหรับบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาล. ⑥

เจตจำนงของ GLD.6.2

ผู้นำด้านคลินิกอาจจะให้ข้อเสนอแนะให้ทำสัญญาจ้างกับ หรือข้อตกลงบริการจากแพทย์ทันตแพทย์ และ ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระอื่น ๆ นอกโรงพยาบาล (เช่น บริการบริการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ บริการตรวจพยาธิ หรือการแปลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) หรือ ทำข้อตกลงให้มาเข้ามาให้บริการภายในโรงพยาบาล. (เช่น ทำสัญญาแพทย์ทำหัตถการโรคหัวใจที่จะมาในสัปดาห์ละครั้งเพื่อให้การตรวจวินิจฉัยการบันทึกภาพรังสีหลอดเลือดหรือหลอดเลือด) ในบางกรณี, บุคคลเหล่านี้อาจจะอยู่ในสถานที่นอกภูมิภาคหรือประเทศของโรงพยาบาล บริการที่จัดให้อาจ รวมถึงการแพทย์ทางไกลหรือรังสีวิทยาทางไกล. ถ้าบริการดังกล่าวมีส่วนในการกำหนดทางเลือกในการดูแลหรือแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยผู้ประกอบวิชาชีพ, จะต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติและการ กำหนดสิทธิการดูแลของโรงพยาบาล. (ดู SQE.9 จนถึง SQE.10 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.6.2

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลกำหนดบริการที่จะจัดให้มีโดยผู้ประกอบวิชาชีพอิสระภายนอกองค์กร. (ดู SQE.10 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. บริการตรวจวินิจฉัย, ให้คำปรึกษา และการรักษาทั้งหมดที่จัดให้โดยผู้ประกอบวิชาชีพอิสระนอกโรงพยาบาล เช่น การแพทย์ทางไกล, รังสีวิทยาทางไกล และการแปลผลการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG), การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG), การตรวจวินิจฉัยพยาธิวิทยา และอื่น ๆ ในทำนองเดียวกันนี้, ได้รับการอนุญาตให้สิทธิการให้บริการดังกล่าว จากโรงพยาบาล.
- ☐ 3. ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระซึ่งให้บริการดูแลผู้ป่วยในสถานที่ของโรงพยาบาลแต่ไม่ได้เป็นลูกจ้างหรือสมาชิกบุคลากรสายคลินิกของโรงพยาบาลได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติและกำหนดสิทธิการดูแล ตามที่กำหนดไว้ใน SQE.9 ถึง SQE.12.
- ☐ 4. กำหนดให้บุคลากรที่มาพร้อมกับผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพอิสระได้รับการทวนสอบไปยังแหล่งปฐมภูมิตามมาตรฐาน (ดู SQE.13, ME 6 ; SQE.15, ME 5 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. คุณภาพบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพอิสระนอกโรงพยาบาลได้รับการเฝ้าติดตามเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแผนงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล. (ดู AOP.5.10.1, ME 1 ร่วมด้วย)

คณะผู้นำโรงพยาบาลสำหรับการตัดสินใจเรื่องทรัพยากร

มาตรฐาน GLD.7

คณะผู้นำโรงพยาบาลทำให้การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการซื้อหรือการใช้ทรัพยากรมนุษย์และทางเทคนิคโดยทำความเข้าใจในผลกระทบด้านคุณภาพและความปลอดภัยของการตัดสินใจเหล่านั้น

เจตจำนงของ GLD.7

คณะผู้นำโรงพยาบาลจะตัดสินใจได้ดีขึ้นเมื่อมีข้อมูลซึ่งจะเป็นฐานในการตัดสินใจเหล่านั้น ตัวอย่างเช่น เมื่อโรงพยาบาลจะต้องมีการเปลี่ยนหรือเพิ่มเครื่องควบคุมการไหลสารละลายทางหลอดเลือด ข้อมูลเกี่ยวกับข้อกำหนดในการบำรุงรักษา ข้อกำหนดในการฝึกอบรมหรือฝึกอบรมซ้ำของบุคลากร ข้อมูลเกี่ยวกับอัตราความล้มเหลวและเหตุการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ผ่านมา ความต้องการของบุคลากร ปัญหาการระบบเตือนภัยและอื่น ๆ ที่จะมีผลในการตัดสินใจตามคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าค่าใช้จ่ายเพียงอย่างเดียว ในทำนองเดียวกัน เมื่อต้องทำ การตัดสินใจเกี่ยวกับการลดหรือการโอนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ การพิจารณาผลกระทบด้าน

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ป่วยจำเป็นต้องนำไปเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ (ดู SQE.6 ร่วมด้วย) คณะผู้นำโรงพยาบาลจัดทำกระบวนการในการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการตัดสินใจหรือในทรัพยากรที่สำคัญเพื่อให้แน่ใจว่ารวมเอาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยมาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคิด ตรวจสอบ และ พิจารณาอย่างรอบคอบ⁴⁻⁶ (ดู GLD.7.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบหนึ่งของการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้านทรัพยากรคือการทำความเข้าใจข้อกำหนดหรือ คำแนะนำของอุปกรณ์การแพทย์เวชภัณฑ์และยาที่จำเป็นในการให้บริการ คำแนะนำเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ และยาอาจจะมาจากหน่วยงานรัฐบาล องค์กรวิชาชีพ ระดับชาติหรือนานาชาติ หรือแหล่งที่น่าเชื่อถืออื่น ๆ (ดู QPS.3 ร่วมด้วย)

ทรัพยากรที่สำคัญสำหรับโรงพยาบาลเป็นการลงทุนในเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ (IT) สารสนเทศด้านสุขภาพครอบคลุมเทคโนโลยีที่กว้างขวางหลากหลายครอบคลุมวิธีการในการจัดเก็บเอกสารและการแบ่งปันสารสนเทศของผู้ป่วย เช่น เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ นอกจากนี้เทคโนโลยีสารสนเทศรวมถึงวิธีการสำหรับการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล การสื่อสารสารสนเทศระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเพื่อการประสานการดูแลที่ดีขึ้นและได้รับสารสนเทศที่จะช่วยในการวินิจฉัยการเจ็บป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยขึ้น ความสำเร็จในการดำเนินงานของทรัพยากรเทคโนโลยีสารสนเทศต้องมีทิศทาง การสนับสนุนและการกำกับดูแลของการเป็นคณะผู้นำโรงพยาบาล (ดู MOI.13 ร่วมด้วย) เมื่อตัดสินใจด้านทรัพยากรทำโดยภาคีที่สาม เช่น กระทรวงสาธารณสุข คณะผู้นำโรงพยาบาลให้ข้อมูลและสารสนเทศไปยังภาคีที่สามเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความต้องการของตนเพื่อให้ข้อมูลทางเลือกของทรัพยากรในอนาคตที่ดีขึ้น

เมื่อโรงพยาบาลใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และ/หรือยาที่ถูกระบุว่าเป็น “การทดลอง” ในหัตถการการดูแลผู้ป่วย (นั่นคืออุปกรณ์ทางการแพทย์หรือยาที่ระบุว่าเป็น “การทดลอง” ทั้งในระดับประเทศหรือต่างประเทศ) มีกระบวนการทบทวนและให้ความเห็นชอบการใช้งานดังกล่าว (ดู GLD.19 ร่วมด้วย) เป็นสิ่งสำคัญที่การอนุมัติดังกล่าวต้องเกิดขึ้นก่อนที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วย การกำหนดให้มีการขอความยินยอมผู้ป่วยเฉพาะเป็นสิ่งที่จำเป็น (ดู PFR.5.2 COP.8 และ SQE.11 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.7

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลใช้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับผลกระทบด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการเลือกเทคโนโลยีทางการแพทย์
- ☐ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลใช้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับผลกระทบด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการเลือกบุคลากร
- ☐ 3. โรงพยาบาลใช้คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพและแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่น่าเชื่อถือในการตัดสินใจด้านทรัพยากร (ดู ASC.6, ME 2 PCI.3, ME 2 และ PCI.7, ME 2 และ 6 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลให้ทิศทาง การสนับสนุน และการกำกับดูแลทรัพยากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ☐ 5. คณะผู้นำโรงพยาบาลเฝ้าติดตามผลของการตัดสินใจและการใช้ข้อมูลในการประเมินผลและพัฒนาคุณภาพของทรัพยากรที่ทำการตัดสินใจจัดซื้อและการจัดสรร

คณะผู้นำโรงพยาบาลแสวงหาและใช้ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับความปลอดภัยของห่วงโซ่อุปทานเพื่อปกป้องผู้ป่วยและบุคลากรจากเวชภัณฑ์ที่ไม่มีเสถียรภาพ ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องและปลอม

เจตจำนงของ GLD.7.1

การจัดการห่วงโซ่อุปทานเป็นกุญแจสำคัญเพื่อสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยและคุณภาพของเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโรงพยาบาล ห่วงโซ่อุปทานครอบคลุมขั้นตอนจากต้นกำเนิดไปถึงการจัดส่งเวชภัณฑ์ไปยังโรงพยาบาล ความหลากหลายและปริมาณของเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโรงพยาบาลมีมากมายจึงทำให้โรงพยาบาลต้องจัดการกับห่วงโซ่อุปทานจำนวนมาก แต่เนื่องจากบุคลากรและทรัพยากรที่มีจำกัดทำให้ไม่สามารถติดตามและประเมินผลห่วงโซ่อุปทานทุกรายการในเวลาเดียวกัน ดังนั้นโรงพยาบาลระบุนยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดต่อการสูญเสียความคงตัว ปนเปื้อน กลายเป็นข้อบกพร่องหรือถูกแทนที่ด้วยปลอมหรือสินค้าเลียนแบบ

สำหรับเวชภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงมากที่สุดดังกล่าว โรงพยาบาลแสดงขั้นตอนในห่วงโซ่อุปทาน แม้ว่าสารสนเทศเหล่านี้ อาจจะไม่สมบูรณ์และอาจจะเป็นเรื่องยากที่จะปะติดปะต่อ อย่างน้อยโรงพยาบาลตัดสินใจว่าที่ใดมีความเสี่ยงที่สำคัญ **ยกตัวอย่างเช่น** แผนภูมิแสดงขั้นตอนสามารถนำมาใช้เพื่อช่วยในการแสดงการกระจายแต่ละขั้นตอนหรือจุด ในห่วงโซ่อุปทานแต่ละอุปทาน จุดในแผนภูมิแสดงขั้นตอนควรที่จะรวมถึงผู้ผลิต อาคารคลังสินค้า ผู้ขาย และอื่น ๆ โรงพยาบาลสามารถบ่งบอกถึงจุดในแผนภูมิแสดงขั้นตอนที่ระบุว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญได้ **ยกตัวอย่างเช่น**

โรงพยาบาลมีการระบุสินชูลินเป็นยาที่มีความเสี่ยงมากที่สุดสำหรับองค์กรของตนและจัดทำผังแสดงขั้นตอนที่แสดงให้เห็นในแต่ละขั้นตอนในห่วงโซ่อุปทาน โรงพยาบาลระบุจุด เช่น ผู้ผลิตสินชูลิน ผู้ขาย คลังสินค้า และการจัดส่ง รวมทั้งกำหนดองค์ประกอบที่สำคัญ เช่น การปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของผู้ผลิต การควบคุมอุณหภูมิและการเฝ้าติดตามในคลังสินค้า รวมถึงการจำกัดระยะการเดินทางระหว่างจุดในห่วงโซ่และจัดทำเป็นบัญชี อย่างไรก็ตามในขณะที่การทบทวนสำหรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในห่วงโซ่อุปทาน โรงพยาบาลเรียนรู้ว่าผู้ขายได้ทำสัญญาเมื่อเร็ว ๆ นี้กับบริษัทขนส่งที่มีการให้บริการที่ไม่น่าพอใจ รวมทั้งการส่งมอบล่าช้าไปที่โรงพยาบาลและเอกสารการเฝ้าติดตาม อุณหภูมิระหว่างการเดินทางที่ไม่คงเส้นคงวา หลังจากประเมินสถานการณ์โรงพยาบาลอาจจะระบุว่านี่เป็นความเสี่ยง ที่มีนัยสำคัญในห่วงโซ่อุปทาน คณะผู้นำโรงพยาบาลทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงห่วงโซ่อุปทานและ กำหนดลำดับความสำคัญสำหรับการตัดสินใจจัดซื้อโดยอาศัยความเข้าใจของจุดที่มีความเสี่ยงในห่วงโซ่อุปทาน (ดู GLD.6 และ GLD.7 ร่วมด้วย)

การจัดการห่วงโซ่อุปทานไม่เพียงเกี่ยวกับการประเมินผลที่คาดหวังของเวชภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น ยังมีการติดตามและการรายงานย้อนหลังของเวชภัณฑ์หลังจากที่เข้าโรงพยาบาล¹³ โรงพยาบาลมีกระบวนการในการระบุยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีไม่คงตัว ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องและปลอมรวมถึง และติดตามผ่านโรงพยาบาลเพื่อตรวจสอบแหล่งที่มาหรือสาเหตุของปัญหา ถ้าเป็นไปได้ (ดู ASC.7.4 ร่วมด้วย) ถ้ามีการประยุกต์ใช้โรงพยาบาลจะแจ้งให้ผู้ผลิตและ/หรือผู้จัดจำหน่ายเมื่อพบว่าเวชภัณฑ์ไม่คงตัว ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องและปลอม โดยระบุผ่านการติดตามย้อนหลัง

เมื่อเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลจัดซื้อ เก็บและจัดจำหน่ายโดยผู้มีอำนาจภาครัฐโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในแผนงานการตรวจสอบและรายงานที่สงสัยว่าไม่คงตัว ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องและปลอม ตลอดจนใช้มาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐดังกล่าวอาจไม่ทราบความสมบูรณ์ของผู้จัดจำหน่ายในห่วงโซ่แต่ละราย ถือเป็นตระหนักถึงวิธีการจัดซื้ออุปกรณ์และการจัดการโดยหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.7.1

- ☐ 1. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลแสดงขั้นตอนในห่วงโซ่อุปทานสำหรับเวชภัณฑ์ที่กำหนดไว้ว่ามีความเสี่ยงมากที่สุด
- ☐ 2. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลระบุจุดเสี่ยงใด ๆ ที่สำคัญในขั้นตอนของห่วงโซ่อุปทาน
- ☐ 3. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลทำการตัดสินใจด้านทรัพยากรโดยอาศัยความเข้าใจของตนในจุดที่มีความเสี่ยงในห่วงโซ่อุปทาน
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการดำเนินการติดตามย้อนหลังของเวชภัณฑ์ที่พบว่าไม่คงตัว ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องและปลอม
- ☐ 5. โรงพยาบาลจะแจ้งให้ผู้ผลิตและ/หรือผู้จัดจำหน่ายทราบเมื่อพบความไม่คงตัว ปนเปื้อน มีข้อบกพร่องและปลอม

องค์การวิชาชีพของบุคลากรสายคลินิกและการะับผิดชอบ

มาตรฐาน GLD.8

ผู้นำด้านการแพทย์ การพยาบาล และผู้นำด้านอื่น ๆ ของบริการทางคลินิก วางแผนโครงสร้างองค์การวิชาชีพที่มีประสิทธิผลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบและนำโครงสร้างดังกล่าวสู่การปฏิบัติ

Ⓟ

เจตจำนงของ GLD.8

ผู้นำด้านการแพทย์ การพยาบาล และผู้นำด้านอื่น ๆ ของบริการทางคลินิกมีหน้าที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยและองค์กร. ผู้นำเหล่านี้

- สนับสนุนการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ;
- ร่วมวางแผนและจัดทำนโยบาย; แนวปฏิบัติทางคลินิก วิธีทางคลินิก และ/หรือระเบียบวิธีมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลทางคลินิก; (ดู GLD.11.2 ร่วมด้วย)
- ดูแลให้มีการปฏิบัติตามจริยธรรมของแต่ละวิชาชีพ; (ดู GLD.12.1 ร่วมด้วย) และ
- กำกับดูแลคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

ผู้นำด้านการแพทย์และการพยาบาลจัดให้มีโครงสร้างองค์การวิชาชีพที่เหมาะสม มีประสิทธิผล เพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว. โครงสร้างองค์กรและกระบวนการที่เกี่ยวข้องสำหรับใช้ทำหน้าที่เหล่านี้อาจจะเป็นโครงสร้างของบุคลากรวิชาชีพที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว หรือเป็นโครงสร้างของบุคลากรด้านการแพทย์และการพยาบาลแยกจากกันก็ได้. โครงสร้างที่เลือกใช้อาจจะมีการจัดระเบียบอย่างชัดเจนด้วยธรรมเนียม และกฎระเบียบ หรืออาจจะอยู่ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ. โดยทั่วไป โครงสร้างที่เลือกจะมีลักษณะดังนี้

- ประกอบด้วยบุคลากรทางคลินิกที่เกี่ยวข้องทั้งหมด;
- สอดคล้องกับลักษณะผู้เป็นเจ้าของ พันธกิจ และโครงสร้างขององค์กร;
- เหมาะสมกับความซับซ้อนขององค์กรและจำนวนบุคลากรด้านวิชาชีพ; และ
- มีประสิทธิผลในการทำหน้าที่ที่ระบุไว้.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.8

- ☐ 1. มีโครงสร้างองค์กรที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้นำด้านการแพทย์ การพยาบาล และผู้นำอื่น ๆ ใช้เพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของตน. (ดู ASC.2, ME 4 และ SQE.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โครงสร้างมีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร. (ดู SQE.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัยและการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ.
- ☐ 4. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนการวางแผนและการจัดทำนโยบายทางคลินิก. (ดู GLD.11.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนการกำกับดูแลจริยธรรมวิชาชีพ.
- ☐ 6. โครงสร้างและกระบวนการขององค์กรสนับสนุนการกำกับดูแลคุณภาพการบริการด้านคลินิก.

การกำกับควบคุมแผนกและบริการของโรงพยาบาล

มาตรฐาน GLD.9

ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมหนึ่งคนหรือมากกว่าทำหน้าที่บริหารแต่ละแผนกหรืองานบริการในโรงพยาบาล. (P)

เจตจำนงของ GLD.9

การดูแลทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย และการบริหารจัดการโดยรวมของสถานพยาบาล จะดีได้ด้วยกิจกรรมทางคลินิกและการบริหารจัดการของแต่ละแผนกหรืองานบริการ. ซิตสมรรถนะที่ดีของแผนกหรืองานบริการต้องอาศัยการนำที่ชัดเจนจากผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม. การนำในแผนกหรืองานบริการขนาดใหญ่อาจจะมีการแยกตามบทบาทย่อย. ในกรณีดังกล่าว มีการกำหนดหน้าที่ของแต่ละบทบาทไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.

ผู้นำของแต่ละแผนก/บริการ สื่อสารความต้องการด้านทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ต่อคณะผู้นำโรงพยาบาล. การสื่อสารนี้จะทำให้นับได้ว่ามีบุคลากร พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ และทรัพยากรอื่น ๆ พร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตลอดเวลา. อย่างไรก็ตาม หลังจากที่ผู้บริหารแผนกจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ ความต้องการอาจจะเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ได้รับทรัพยากรทั้งหมด, ดังนั้นผู้บริหารแผนกต้องมีกระบวนการที่จะตอบสนองต่อการขาดแคลนทรัพยากร เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยทุกราย.

ผู้บริหารแผนก/บริการ พิจารณาบริการที่จัดและวางแผนไว้โดยแผนกหรืองานบริการ รวมถึงการศึกษา ทักษะความรู้ และประสบการณ์ที่บุคลากรวิชาชีพของแผนกจำเป็นต้องมีเพื่อให้บริการเหล่านั้น. ผู้บริหารแผนก/บริการ จัดทำเกณฑ์ที่สะท้อนถึงข้อพิจารณาแล้วเลือกบุคลากร. ผู้บริหารแผนก/บริการ อาจจะทำางานร่วมกับแผนกทรัพยากรมนุษย์หรือแผนกอื่น ๆ ในกระบวนการเลือกสรรตามข้อเสนอของผู้บริหารแผนก.

ผู้บริหารแผนก/บริการ สร้างความมั่นใจว่าบุคลากรทุกคนในแผนกหรืองานบริการเข้าใจหน้าที่รับผิดชอบของตน และจัดให้มีการปฐมนิเทศและฝึกอบรมแก่บุคลากรใหม่. การปฐมนิเทศครอบคลุมพันธกิจขององค์กร พันธกิจของแผนกหรืองานบริการ ขอบเขตการให้บริการ นโยบายและระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับบริการที่จัด. ตัวอย่างเช่น บุคลากรทุกคนเข้าใจถึงแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในองค์กร และในแผนกหรืองานบริการของตน. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมเมื่อมีการนำนโยบายและระเบียบปฏิบัติใหม่หรือที่มีการทบทวนมาสู่การปฏิบัติ. (ดู ACC.3, ME 1; AOP.6.1; MMU.1; QPS.1; และ PCI.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.9

- ☐ 1. บุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม การศึกษา และมีประสบการณ์ที่เหมาะสมกับบริการที่จัดให้ ทำหน้าที่บริหารจัดการแต่ละแผนกหรืองานบริการในองค์กร (ดู AOP.5.1, ME 1; AOP.5.1.1, ME 1; AOP.5.1.1, ME 1; AOP.6.1, ME 1; COP.8.1, ME 2; ASC.2, ME 2; MMU.1, ME 3; PCI.1, ME 1; และ FMS.3, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ผู้บริหารแผนก/บริการจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับพื้นที่ใช้สอย เครื่องมือ จำนวนและคุณสมบัติของบุคลากร เทคโนโลยีและทรัพยากรพิเศษอื่น ๆ ที่จำเป็นในการให้บริการ และมีกระบวนการตอบสนองเมื่อเกิดการขาดแคลน. (ดู AOP.6.2, ME 5; COP.3.2; COP.8; FMS.3; SQE.6, ME 2; SQE.6.1, MEs 2 และ 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ผู้บริหารแผนก/บริการจัดทำเกณฑ์การคัดเลือกหรือแนะนำบุคลากรที่ต้องการสำหรับบุคลากรวิชาชีพของแผนก.(ดู COP.8.2, ME 3 และ SQE.6, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. ผู้บริหารแผนก/บริการจัดให้มีแผนงานปฐมนิเทศและฝึกอบรมแก่บุคลากร ตามที่หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรของแผนก/บริการ. (ดู AOP.5.3, ME 4; AOP.6.3, ME 5; และ SQE.7, ME 1 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน GLD.10

ผู้นำแผนก/บริการแต่ละแผนกหรือบริการที่แผนกจะจัดให้เป็นลายลักษณ์อักษร มีการประสานงานและบูรณาการบริการระหว่างแผนกหรืองานบริการอื่น. ⑤

เจตจำนงของ GLD.10

ผู้บริหารแผนก/บริการ ร่วมมือกันกำหนดรูปแบบและเนื้อหาของเอกสารวางแผนเฉพาะของแต่ละแผนกที่เป็นแนวทางเดียวกัน. โดยทั่วไป เอกสารที่แต่ละแผนกทางคลินิกจัดเตรียมจะกำหนดเป้าประสงค์ รวมทั้งบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่วางแผนสำหรับอนาคต, นโยบายและระเบียบปฏิบัติของแผนกสะท้อนเป้าประสงค์และบริการของแผนก รวมถึงความรู้ ทักษะ และความพร้อมของบุคลากรที่ต้องมีเพื่อประเมินและตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย. (ดู ACC.3, ME 1 ร่วมด้วย)

บริการทางคลินิกที่จัดให้ผู้ป่วยได้รับการประสานความร่วมมือและบูรณาการภายในแต่ละแผนกบริการ ตัวอย่างเช่น การบูรณาการบริการทางการแพทย์และการพยาบาล. เช่นเดียวกัน แต่ละแผนกหรืองานบริการยังประสานความร่วมมือและบูรณาการบริการของตนกับแผนกหรืองานบริการอื่น. มีการหลีกเลี่ยงหรือจัดความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นเพื่อประหยัดทรัพยากรขององค์กร.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.10

- ☐ 1. ผู้บริหารแผนก/บริการเลือกและใช้รูปแบบและเนื้อหาของเอกสารการวางแผนที่เป็นแนวทางเดียวกัน.
- ☐ 2. เอกสารของแต่ละแผนกหรืองานบริการ ระบุบริการที่แต่ละแผนกหรืองานบริการจัดอยู่ในปัจจุบัน และวางแผนจะจัดในอนาคต. (ดู ACC.2.3, ME1; ACC.2.3.1, ME 1; และ ACC.3, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. นโยบายและระเบียบปฏิบัติของแต่ละแผนกหรืองานบริการขึ้นำการจัดบริการที่ระบุไว้.
- ☐ 4. นโยบายและระเบียบปฏิบัติของแต่ละแผนกหรืองานบริการระบุความรู้และทักษะของบุคลากรที่จำเป็นเพื่อการประเมินและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย.

- ❑ 5. มีการประสานความร่วมมือและบูรณาการของบริการภายในแต่ละแผนกหรืองานบริการ และกับแผนกหรืองานบริการอื่น. (ดู ACC.3 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน GLD.11

ผู้นำของแผนก/บริการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมกับการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญในระดับโรงพยาบาลและการเฝ้าติดตามตลอดจนการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่จำเพาะเจาะจงกับแผนก/บริการ

เจตจำนงของ GLD.11

ผู้นำของแผนก/บริการสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรในกิจกรรมการปรับปรุงที่สะท้อนถึงการจับคู่ระดับความสำคัญโรงพยาบาล (ดู GLD.5 ร่วมด้วย) และกำหนดกิจกรรมเฉพาะเจาะจงทางคลินิกหรือกิจกรรมไม่ใช่ทางคลินิกยังแผนกหรือบริการ ยกตัวอย่างเช่น แผนกทางคลินิกหรือบริการจะมีส่วนร่วมในความพยายามปรับปรุงกระบวนการส่งมอบการสื่อสารระดับโรงพยาบาล และยังคงติดตามและลดความแปรปรวนของกระบวนการภายใน เช่น การส่งการตรวจวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยที่มีสภาพเดียวกัน ในทำนองเดียวกัน แผนกบริหารจัดการอาจจะมีส่วนร่วมในโครงการโดยอัตโนมัติเพื่อปรับปรุงการส่งมอบการสื่อสาร ที่อาจเกี่ยวข้องกับการติดตามและปรับปรุงความถูกต้องของค่าใช้จ่ายผู้ป่วย

ผู้นำแผนก/บริการพิจารณาตัววัดของห้องสมุด Joint Commission International และ / หรือตัวชี้วัดอื่น กำหนดตัววัดตามหลักฐานที่นำไปใช้ให้บริการทางคลินิกโดยแผนกหรือบริการ (ดู APR.7 ร่วมด้วย) ดังนั้นผู้นำแผนกหรือบริการที่ดำเนินการคัดเลือกและติดตามตัววัดที่เฉพาะเจาะจงไปยังแผนกหรือบริการที่รวมถึงดังต่อไปนี้:

- คณะผู้นำโรงพยาบาลลำดับความสำคัญของการวัดและพัฒนาระดับโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงกับแผนกหรือบริการ
- ตัววัดเฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องกับของแผนก / บริการ ได้ลำดับความสำคัญเพื่อลดความแปรปรวนปรับปรุงความปลอดภัยของเหตุการณ์ / การรักษาที่มีความเสี่ยงสูง เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือปรับปรุงประสิทธิภาพ

การเลือกตัววัดควรจะอยู่บนพื้นฐานของกิจกรรมและกระบวนการที่ต้องให้มีการปรับปรุงในแผนกหรือบริการสำหรับแต่ละวัดมีเป้าหมายที่ควรตั้ง เป็นค่าคาดหวังเริ่มต้นที่ยังได้บรรลุเป้าหมาย แต่เมื่อกลยุทธ์สำหรับการปรับปรุงได้ดำเนินการ ผู้นำแผนก / บริการควรคาดหวังที่จะเห็นการปรับปรุงไปสู่เป้าหมายที่สูงขึ้น เมื่อเป้าหมายได้บรรลุแล้วยังยืนยาน้อยลงในช่วงของการวัด ตัววัดจะต้องถูกเลือกใหม่

ผู้นำแผนกหรือบริการทางคลินิกเป็นผู้รับผิดชอบในการสร้างความมั่นใจว่ากิจกรรมการวัดให้โอกาสสำหรับการประเมินผลของบุคลากรเช่นเดียวกับกระบวนการการดูแลรักษา ดังนั้นการวัดจะต้องครอบคลุมตลอดช่วงเวลาของการให้บริการ ส่งผลให้ข้อมูลและสารสนเทศที่มีความสำคัญความพยายามปรับปรุงแผนกหรือบริการ และยังมีมีความสำคัญต่อแผนงานการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยของโรงพยาบาลด้วย (ดู QPS.1, ME 3 และ QPS.2 ร่วมด้วย)

หมายเหตุ: บางหน่วยงาน เช่น การควบคุมการติดเชื้อ, การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก แผนกรังสีวิทยาและห้องปฏิบัติการทางคลินิกมีการติดตามและควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่รวมอยู่ในลำดับความสำคัญของการวัดและอธิบายไว้ในมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการบริการเหล่านั้น (ดู AOP.5.9 และ AOP.6.7 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.1.1

- ☐ 1. ผู้นำแผนก/บริการนำไปปฏิบัติซึ่งตัววัดคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการที่จัดให้โดยแผนกหรือบริการ, ครอบคลุมบริการทั้งหมดที่รับผิดชอบ. (ดู PCI.10, ME 1 และ FMS.10, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ผู้นำแผนก/บริการนำไปปฏิบัติซึ่งตัววัดคุณภาพเพื่อลดความแปรปรวนและพัฒนากระบวนการภายในแผนกหรือบริการ, ครอบคลุมที่พบในห้องสมุด Joint Commission International และ / หรือตัวชี้วัดอื่นกำหนดตัววัดตามหลักฐานที่นำไปใช้ให้บริการทางคลินิก
- ☐ 3. ผู้นำแผนก/บริการกำหนดการเรื่องตัววัดอยู่บนพื้นฐานความต้องการในการพัฒนา, อารมณ์รักษา, คัดเลือกตัววัดใหม่. (ดู QPS.1, ME 3 และ QPS.10, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. ผู้นำแผนก/บริการบูรณาการการวัดคุณภาพบริการและกิจกรรมการพัฒนาเข้ากับและสนับสนุนโครงสร้างการบริหารและประสานความร่วมมือทางคุณภาพขององค์กร. (ดู QPS.10 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน GLD.11.1

ตัววัดที่ถูกเลือกโดยผู้นำแผนก / บริการที่เกี่ยวข้องและนำไปใช้กับการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์พยาบาลและบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลทางคลินิก ที่ถูกนำมาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร

เจตจำนงของ GLD.11.1

ผู้นำมีความรับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพของการดูแลและการให้บริการของแผนก / บริการของตนเอง กิจกรรมการวัดให้โอกาสสำหรับการประเมินผลการให้บริการเหล่านี้ ผู้นำแผนก / บริการมีส่วนร่วมในการแต่งตั้งการกำหนดสิทธิการรักษา, การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการแต่งตั้งของแพทย์ภายในแผนกหรือบริการ กิจกรรมการวัดคุณภาพสามารถเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้นำแผนก / บริการมีข้อมูลวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนกิจกรรมเหล่านี้

เมื่อเวลาผ่านไปการวัดคุณภาพรวมทั้งหมดของการให้บริการโดยแผนกหรือบริการและรวมถึงสิทธิการรักษาทางคลินิกของแพทย์ทั้งหมด ว่า "ผลทางคลินิก" ตามเจตนาของ SQE.11 ให้นำไปเป็นสารสนเทศเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินของแพทย์อย่างต่อเนื่อง ในบางกรณีตัววัดจะได้รับการเชื่อมโยงกับแนวปฏิบัติทางคลินิกนำมาใช้ในแผนกหรือบริการ (ดู GLD.11.2 ร่วมด้วย) เมื่อเกี่ยวข้อง ตัววัดอาจจะได้มาจากห้องสมุด the Joint Commission International ที่จะอนุญาตให้มีการใช้ตัววัดมาตรฐานภายในแผนกหรือบริการเดียวกัน ในทำนองเดียวกันข้อมูลนำไปใช้สนับสนุนการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลและบุคลากรการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ในแผนก

แม้ว่าบุคคลเหล่านี้มีเป็นคำอธิบายลักษณะงาน ไม่ใช่สิทธิการรักษาทางคลินิก ผู้นำแผนก / บริการเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับการประเมินการทำงานของบุคลากร. มาตรฐาน SQE.3 อธิบายขั้นตอนการประเมินผลสำหรับบุคคลเหล่านี้และกิจกรรมการวัดที่อธิบายไว้ในมาตรฐานนี้จะสนับสนุนกระบวนการประเมินผลวัตถุประสงค์ ในหลายกรณีที่แนวปฏิบัติทางคลินิกที่นำมาใช้ในแผนกหรือบริการอาจจะมีความสัมพันธ์กับวิธีปฏิบัติและระเบียบปฏิบัติทางคลินิกที่จะให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูลวัดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพอื่น ๆ (ดู QPS.2 และ SQE.10 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.11.1

- ☐ 1. นำตัววัดไปใช้ประโยชน์ในการทบทวนการประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่องของแพทย์ในแผนกหรือบริการ . (ดู SQE.11, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. นำตัววัดไปใช้ประโยชน์ในการประเมินผลขีดสมรรถนะของพยาบาลในแผนกหรือบริการ . (ดู SQE.14.1, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. นำตัววัดไปใช้ประโยชน์ในการประเมินผลขีดสมรรถนะของวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ในแผนกหรือบริการ (ดู SQE.16.1, ME 2 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน GLD.11.2

ผู้บริหารแผนก/บริการเลือกและนำแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) วิธีทางคลินิก (clinical pathways) และ/หรือระเบียบวิธี (protocol) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลทางคลินิก. (P)

เจตจำนงของ GLD.11.2

เป้าหมายของสถานพยาบาลประกอบด้วย

- การทำให้กระบวนการดูแลทางคลินิกเป็นมาตรฐาน;
- การลดความเสี่ยงในกระบวนการดูแล โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตัดสินใจที่มีความสำคัญสูง;
- การให้การดูแลทางคลินิกในเวลาที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ใช้ทรัพยากรที่มีอย่างมีประสิทธิภาพ; และ
- การให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงโดยใช้การปฏิบัติที่อิงหลักฐานทางวิชาการอย่างคงเส้นคงวา.

โรงพยาบาลใช้เครื่องมือที่หลากหลายเพื่อบรรลุเป้าหมายข้างต้นและเป้าหมายอื่น ๆ. ตัวอย่างเช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพจัดทำกระบวนการดูแลทางคลินิกและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทางคลินิกบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการที่ดีที่สุดที่มีอยู่. แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับการทำความเข้าใจและประยุกต์ศาสตร์ที่ดีที่สุดกับการวินิจฉัยโรคหรือสภาวะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง. (ดู QPS.3 และ PCI.6.1 ร่วมด้วย)

โรงพยาบาลที่จะนำแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจงนี้ไปใช้ จะต้องได้รับการทบทวนและรับรองแหล่งที่มาโดยผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น สมาคมหรือสภาวิชาชีพ หรือองค์กรระหว่างประเทศที่ให้การยอมรับแนวปฏิบัติทางคลินิก หากโรงพยาบาลพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกขึ้นมาเอง แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวจะต้องถูกส่งไปผู้ที่มีอำนาจให้การรับรอง

นอกจากนั้นผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพยังพยายามทำให้กระบวนการดูแลเป็นมาตรฐาน. วิธีทางการดูแลทางคลินิก และระเบียบวิธีทางคลินิก เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในความพยายามที่จะสร้างความมั่นใจในการบูรณาการและประสานการดูแลและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ.

แนวปฏิบัติทางคลินิก วิธีทางการดูแลทางคลินิก และระเบียบวิธีทางคลินิก ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ป่วยและพันธกิจขององค์กร

- a) ได้รับการเลือกจากแนวทางทั้งปวงที่ประยุกต์ได้กับบริการและผู้ป่วยขององค์กร (แนวทางระดับชาติที่มีการบังคับใช้ถูกรวมเข้าไว้ในกระบวนการนี้ ถ้ามี);
- b) ได้รับการประเมินว่าสอดคล้องกับกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่ระบุไว้;
- c) ได้รับการดัดแปลงตามความจำเป็นให้เข้ากับเทคโนโลยี ยา และทรัพยากรอื่น ๆ ขององค์กร หรือบรรทัดฐานทางวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับของประเทศ;

- d) ได้รับการประเมินว่ามีหลักฐานทางวิชาการรองรับ;
- e) ได้รับการอนุมัติหรือดัดแปลงโดยองค์กรอย่างเป็นทางการ;
- f) ได้รับการนำไปปฏิบัติและวัดผลดูความสม่ำเสมอและประสิทธิผลของการใช้;
- g) ได้รับการสนับสนุนโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อประยุกต์ใช้แนวทางหรือวิถีทางคลินิก; และ
- h) มีการปรับให้ทันสมัยเป็นระยะตามการเปลี่ยนแปลงในหลักฐานทางวิชาการ การประเมินกระบวนการและผลลัพธ์.

แนวปฏิบัติทางคลินิก วิธีการดูแลทางคลินิก และระเบียบวิธีทางคลินิกมีความเกี่ยวเนื่องกับหลายแผนกหรืองานบริการทางคลินิก ผู้นำได้รับการคาดหวังที่จะบรรลุสิ่งต่อไปนี้ในแต่ละปี

- ผู้นำแผนก/บริหารทางคลินิกเลือกเรื่องที่มีความสำคัญสูงระดับโรงพยาบาล อย่างน้อยห้าเรื่อง เช่น การวินิจฉัยโรค หัตถการ กลุ่มประชากร โรค ฯลฯ ซึ่งแนวทางปฏิบัติ วิถีทางคลินิก และระเบียบวิธีจะมีผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและลดความแปรปรวนในผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์. (ดู APR.7 และ GLD.11.1 ร่วมด้วย)
- ดำเนินการตามกระบวนการในข้อ a) ถึง h) สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญสูงที่ระบุไว้.

ขั้นตอนการคัดเลือกเรื่องนี้ไม่ได้ห้ามแผนกหรือบริการใดอันหนึ่งที่จะเลือกแนวทางปฏิบัติทางคลินิก วิถีทางคลินิก และ/หรือระเบียบวิธีทางคลินิกเพิ่มเติม และโปรโตคอลที่เกี่ยวข้องใด ๆ หรือมีความเฉพาะเจาะจงกับการให้บริการในแผนกหรือบริการนั้น (ดู IPSG.5; COP.3.3, ME 3; COP.8.6; COP.9.3, ME 1; PCI.6; GLD.8, ME 4; และ SQE.11 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.11.2

- ☐ 1. ในแต่ละปี ผู้นำทางคลินิกกำหนดเรื่องที่มีความสำคัญสูงที่จะมุ่งใช้แนวทางปฏิบัติ วิถีทางคลินิก และ/หรือระเบียบวิธีทางคลินิก อย่างน้อยห้าเรื่อง.
- ☐ 2. ผู้นำแผนก/บริการปฏิบัติตามกระบวนการที่ระบุไว้ใน a) ถึง h) ของเจตจำนง ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก วิถีทางคลินิก และหรือระเบียบวิธีทางคลินิกมาใช้.
- ☐ 3. ผู้นำแผนก/บริการนำแนวปฏิบัติทางคลินิก วิถีทางคลินิก หรือระเบียบวิธีทางคลินิก สำหรับเรื่องที่มีความสำคัญสูงแต่ละเรื่องมาสู่การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับแผนก/บริการ
- ☐ 4. ผู้นำแผนก/บริการแสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิก วิถีทางคลินิก และ/หรือระเบียบวิธีทางคลินิกสามารถลดความแปรปรวนในกระบวนการและผลลัพธ์ได้อย่างไร.

จริยธรรมองค์กรและทางคลินิก

มาตรฐาน GLD.12

คณะผู้บริหารโรงพยาบาลจัดทำกรอบการบริหารจริยธรรม ซึ่งส่งเสริมวัฒนธรรมการปฏิบัติและการตัดสินใจอย่างมีจริยธรรม เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามบรรทัดฐานด้านธุรกิจ การเงิน จริยธรรม และกฎหมาย รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่ามีการปกป้องผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย®

มาตรฐาน GLD.12.1

กรอบการบริหารจริยธรรมขององค์กรประกอบด้วย การตลาด การรับผู้ป่วย การโอนย้ายผู้ป่วย และการจำหน่าย รวมถึงการเปิดเผยข้อมูลความเป็นเจ้าของกิจการ ข้อมูลความขัดแย้งเชิงธุรกิจและวิชาชีพที่อาจเป็นอุปสรรคต่อประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย (P)

มาตรฐาน GLD.12.2

กรอบการบริหารจริยธรรมขององค์กรสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลทางคลินิกและบริการทั่วไปอย่างมีจริยธรรม (P)

เจตจำนงของ GLD.12 จนถึง GLD.12.2

โรงพยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายมากมายในการให้การดูแลสุขภาพที่ความปลอดภัยและมีคุณภาพสูง มีความก้าวหน้าในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ข้อจำกัดทางการเงิน และความคาดหวังที่เพิ่มขึ้น ข้อขัดแย้งทางจริยธรรมและการถกเถียงกันที่มีมากขึ้น คณะผู้นำโรงพยาบาลมีความเป็นมืออาชีพและความรับผิดชอบทางกฎหมายในการสร้างและส่งเสริมสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมที่ดำเนินการภายในกรอบจริยธรรม

กรอบจริยธรรมจะต้องนำไปใช้เหมือนกันในการดำเนินธุรกิจของโรงพยาบาล และกิจกรรมคลินิก คณะผู้นำโรงพยาบาลจะต้องแสดงการปฏิบัติของมีจริยธรรมและจัดทำแนวทางสำหรับดำเนินงานและการปฏิบัติขององค์กร การดำเนินการของคณะผู้นำโรงพยาบาลและการปฏิบัติจริยธรรมของโรงพยาบาลจะต้องสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจและคุณค่าของโรงพยาบาล; นโยบายของบุคลากร รายงานประจำปี; และเอกสารอื่น ๆ

กรอบให้การสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพของโรงพยาบาล บุคลากรอื่น ๆ ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อต้องเผชิญข้อขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความขัดแย้งระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพ และความขัดแย้งเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลระหว่างผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนพร้อมดำเนินการได้ทันทีและรวมถึงทรัพยากรจริยธรรม และการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่น ๆ ผู้นำจัดทำเอกสารแนวทางกรอบการทำงานสำหรับการปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบในแนวทางเดียวกัน บรรทัดฐานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและจริยธรรมวิชาชีพของประเทศและสากลจะนำมาพิจารณาในการสร้างกรอบการทำงานนี้ องค์กรดำเนินการภายใต้กรอบการทำงานนี้เพื่อ

- เปิดเผยข้อมูลความเป็นเจ้าของและผลประโยชน์ทับซ้อนหากจะมี;
- นำเสนอบริการต่อผู้ป่วยอย่างจริงใจ;
- จัดให้มีนโยบายการรับผู้ป่วย การโอนย้าย และการจำหน่ายที่ชัดเจน;
- เรียกเก็บค่าบริการอย่างถูกต้องและสร้างความมั่นใจว่าแรงจูงใจทางการเงินและการจ่ายเงินไม่ทำให้ประนีประนอมต่อการดูแลผู้ป่วย;
- กระตุ้นให้เกิดความโปร่งใสในการรายงานการวัดผลการปฏิบัติงานขององค์กรและทางคลินิก;
- สร้างกลไกให้ผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่น ๆ สามารถรายงานข้อผิดพลาดทางคลินิกและความกังวลด้านจริยธรรมที่เพิ่มขึ้นโดยไม่ถูกลงโทษ รวมทั้งการรายงานพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับทางคลินิกและ / หรือปัญหาการดำเนินงาน;
- สนับสนุนสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้หลีกเลี่ยงข้อกังวลด้านจริยธรรม โดยไม่ต้องกลัวการล้างแค้น;
- ให้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและทันเวลาเมื่อเกิดข้อขัดแย้งด้านจริยธรรม;
- มั่นใจว่าจะไม่มีการแบ่งแยกการปฏิบัติในการจ้างงานและการให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและระเบียบข้อบังคับของประเทศ; และ

- ลดความแตกต่างในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก (ดู COP.1, PFR.1.1 และ GLD.8 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.12

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลจัดทำกรอบสำหรับการบริหารจัดการจริยธรรมของโรงพยาบาลซึ่งส่งเสริมวัฒนธรรมของการปฏิบัติและการตัดสินใจอย่างมีจริยธรรมเพื่อสร้างความมั่นใจในการปกป้องผู้ป่วยและสิทธิของผู้ป่วย. (ดู GLD.8 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. กรอบจริยธรรมสร้างความมั่นใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่จัดให้อยู่ภายใต้บรรทัดฐานทางธุรกิจ, การเงิน, จริยธรรมและกฎหมาย.
- ☐ 3. โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะไม่มีการแบ่งแยกการปฏิบัติในการจ้างงานและการให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทของบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและระเบียบข้อบังคับของประเทศ.
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลตรวจสอบบรรทัดฐานจริยธรรมระดับชาติและสากลเพื่อรวมเข้ากับกรอบของโรงพยาบาลในการปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมเมื่อมีการจัดทำ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.12.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลเปิดเผยความเป็นเจ้าของกิจการและผลประโยชน์ทับซ้อนทุกกรณี. (ดู AOP.5, ME.5 และ AOP.6, ME.5 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โรงพยาบาลแสดงบริการต่อผู้ป่วยด้วยความจริงใจ.
- ☐ 3. โรงพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการอย่างถูกต้องและสร้างความมั่นใจว่าแรงจูงใจทางการเงินและการจ่ายเงินไม่ทำให้ประนีประนอมต่อการดูแลผู้ป่วย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.12.2

- ☐ 1. กรอบบริหารจัดการจริยธรรมของโรงพยาบาลจัดให้มีกลไกในกรณีที่มีผู้ให้การดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่น ๆ อาจจะมีการหยิบยกข้อห่วงกังวลทางจริยธรรมขึ้นมาโดยปราศจากความกลัวการจ้องเฝ้า.
- ☐ 2. การสนับสนุนในการระบุและตอบสนองต่อข้อห่วงกังวลทางจริยธรรมมีพร้อมและครอบคลุมทรัพยากรทางด้านจริยธรรมรวมถึงการฝึกอบรมผู้ให้การดูแลสุขภาพและบุคลากรอื่น ๆ.
- ☐ 3. โรงพยาบาลจัดให้มีการแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา.

มาตรฐาน GLD.13

คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างและสนับสนุนแผนงานวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งโรงพยาบาล. ⑨

มาตรฐาน GLD.13.1

คณะผู้นำโรงพยาบาลปฏิบัติ ติดตาม และดำเนินการปรับปรุงแผนงานสำหรับวัฒนธรรมของความปลอดภัยทั่วทั้งโรงพยาบาล

เจตจำนงของ GLD.13 และ GLD.13.1

วัฒนธรรมของความปลอดภัยมีความหมายถึง "สภาพแวดล้อมการทำงานร่วมกันที่บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพ ผู้นำผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมจิตวิทยาความ

ปลอดภัย ทีมเรียนรู้จากเหตุการณ์เกือบพลาด และความคลาดเคลื่อน ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีความตระหนักถึงธรรมชาติของข้อจำกัดในศักยภาพมนุษย์ในระบบที่ซับซ้อน (การรับรู้รู้สึกเครียด) และสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม และผลักดันให้เกิดการพัฒนาผ่านกระบวนการสรุปบทวน”

การเติบโตด้านคุณภาพและปลอดภัยในสภาพแวดล้อมนั้นสนับสนุนให้เกิดการทำงานเป็นทีม และให้ความเคารพผู้อื่น โดยไม่คำนึงถึงตำแหน่งฐานในโรงพยาบาล คณะผู้นำโรงพยาบาลต้องแสดงความมุ่งมั่นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย ของพวกและกำหนดความคาดหวังสำหรับผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล พฤติกรรมที่ไม่คงเส้นคงวาต่อวัฒนธรรมความปลอดภัย หรือชมเชยคุกคามผู้อื่น และมีผลกระทบต่อขวัญกำลังใจหรือส่งผลต่อการหมุนเวียนบุคลากรจนเป็นอันตรายต่อการดูแลผู้ป่วย หลักสำคัญของแผนงานสำหรับวัฒนธรรมของความปลอดภัย ได้แก่

- การรับรู้ธรรมชาติของความเสี่ยงสูงของกิจกรรมในโรงพยาบาล และมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จในการดำเนินงานความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง;
- มีสภาพแวดล้อมที่บุคลากรความสามารถที่จะรายงานข้อผิดพลาดหรือเหตุการณ์เกือบพลาด โดยไม่เกรงกลัวการตำหนิหรือลงโทษ
- ให้กำลังใจการทำงานร่วมกันผ่านการยกย่อง และมุ่งมั่นที่จะแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วย และ
- ความมุ่งมั่นขององค์กรในด้านทรัพยากร เช่น เวลาของบุคลากร, การศึกษา, วิธีการที่ปลอดภัยสำหรับการรายงานปัญหา และสิ่งอื่นที่คล้ายกัน เป็นความกังวลด้านความปลอดภัย

บริการดูแลสุขภาพยังคงมีวัฒนธรรมการตำหนิต่อตัวบุคคล ซึ่งบั่นทอนความก้าวหน้าของวัฒนธรรมความปลอดภัย มีบางกรณีที่บุคคลที่ไม่ควรถูกตำหนิจากข้อผิดพลาด ตัวอย่างเช่น เมื่อเกิดการสื่อสารที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร เมื่อมีความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับการตัดสินใจ หรือเมื่อการออกแบบปัจจัยของมนุษย์เกิดข้อบกพร่องในกระบวนการรักษา อย่างไรก็ตามข้อผิดพลาดบางอย่างที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยง และไม่มีควมรับผิดชอบ ตัวอย่างเช่น พฤติกรรมเสี่ยงในการความล้มเหลวที่จะปฏิบัติแนวทางการทำความสะอาดมือ ไม่ทำการขอเวลานอกก่อนการผ่าตัด หรือไม่ได้ทำเครื่องหมายบนตำแหน่งที่จะผ่าตัด วัฒนธรรมของความปลอดภัยรวมถึงการระบุและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย ในเวลาเดียวกันโรงพยาบาลจะต้องรักษาควมรับผิดชอบต่อพฤติกรรมเสี่ยง การระควมรับผิดชอบมีแตกต่างระหว่างผิดพลาดของมนุษย์ (เช่น ความไม่เป็นระเบียบ) พฤติกรรมที่มีความเสี่ยง (เช่น มุ่งง่าย) และพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น ละเลยขั้นตอนความปลอดภัยที่จำเป็น)

คณะผู้นำโรงพยาบาลประเมินวัฒนธรรมเป็นประจำด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมสำรวจอย่างเป็นทางการ การรวมกลุ่ม การสัมภาษณ์บุคลากร และการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้นำโรงพยาบาลส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม และจัดทำโครงสร้าง กระบวนการ และแผนงานที่ช่วยให้อวัฒนธรรมในเชิงบวกนี้เจริญขึ้น คณะผู้นำโรงพยาบาลกำหนดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในการทำงานของบุคลากรในทุกระดับของโรงพยาบาล รวมถึงการจัดการบุคลากรทางคลินิกและไม่ใช่บุคลากรทางคลินิก ผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานเป็นอิสระ และสมาชิกนิติบุคคลผู้กำกับกิจการ.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.13

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างและสนับสนุนวัฒนธรรมองค์กรซึ่งส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบและความโปร่งใส.
- ☐ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลจัดทำและบันทึกจรรยาบรรณรวมถึงค้นหาและแก้ไขพฤติกรรมที่ยอมรับไม่ได้.

- ☐ 3. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลจัดให้มีการศึกษาและสารสนเทศ (เช่น วารสารและข้อเสนอแนะ) เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลแก่แต่ละบุคคลทั้งหมดที่ทำงานในโรงพยาบาล.
- ☐ 4. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำหนดวิธีการค้นหาและจัดการประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในโรงพยาบาล.
- ☐ 5. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลจัดหาทรัพยากรเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กร.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.13.1

- ☐ 1. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลจัดให้มีระบบที่เรียบง่าย, เข้าถึงได้และเป็นความลับสำหรับการรายงาน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล
- ☐ 2. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ารายงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลได้รับการสอบสวนในลักษณะที่ทันเวลา.
- ☐ 3. โรงพยาบาลระบุประเด็นเชิงระบบที่นำผู้ให้การดูแลสุขภาพเข้ามาผูกพันในพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย.
- ☐ 4. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลใช้ตัววัดเพื่อประเมินผลและเฝ้าติดตามวัฒนธรรมความปลอดภัยภายในองค์กรและนำไปปฏิบัติซึ่งการพัฒนาที่ระบุได้จากการวัดและการประเมินผล.
- ☐ 5. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลนำสู่ปฏิบัติซึ่งกระบวนการที่เพื่อป้องกันการจองเวรต่อผู้รายงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมความปลอดภัย.

การฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและการวิจัยในมนุษย์

หมายเหตุ มาตรฐานนี้ใช้กับโรงพยาบาลที่ให้การศึกษามูลนิธิวิชาชีพด้านสุขภาพ แต่ไม่ได้เข้าเกณฑ์คุณสมบัติของการรับรองโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์การศึกษาทางการแพทย์

มาตรฐาน GLD.14

การศึกษาด้านวิชาชีพสุขภาพซึ่งจัดให้มีในโรงพยาบาล ได้รับแนวทางและข้อพิจารณาของเจ้าของแผนงานวิชาการและคณะผู้บริหารโรงพยาบาล.

เจตจำนงของ GLD.14

บ่อยครั้งที่โรงพยาบาลจะมีบทบาทในพันธกิจด้านให้การศึกษาคณะกรรมการวิชาชีพด้านสุขภาพ และเป็นสถานที่ฝึกอบรมด้านคลินิกสำหรับนักศึกษาแพทย์ พยาบาล วิชาชีพด้านบริการสุขภาพ และหลักสูตรฝึกอบรมนักศึกษาอื่น ๆ. เช่น ยกตัวอย่างเช่น นักเรียนและนักศึกษาทางการแพทย์มาฝึกอบรมทางคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน หรือจัดแผนงานฝึกอบรมทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล โรงพยาบาลเหล่านี้มีบทบาทในการให้การศึกษาคณะกรรมการวิชาชีพด้านสุขภาพ แต่ไม่ได้เข้าเกณฑ์คุณสมบัติของมาตรฐานโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์การศึกษาทางการแพทย์.

เมื่อโรงพยาบาลมีส่วนร่วมในแผนงานฝึกอบรมดังกล่าว โรงพยาบาลดำเนินการต่อไปนี้

- จัดให้มีกลไกสำหรับกำกับดูแลแผนงานการฝึกอบรม;
- ได้รับและยอมรับข้อพิจารณา (parameter) ของเจ้าของแผนงานวิชาการ;
- จัดตั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเพื่อการฝึกอบรมในโรงพยาบาล.

- มีเอกสารหลักฐานสถานภาพการลงทะเบียน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือประกาศนียบัตร (ที่ได้รับและการจัดระดับทางวิชาการของผู้รับการฝึกอบรม;
- เข้าใจและจัดให้มีการกำกับดูแลในระดับที่ต้องการสำหรับผู้รับการฝึกอบรมแต่ละประเภทและแต่ละระดับ; และ
- นำผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมในการปฐมนิเทศ แผนงานคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และแผนงานอื่น ๆ ขององค์กร. (ดู GLD.1.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.14

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดให้มีกลไกกำกับดูแลแผนงานฝึกอบรม.
- ☐ 2. โรงพยาบาลได้รับและยอมรับข้อพิจารณาของเจ้าของแผนงานวิชาการ.
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีเอกสารที่สมบูรณ์ของผู้รับการฝึกอบรมในองค์กรทุกคน.
- ☐ 4. โรงพยาบาลมีเอกสารหลักฐานสถานภาพการลงทะเบียน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือประกาศนียบัตรที่ได้รับ และการจัดระดับทางวิชาการของผู้รับการฝึกอบรม.
- ☐ 5. โรงพยาบาลเข้าใจและจัดให้มีการกำกับดูแลในระดับที่ต้องการสำหรับผู้รับการฝึกอบรมแต่ละประเภทและแต่ละระดับ.
- ☐ 6. โรงพยาบาลนำผู้รับการฝึกอบรมเข้าร่วมกับการปฐมนิเทศ แผนงานคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และแผนงานอื่น ๆ ขององค์กร.

การวิจัยในมนุษย์

หมายเหตุ มาตรฐานนี้ใช้กับโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัยวิชำมนุษย์ แต่ไม่ได้เข้าเกณฑ์คุณสมบัติของการรับรองโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์การศึกษาทางการแพทย์

มาตรฐาน GLD.15

การศึกษาวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบและแนวทางของคณะผู้ว่าโรงพยาบาล. ⑨

เจตจำนงของ GLD.15

การทำวิจัยในมนุษย์ในขนาดใหญ่หรือขนาดเล็กเป็นความพยายามที่ซับซ้อนและที่สำคัญสำหรับโรงพยาบาล คณะผู้ว่าโรงพยาบาลตระหนักถึงระดับความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมของบุคคลที่จำเป็น เพื่อความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ตามบริบทในการปกป้องผู้ป่วยที่มีข้อผูกมัดในการวินิจฉัยและรักษา ความรับผิดชอบของคณะผู้ว่าของโรงพยาบาลในการทำวิจัยในมนุษย์ไม่ได้แยกออกจากความรับผิดชอบในการผู้ป่วยดูแล ความรับผิดชอบต้องบูรณาการในทุกระดับ ดังนั้น การพิจารณาด้านจริยธรรม การสื่อสารที่ดี ผู้นำมีความรับผิดชอบ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และทรัพยากรทางการเงินและไม่ใช่การเงินเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบนี้ จัดทรัพยากรเป็นแหล่งของการประกันค่าสินไหมทดแทนเพื่อชดเชยอย่างเพียงพอให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิกที่ประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์. คณะผู้ว่าโรงพยาบาลตระหนักถึงภาระหน้าที่ในการปกป้องผู้ป่วยความไม่รับผิดชอบของผู้อุปถัมภ์การวิจัย. (ดู GLD.1.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.15

- ☐ 1. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลระบุความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการในการธำรงการพัฒนาและการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติของการทำวิจัยในมนุษย์ทั้งหมด.
- ☐ 2. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลมอบหมายความรับผิดชอบสำหรับการปกป้องผู้ป่วยจากความไม่รับผิดชอบของ ผู้อุปถัมภ์การวิจัย.
- ☐ 3. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลยอมรับและจัดทำกลไกเพื่อให้มีการปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับและข้อกำหนดในวิชาชีพที่เกี่ยวกับการทำวิจัย.
- ☐ 4. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ามีแหล่งของการประกันค่าสินไหมทดแทนเพื่อชดเชยอย่างเพียงพอให้แก่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิกที่ประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์.
- ☐ 5. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลจัดทำเกณฑ์การรับหรือการส่งต่อผู้ป่วยเข้าร่วมหน่วยหรือแผนงานในการทำวิจัยเมื่อมีความเหมาะสม

มาตรฐาน GLD.16

โรงพยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับวิธีการเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิกซึ่งกระทำในมนุษย์. **(P)**

เจตจำนงของ GLD.16

โรงพยาบาลที่มีการทำวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก ซึ่งกระทำในมนุษย์ ให้สารสนเทศแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านั้นหากมีความจำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วย. เมื่อผู้ป่วยได้รับการขอให้เข้าร่วม ผู้ป่วยต้องการสารสนเทศที่จะเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ประกอบด้วย

- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ;
- ความไม่สุขสบายและความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น;
- ทางเลือกอื่นที่อาจช่วยผู้ป่วยได้; และ
- ระเบียบปฏิบัติที่จะต้องทำตาม.

ผู้ป่วยได้รับแจ้งว่าตนสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ โดยไม่มีผลเสียต่อการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล.โรงพยาบาลมีนโยบายและระเบียบปฏิบัติในการให้สารสนเทศนี้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.16

- ☐ 1. มีการบ่งชี้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสมและแจ้งให้ทราบถึงวิธีการเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก ที่จำเป็นต่อการรักษา.
- ☐ 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น.
- ☐ 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้น.
- ☐ 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกอื่น ๆ ที่อาจช่วยผู้ป่วยได้.
- ☐ 5. ผู้ป่วยที่ได้รับการขอให้เข้าร่วม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติตาม.
- ☐ 6. ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการมีส่วนร่วมนั้นจะไม่ส่งผลเสียต่อการเข้ารับบริการจากองค์กร.

มาตรฐาน GLD.17

โรงพยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงวิธีการที่ผู้ป่วยซึ่งสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิกหรือการทดลองทางคลินิกจะได้รับการคุ้มครอง.

เจตจำนงของ GLD.17

องค์กรที่มีการทำวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก ซึ่งกระทำกับมนุษย์ รับผิดชอบต่อความรับผิดชอบต่อสิ่งที่สำคัญที่สุดคือสุขภาพและสุขภาวะของผู้ป่วย. สารสนเทศเหล่านี้ได้รับการสื่อสารให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการ. โรงพยาบาลแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบล่วงหน้าเกี่ยวกับกระบวนการที่ได้กำหนดไว้เพื่อ

- วิจัย, และความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยในการวิจัย
- ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมโครงการ;
- สิทธิของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องในการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ;
- สิทธิของผู้ป่วยในการได้รับการรักษาความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศ; และ
- ขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการ. (ดู GLD.18 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.17

- ☐ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีวิจัยประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้เข้าร่วมโครงการ.
- ☐ 2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยในการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ.
- ☐ 3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยที่เป็นความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศงานวิจัย. (ดู MOI.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการของโรงพยาบาลในขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมโครงการ. (ดู PFR.5.1 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน GLD.18

การขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวจะต้องกระทำก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก และการทดลองทางคลินิก^(P)

เจตจำนงของ GLD.18

มีการให้การยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก. สารสนเทศที่ให้ในช่วงเวลาที่จะตัดสินใจเข้าร่วมนั้นเป็นฐานสำหรับการยินยอมโดยได้รับข้อมูล (ดู PFR.5.1 and GLD.17 ร่วมด้วย). มีการบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ขอความยินยอมไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.18

- ☐ 1. มีการขอการยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิก.

- ☐ 2. มีการบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและผู้ขอความยินยอมไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย.
- ☐ 3. มีบันทึกความยินยอม และลงวันที่เข้าร่วมโครงการในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยการลงนามหรือลงบันทึกถ้อยคำที่ให้การยินยอม.

มาตรฐาน GLD.19

โรงพยาบาลมีคณะกรรมการหรือวิธีการอื่นที่จะกำกับดูแลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ทั้งหมดในองค์กร ^(P)

เจตจำนงของ GLD.19

เมื่อโรงพยาบาลมีการวิจัยทางคลินิก การสืบค้นทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือกลไกอื่น ๆ เช่น คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่จะกำกับดูแลกิจกรรมดังกล่าวทั้งหมดในโรงพยาบาล. โรงพยาบาลจัดทำเจตจำนงของกิจกรรมกำกับดูแล. กิจกรรมกำกับดูแลประกอบด้วยกระบวนการทบทวนเกณฑ์วิธีวิจัย กระบวนการซึ่งนำหนักของประโยชน์และความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ และกระบวนการรักษาความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศงานวิจัย.

องค์ประกอบที่วัดได้ของ GLD.19

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีคณะกรรมการหรือกลไกอื่น ๆ เช่น คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหน้าที่กำกับดูแลงานวิจัยทั้งหมดในโรงพยาบาล.
- ☐ 2. โรงพยาบาลจัดทำเจตจำนงที่ชัดเจนสำหรับกิจกรรมกำกับดูแลงานวิจัย.
- ☐ 3. กิจกรรมกำกับดูแลงานวิจัย ครอบคลุมกระบวนการทบทวนเกณฑ์วิธีวิจัย.
- ☐ 4. กิจกรรมกำกับดูแลงานวิจัย ครอบคลุมกระบวนการเปรียบเทียบประโยชน์และความเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ.
- ☐ 5. กิจกรรมกำกับดูแลงานวิจัย ครอบคลุมกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศงานวิจัย.

การบริหารจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัย (FMS)

ภาพรวม

องค์กรด้านการดูแลสุขภาพพยายามทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ใช้งานได้ดี และอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้ที่เข้ามาในสถานที่นั้น การที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ตัวอาคารสถานที่ เครื่องมือแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ รวมถึงคน จะต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการนั้นจะต้องมุ่งมั่นที่จะ

- ลดและควบคุมอันตรายและความเสี่ยง
- ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และ
- รักษาสภาพที่มีความปลอดภัย

การจัดการที่มีประสิทธิภาพจะต้องรวมถึงการวางแผนสหสาขาวิชาชีพ, การศึกษา, และการตรวจสอบดังนี้

- ผู้นำวางแผนพื้นที่ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อที่จะสนับสนุนการให้บริการทางคลินิกได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
- บุคลากรทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับอาคารสถานที่ วิเคราะห์ความเสี่ยง และวิธีการเฝ้าระวังและรายงานสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง
- เกณฑ์การปฏิบัติงานถูกนำมาใช้ในการประเมินระบบที่สำคัญและเพื่อระบุความจำเป็นในการปรับปรุง

มีการพัฒนาแผนงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยครอบคลุมทั้ง 6 เรื่องดังต่อไปนี้ (เมื่อเหมาะสมต่อองค์กรและกิจกรรมขององค์กรนั้น)

1. ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย
 - i. ความปลอดภัย – ระดับที่อาคารสถานที่ บริเวณที่กำลังก่อสร้าง บริเวณโดยรอบอาคาร และเครื่องมือต่าง ๆ ไม่ทำให้เกิดอันตรายและความเสี่ยงต่อผู้ป่วย บุคลากร และผู้ที่เข้ามาในบริเวณนั้นๆ
 - ii. การรักษาความปลอดภัย – การป้องกันการสูญหาย ถูกทำลาย หรือการเข้าถึงโดยผู้ไม่ได้รับอนุญาต
2. วัตถุอันตราย – มีการควบคุมการสัมผัส การจัดเก็บ และการใช้สารกัมมันตรังสีและวัตถุอันตรายอื่น ๆ และการกำจัดของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย
3. การจัดการภาวะฉุกเฉิน – มีการระบุถึงความเสี่ยง มีการวางแผนตอบสนองต่อโรคระบาด ภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประเมินความสมบูรณ์ของโครงสร้างของสภาพแวดล้อมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
4. ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย – มีการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มการป้องกันทรัพย์สินและผู้พ้นภัยจากอัคคีภัยและควันไฟ
5. เครื่องมือแพทย์ – มีการคัดเลือก บำรุงรักษา และใช้งานเครื่องมือแพทย์ในลักษณะที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

6. ระบบสาธารณูปโภค – มีการบำรุงรักษาระบบ ไฟฟ้า ประปา และระบบอื่น ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการล้มของระบบให้เหลือน้อยที่สุด

เมื่อองค์กรมีกิจการที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลอยู่ในอาคารดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับการเยี่ยมสำรวจ (เช่น ร้านกาแฟหรือร้านของขวัญที่มีเจ้าของอิสระ) องค์กรจะต้องทำให้มั่นใจว่ากิจการอิสระเหล่านี้ปฏิบัติตามแผนงานบริหารอาคารและความปลอดภัยต่อไปนี

- แผนความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัย
- แผนวัตถุอันตราย
- แผนจัดการภาวะฉุกเฉิน
- แผนความปลอดภัยทางด้านอัคคีภัย

กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และการตรวจสอบโดยผู้มีอำนาจหน้าที่ในพื้นที่ เป็นตัวกำหนดสำคัญว่าอาคารสถานที่ จะได้รับการออกแบบ ใช้ และบำรุงรักษาอย่างไร ทุกองค์กรไม่ว่าจะมีขนาดและทรัพยากรเท่าไร จะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดเหล่านี้ โดยถือเป็นหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน

องค์กรจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ รวมถึงกฎระเบียบควบคุมอาคาร องค์กรมีความรู้มากขึ้น เกี่ยวกับรายละเอียดของอาคารสถานที่ ๆ ใช้งานอยู่ โดยการทำการสำรวจพื้นที่ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ องค์กรมีการเก็บข้อมูลในเชิงรุก ปฏิบัติตามกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยง และยกระดับสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านั้นจะมีการระบุสัญลักษณ์ **P** หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับ เจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

การนำและการวางแผน

FMS.1 องค์กรปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง และข้อกำหนดเกี่ยวกับการตรวจสอบอาคารสถานที่

FMS.2 องค์กรจัดทำและดำรงไว้ซึ่งแผนงานเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากร **P**

FMS.3 มีบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งคน ทำหน้าที่กำกับดูแลการวางแผนแผนงานเพื่อลดและจัดการความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมของการดูแล และนำสู่การปฏิบัติ

ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ

FMS.4 องค์กรวางแผนแผนงานเพื่อจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีสวัสดิภาพ โดยการตรวจสอบ และการวางแผนเพื่อลดความเสี่ยง และนำแผนสู่การปฏิบัติ **P**

FMS.4.1 องค์กรวางแผนแผนงานเพื่อจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย

ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน (P)

FMS.4.2 องค์กรวางแผนและจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงระบบ อาคาร หรือ องค์ประกอบสำคัญ ตามผลการตรวจสอบอาคารสถานที่ และเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

FMS.4.2.1 เมื่อทำการวางแผนสำหรับการรื้อถอน การก่อสร้าง หรือการปรับปรุงพื้นที่ องค์กรมีการประเมินความเสี่ยงก่อนการก่อสร้าง (P)

วัตถุอันตราย

FMS.5 องค์กรมีแผนสำหรับทำบัญชีรายการ การหีบห่อ การจัดเก็บ และการใช้วัตถุอันตรายและของเสียอันตราย (P)

FMS.5.1 องค์กรมีแผนสำหรับการควบคุม และกำจัดวัตถุและของเสียอันตราย (P)

การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

FMS.6 องค์กรจัดทำ ดำรงไว้ และทดสอบการตอบสนองซึ่งแผนงานและแผนการบริหารในภาวะฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน โรคระบาด ภัยธรรมชาติหรือภัยพิบัติอื่น ๆ ที่มีโอกาสเกิดในชุมชน (P)

ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย

FMS.7 องค์กรวางแผนแผนงานเพื่อการป้องกัน การตรวจจับแต่เริ่มแรก การปราบปราม การดับเพลิง และการมีทางออกที่ปลอดภัย เพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินจากอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ (P)

FMS.7.1 องค์กรทดสอบแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและควันไฟอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงทดสอบอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจจับและดับเพลิงแต่เริ่มแรก และบันทึกผล (P)

FMS.7.2 แผนเพื่อความปลอดภัยทางอัคคีภัยรวมถึงการจำกัดการสูบบุหรี่ของบุคลากรและผู้ป่วย ให้อยู่ในพื้นที่ที่จัดไว้นอกบริเวณดูแลผู้ป่วย และนำสู่การปฏิบัติ (P)

เครื่องมือแพทย์

FMS.8 องค์กรวางแผนแผนงานสำหรับการตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ นำสู่การปฏิบัติและบันทึกผล (P)

FMS.8.1 องค์กรมีระบบเรียกกลับผลิตภัณฑ์และเครื่องมือที่มีการแจ้งเตือน เรียกคืน แจ้งเหตุอุบัติการณ์ ปัญหาและการล้มเหลว (P)

ระบบสาธารณูปโภค

FMS.9 องค์กรวางแผนแผนงานและนำสู่การปฏิบัติ เพื่อให้แน่ใจว่าระบบสาธารณูปโภคทั้งหมดสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

FMS.9.1 ระบบสาธารณูปโภคได้รับการตรวจสอบ บำรุงรักษา และปรับปรุง

FMS.9.2 แผนงานระบบสาธารณูปโภคขององค์กรทำให้มั่นใจได้ว่ามีน้ำสะอาดและพลังงานไฟฟ้าใช้ตลอดเวลา และทำให้สามารถใช้น้ำและไฟฟ้าจากแหล่งสำรองได้ในกรณีที่เกิดเหตุขัดข้อง ปนเปื้อน หรือล้มเหลวของแหล่งปรกติ

FMS.9.3 กำหนดให้มีบุคคลหรือผู้มีอำนาจตรวจสอบติดตามคุณภาพน้ำประปาอย่างสม่ำเสมอ

การตรวจสอบแผนงานการจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัย

FMS.10 องค์กรเก็บข้อมูลการติดตามสำหรับแผนงานการจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัยแต่ละหัวข้อ เพื่อการวางแผนในการทดแทน หรือ อัปเดตเครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบ และลด ความเสี่ยงในสภาพแวดล้อมนั้น

การให้ความรู้แก่บุคลากร

FMS.11 องค์กรจัดการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรทั้งหมด เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดให้มีอาคารสถานที่ สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

FMS.11.1 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทของตนตามแผนขององค์กรสำหรับ ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย การรักษาความปลอดภัย วัตถุอันตราย และภาวะฉุกเฉิน

FMS.11.2 บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานและบำรุงรักษา เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ และระบบสาธารณูปโภค

มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

การนำและการวางแผน

มาตรฐาน FMS.1

โรงพยาบาลปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ประมวลข้อบังคับด้านอาคารและความปลอดภัยจากอัคคีภัย และ ข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่ที่เกี่ยวข้อง

เจตจำนงของ FMS.1

กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบโดยหน่วยงานที่มีอำนาจในระดับชาติและท้องถิ่นมีบทบาทอย่างยิ่งต่อวิธีการออกแบบ ใช้และการบำรุงรักษาอาคารสถานที่ โดยไม่คำนึงถึงขนาดและทรัพยากรโรงพยาบาลทั้งหมด จะต้อง ปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าวถือเป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบต่อ ผู้ป่วยครอบครัวบุคลากรและผู้มาเยือนของตน¹ ข้อกำหนดดังกล่าวอาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับอายุของอาคารและตำแหน่งที่ตั้งรวมถึงปัจจัยอื่น ๆ

ตัวอย่างเช่น ประมวล ข้อบังคับในการก่อสร้างอาคารจำนวนมากและประมวลข้อบังคับความปลอดภัยจากอัคคีภัย เช่น สำหรับระบบสปริงเกอร์ใช้เฉพาะกับอาคารที่ก่อสร้างใหม่ โรงพยาบาลเริ่มต้นด้วยการปฏิบัติตามกฎหมายและ ระเบียบข้อบังคับ

คณะผู้นำโรงพยาบาลรับผิดชอบที่จะ

- ทราบสิ่งที่กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ประมวลข้อบังคับด้านอาคารและความปลอดภัยจากอัคคีภัย ใน ระดับ ชาติและท้องถิ่น ตลอดจนข้อกำหนดอื่น ๆ ที่นำไปประยุกต์ใช้กับอาคารสถานที่ของโรงพยาบาล
- ดำเนินการตามข้อกำหนดหรือข้อกำหนดที่เป็นทางเลือกที่ได้รับการอนุมัติ และ
- วางแผนและจัดสรรงบประมาณสำหรับการปรับปรุงที่จำเป็นหรือการเปลี่ยนที่ระบุไว้โดยข้อมูลการ ตรวจสอบหรือเพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนดที่ใช้บังคับและจัดให้มีหลักฐานของความคืบหน้าการดำเนินการ ปรับปรุง (ดู FMS.4.2.ME.1,2 และ 3 ร่วมด้วย)

เมื่อโรงพยาบาลได้รับข้ออ้างอิงที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด คณะผู้นำโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการวางแผน และ ตอบสนองต่อข้อกำหนดในกรอบเวลาที่กำหนด

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.1

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการอาคารสถานที่เข้าใจและดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ประมวลข้อบังคับด้านอาคารและความปลอดภัยจากอัคคีภัยในระดับชาติและท้องถิ่นและ ข้อกำหนดอื่น ๆ ที่ใช้บังคับกับอาคารสถานที่ของโรงพยาบาล (ดู GLD.2, ME 5 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ผู้นำโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการอาคารสถานที่ดำเนินการตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ประมวลข้อบังคับด้านอาคารและความปลอดภัยจากอัคคีภัยระดับชาติและท้องถิ่น และ ข้อกำหนด อื่น ๆ ที่ได้รับการอนุมัติหรือทางเลือก
- ☐ 3. คณะผู้นำโรงพยาบาลทำให้อย่างมั่นใจว่าโรงพยาบาลปฏิบัติตามเงื่อนไขของการรายงานด้านอาคารสถานที่ หรือข้ออ้างอิงจากการตรวจสอบโดยหน่วยงานระดับชาติและท้องถิ่น (ดู GLD.2, ME 6 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน FMS.2

องค์กรจัดทำและดำรงไว้ซึ่งแผนเป็นลายลักษณ์อักษร อธิบายถึงกระบวนการจัดการความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากร ๑

เจตจำนงของ FMS.2

การจัดการความเสี่ยงภายในสิ่งแวดล้อมซึ่งผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาและบุคลากรทำงาน ต้องอาศัยการ วางแผน องค์กรจัดทำแผนแม่บทหรือแผนย่อยที่เหมาะสมกับองค์กร ประกอบด้วย

- ความปลอดภัยและการรักษาความปลอดภัย (safety and security)
ความปลอดภัย – ระดับที่ไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงต่อผู้ป่วย บุคลากร หรือผู้มาเยือน จากอาคาร บริเวณโดยรอบ และเครื่องมือ
การรักษาความปลอดภัย – การป้องกันการสูญหาย ถูกทำลาย ความวุ่นวาย การเข้าถึงหรือการใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่
- วัตถุอันตราย (hazardous materials) – มีการควบคุมการสัมผัส การจัดเก็บ และการใช้สารกัมมันตรังสี และ วัตถุอันตรายอื่น ๆ รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย
- ภาวะฉุกเฉิน (emergencies) – มีการวางแผนตอบสนองต่อโรคระบาด ภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉิน และมีการ ตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ
- ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย (fire safety) – มีการปกป้องทรัพย์สินและผู้ป่วยจากอัคคีภัยและควัน ไฟ
- เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ (medical equipment) – มีการคัดเลือกอุปกรณ์ บำรุงรักษา และใช้งาน เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ในลักษณะที่ลดความเสี่ยง
- ระบบสาธารณูปโภค (utility systems) – มีการบำรุงรักษาระบบไฟฟ้า ประปา และสาธารณูปโภคอื่น ๆ เพื่อ ลดความเสี่ยงต่อการล่มของระบบสาธารณูปโภคให้เหลือน้อยที่สุด

แผนดังกล่าวจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นปัจจุบัน สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ในสิ่งแวดล้อมขององค์กร ใน ปัจจุบันหรือเมื่อไม่นานมานี้ มีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผน เมื่อองค์กรมีกิจการที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของ โรงพยาบาลอยู่ในอาคารดูแลผู้ป่วยที่จะได้รับการเยี่ยมสำรวจ (เช่น ร้านกาแฟหรือร้านของชำที่มีเจ้าของอิสระ) องค์กรจะต้องทำให้มั่นใจว่ากิจการอิสระเหล่านี้ปฏิบัติตามแผนงานบริหารอาคารและความปลอดภัย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.2

- ☐ 1. มีแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษรระบุถึงขอบเขตของความเสี่ยงในเจตจำนงข้อ a) ถึง f)
- ☐ 2. แผนดังกล่าวมีความเป็นปัจจุบัน และมีการนำสู่การปฏิบัติ
- ☐ 3. องค์กรมีกระบวนการทบทวนและปรับปรุงแผนให้ทันสมัยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรืออย่างน้อยเป็น ประจำปี
- ☐ 4. เมื่อมีหน่วยงานอิสระอยู่ในพื้นที่อาคารที่จะได้รับการเยี่ยมสำรวจ องค์กรจะต้องทำให้มั่นใจว่ากิจการ อิสระเหล่านี้ปฏิบัติตามแผนงานบริหารอาคารและความปลอดภัยในเจตจำนงข้อ a) ถึง d) (ดู FMS.11 ME.2 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน FMS.3

มีบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอย่างน้อยหนึ่งคน ทำหน้าที่กำกับดูแลการวางแผนแผนงานเพื่อจัดการความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมของการดูแล และนำสู่การปฏิบัติ

เจตจำนงของ FMS.3

องค์กรด้านการดูแลสุขภาพพยายามทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ใช้งานได้ดี และอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้ที่เข้ามาในสถานที่นั้น การที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ตัวอาคารสถานที่ เครื่องมือแพทย์และสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ รวมถึงคน จะต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการนั้นจะต้องมุ่งมั่นที่จะ

- ลดและควบคุมอันตรายและความเสี่ยง
- ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ และ
- รักษาสภาพที่มีความปลอดภัย

การจัดการที่มีประสิทธิภาพจะต้องรวมถึงการวางแผนสหสาขาวิชาชีพ, การศึกษา, และการตรวจสอบดังนี้

- ผู้นำวางแผนพื้นที่ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อที่จะสนับสนุนการให้บริการทางคลินิกได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ดู GLD.9 ME.2 ร่วมด้วย)
- บุคลากรทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับอาคารสถานที่ วิเคราะห์ความเสี่ยง และวิธีการเฝ้าระวังและรายงานสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง (ดู FMS.11 ME.1 ร่วมด้วย)
- เกณฑ์การปฏิบัติงานถูกนำมาใช้ในการประเมินระบบที่สำคัญและเพื่อระบุความจำเป็นในการปรับปรุง (ดู GLD.5 ME.1 ร่วมด้วย)

องค์กรทางการแพทย์จะต้องมีการพัฒนาแผนงานบริหารความเสี่ยงของอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จัดการความเสี่ยงผ่านการพัฒนาแผนการจัดการและบทบัญญัติการใช้งานพื้นที่ อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และทรัพยากรอื่น ๆ มีการมอบหมายให้มีผู้นำและกำกับดูแลแผนงานบริหารความเสี่ยงของอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมอย่างน้อยหนึ่งคน ในองค์กรขนาดเล็กอาจจะมอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่นี้หนึ่งคนทำงานบางช่วงเวลา ในองค์กรขนาดใหญ่ อาจต้องมอบหมายให้วิศวกรหรือผู้ได้รับการฝึกอบรมพิเศษอื่น ๆ มากกว่าหนึ่งคน ไม่ว่าจะเป็นการมอบหมายอย่างไร จะต้องมีการจัดการแผนงานทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้อง และต่อเนื่อง การกำกับดูแลแผนงานประกอบด้วย

- a) การวางแผนแผนงานทุกด้าน
- b) การดำเนินงานของแผนงาน
- c) การให้ความรู้บุคลากร
- d) การทดสอบและการติดตามแผนงาน
- e) การทบทวนและปรับปรุงแผนงานเป็นระยะ
- f) รายงานประจำปีต่อผู้กำกับดูแลกิจการเกี่ยวกับประสิทธิผลของแผนงาน

ขึ้นอยู่กับขนาดและความซับซ้อนขององค์กร อาจจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมทำหน้าที่กำกับดูแลแผนงาน และความต่อเนื่องของแผนงาน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.3

- ☐ 1. มีการมอบหมายหน้าที่กำกับดูแลและบริหารแผนงาน ให้แก่บุคคลหนึ่งคนหรือมากกว่า ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมจากประสบการณ์หรือการฝึกอบรม
- ☐ 2. มีการบันทึกข้อมูลหลักฐานประสบการณ์หรือการฝึกอบรมของผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมนั้น ๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

- ❑ 3. ผู้ทำหน้าที่กำกับดูแล วางแผนแผนงานและนำสู่การปฏิบัติตามองค์ประกอบในข้อ a) ถึง f) ใน เจตจำนงของมาตรฐาน

สวัสดิภาพและความปลอดภัย

มาตรฐาน FMS.4

องค์กรวางแผนแผนงานเพื่อจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีสวัสดิภาพ โดยการตรวจสอบ และการวางแผนเพื่อลดความเสี่ยง และนำแผนสู่การปฏิบัติ ⑨

มาตรฐาน FMS.4.1

องค์กรวางแผนแผนงานเพื่อจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน ⑨

มาตรฐาน FMS.4.2

องค์กรวางแผนและจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือเปลี่ยนทดแทนระบบ อาคาร หรือองค์ประกอบสำคัญตามผลการตรวจสอบอาคารสถานที่ และเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

เจตจำนงของ FMS.4 ถึง FMS.4.2

คำว่าสวัสดิภาพ และคำว่าความปลอดภัยในหลาย ๆ ประเทศมีความหมายเหมือนกันและใช้สลับกันได้ แต่ที่นี้เราให้คำจำกัดความที่ต่างกัน สวัสดิภาพหมายถึงการทำให้มั่นใจว่าอาคาร ทรัพย์สิน เครื่องมือแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศ และระบบต่าง ๆ ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางกายภาพต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และ ผู้มาเยือน ความปลอดภัย หมายถึงการป้องกันทรัพย์สินขององค์กร รวมถึงผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากรจากภัยอันตรายต่าง ๆ การป้องกันและการวางแผนมีความจำเป็นต่อการจัดให้มีอาคารสถานที่สำหรับดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย องค์กรต้องตระหนักในความเสี่ยงทั้งหมดที่มีอยู่ในอาคารสถานที่ เพื่อสามารถวางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ หมายถึงรวมถึงความปลอดภัยจากอัคคีภัยและความเสี่ยงด้านสวัสดิภาพของร่างกายและทรัพย์สินด้วย เป้าหมายคือการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ การคงไว้ซึ่งสภาวะที่ปลอดภัยและมีสวัสดิภาพสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรและผู้มาเยือน ลดและควบคุมอันตรายและความเสี่ยง (ดู FMS.11.1 ME.2 ร่วมด้วย)

องค์กรทางการแพทย์มีการวางแผนและนำสู่การปฏิบัติ การประเมินความเสี่ยงเชิงรุกที่ครอบคลุมรอบด้าน เพื่อระบุพื้นที่ที่อาจทำให้เกิดอันตรายได้ โดยเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานทางด้านสวัสดิภาพ ตัวอย่างของความเสี่ยงทางด้านสวัสดิภาพที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเป็นอันตราย เช่น เพอร์นิเจอร์ที่แตกหักและแหลมคมซึ่ง ประตูช่องทั้งผ้าที่ไม่สามารถปิดได้ หน้าต่างที่ชำรุด น้ำรั่วอยู่บนผ้า ไปจนถึงการไม่มีทางหนีไฟ การบันทึกการตรวจสอบเป็นระยะ จะช่วยให้องค์กรวางแผนและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขสิ่งเหล่านี้ รวมถึงการจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุงหรือทดแทนอาคารสถานที่ในระยะยาว

นอกเหนือจากแผนงานทางด้านสวัสดิภาพ องค์กรทางการแพทย์จะต้องมีแผนงานทางด้านการรักษาความปลอดภัย จะทำให้มั่นใจได้ว่าทุกคนในสถานที่นั้นได้รับการป้องกันจากภัยอันตรายและการสูญหายหรือความเสียหายต่อ

ทรัพย์สิน บุคลากร บุคลากรร้านค้า และบุคคลอื่นที่โรงพยาบาลระบุ เช่น อาสาสมัคร บุคลากรว่าจ้างตามสัญญา จะต้องได้รับการบ่งชี้และออกบัตรประจำตัวชั่วคราวหรือถาวร หรือใช้มาตรการบ่งชี้ตัวบุคคลด้วยวิธีอื่น บุคคลอื่น เช่น ครอบครัวหรือผู้มาเยือนในสถานที่ทางสถานพยาบาลอาจใช้วิธีบ่งชี้อื่นตามนโยบายของทางองค์กรหรือตามกฎหมายในพื้นที่นั้น พื้นที่หวงห้าม เช่น ห้องเด็กอ่อน หรือห้องผ่าตัด จะต้องมีการรักษาความปลอดภัยและเฝ้าติดตาม เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเสี่ยงที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้จะต้องได้รับการป้องกันจากอันตราย นอกเหนือจากนี้ พื้นที่ลับตา และเปลี่ยว อาจจะต้องมีการติดตั้งกล้องบันทึกภาพ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.4

- ☐ 1. องค์กรมีแผนงานเพื่อจัดให้มีอาคารสถานที่ที่มีสวัสดิภาพ (ดู AOP.5.3, ME.1 และ SOP.6.3 ME.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. องค์กรมีรายงานการตรวจสอบอาคารสถานที่ที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง
- ☐ 3. องค์กรมีแผนการประเมินความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อลดความเสี่ยงที่ปรากฏชัดจากการตรวจสอบ (ดู FMS.4.2.1, ME.2 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.4.1

- ☐ 1. องค์กรมีแผนงานเพื่อจัดให้มีอาคารสถานที่ที่มีความปลอดภัย รวมถึงการติดตามและการรักษาความปลอดภัยบริเวณที่สำรวจพบแล้วว่ามีความเสี่ยง (ดู AOP.5.3 และ AOP.6.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. แผนงานสร้างความมั่นใจว่าบุคลากร ผู้มาเยือน และผู้ขายของ ได้รับการบ่งชี้
- ☐ 3. ทุกพื้นที่ที่ถูกระบุว่ามีความเสี่ยงได้ถูกระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และได้รับการติดตามรวมถึงรักษาความปลอดภัย (ดู MMU.3, ME.4 และ MMU.3.1 และ MMU.3.2 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.4.2

- ☐ 1. องค์กรวางแผนและจัดงบประมาณเพื่อให้อาคารสถานที่เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และข้อกำหนด อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ดู GLD.2, ME.5 และ FMS.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. องค์กรวางแผนและจัดงบประมาณสำหรับการปรับปรุง หรือจัดหาทดแทน ระบบ อาคาร หรือองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องของอาคารสถานที่ที่มีสวัสดิภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (ดู GLD.1.1 ME.3, FMS.1 และ FMS.10 ME.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ผู้นำองค์กรมีการใช้งบประมาณที่จัดสรรไว้เพื่อทำให้อาคารสถานที่เกิดสวัสดิภาพ และความปลอดภัยตามแผนงานที่วางไว้ (ดู FMS.1 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน FMS.4.2.1

เมื่อมีการวางแผนสำหรับการรื้อถอน การก่อสร้าง หรือปรับปรุงอาคารสถานที่ที่โรงพยาบาลดำเนินการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นก่อนการก่อสร้าง (P)

เจตจำนงของ FMS.4.2.1

การวางแผนการก่อสร้างสถานที่ใหม่ในโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อทุกคนในองค์กร อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะประสบผลกระทบมากที่สุด ยกตัวอย่างเช่น เสี่ยงและการสัมผัสเชื้อที่เกี่ยวกับการก่อสร้างจะมีผลกระทบต่อระดับความสะดวกสบายของผู้ป่วยและเป็นไปได้ที่ฝุ่นละอองและกลิ่นไม่พึงประสงค์จากการก่อสร้างจะเปลี่ยนคุณภาพอากาศ (ซึ่งสามารถก่อให้เกิดภัยคุกคามต่อสถานะทางเดินหายใจของผู้ป่วยได้)

เพื่อประเมินความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโครงการก่อสร้างใหม่ โรงพยาบาลจำเป็นต้องนำทุกหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบจากการก่อสร้างมาร่วมกันประเมิน รวมทั้งผู้แทนจากฝ่ายออกแบบโครงการ ฝ่ายบริหารจัดการโครงการ ฝ่ายรักษาความปลอดภัย/ความปลอดภัยอาคาร ฝ่ายป้องกันการติดเชื้อ บริการทำความสะอาด วิศวกรรมอาคาร บริการสารสนเทศ ตลอดจนหน่วยงานและบริการทางคลินิก²

ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร ผู้มาเยือน ผู้ชาย ผู้รับจ้างช่วงและหน่วยงานที่ไม่ใช่โรงพยาบาลจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับขอบเขตของกิจกรรมการก่อสร้างและผลกระทบต่อโครงสร้างพื้นฐานและสาธารณูปโภค นอกจากนี้ บริเวณใกล้เคียงของการก่อสร้างยังเป็นพื้นที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะมีผลกระทบจากขอบเขตของความเสี่ยงด้วย

ตัวอย่างเช่น ถ้าเกี่ยวข้องกับการก่อสร้างอาคารใหม่ที่ตั้งอยู่ห่างจากอาคารในปัจจุบันที่ให้การดูแลผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและผู้มาเยือนก็จะมีโอกาสน้อย

มีการประเมินความเสี่ยงโดยการดำเนินการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นก่อนการก่อสร้างหรือที่รู้จักกันในชื่อ PCRA การประเมินความเสี่ยงที่จะใช้ในการประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุมเพื่อจัดทำแผนการที่จะลดผลกระทบต่อการก่อสร้างจะต้องมีประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย พื้นที่ที่กำหนดให้มีการประเมินความเสี่ยง เบื้องต้นก่อนการก่อสร้างครอบคลุม

- a) คุณภาพอากาศ
- b) การควบคุมการติดเชื้อ
- c) สาธารณูปโภค
- d) เสียง
- e) การลั่นสะท้อน
- f) วัตถุอันตราย
- g) บริการฉุกเฉิน เช่น การตอบสนองต่อการประกาศเตือนภัย และ
- h) อันตรายอื่น ๆ ที่มีผลต่อการดูแลรักษาและการบริการ

นอกจากนี้โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ามีการเฝ้าติดตาม การบังคับใช้และบันทึกการปฏิบัติตามของผู้รับเหมา

ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยจากการก่อสร้างได้รับการประเมินผ่านการประเมินความเสี่ยงต่อการควบคุมการติดเชื้อ ที่เป็นที่ยอมรับกันดีในชื่อ ICRA (ดู PCI.7.5 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.4.2.1

- ☐ 1. เมื่อมีการวางแผนสำหรับการรื้อถอน การก่อสร้างหรือปรับปรุงสถานที่ โรงพยาบาลดำเนินการประเมินความเสี่ยงก่อนการก่อสร้าง(PCRA) เป็นอย่างน้อยตาม a) จนถึง h) ในเจตจำนง
- ☐ 2. โรงพยาบาลดำเนินการบนพื้นฐานของการประเมินเพื่อลดความเสี่ยงระหว่างการรื้อถอน การก่อสร้างและปรับปรุง (ดู FMS.4, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่า มีการเฝ้าติดตาม การบังคับใช้และบันทึกการปฏิบัติตามของผู้รับเหมา (ดู FMS.3 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน FMS.5

องค์กรมีแผนสำหรับทำบัญชีรายการ การหิบบสัมผัส การจัดเก็บ และการใช้วัตถุอันตรายและของเสียอันตราย[®]

มาตรฐาน FMS.5.1

องค์กรมีแผนสำหรับการควบคุม และกำจัดวัตถุและของเสียอันตราย[®]

เจตจำนงของ FMS.5 และ FMS.5.1

องค์กรมีแผนงานจัดการวัตถุอันตรายและของเสีย ที่มีการระบุวัตถุและของเสียอันตราย และมีระบบควบคุมความทั่วทั้งองค์กร (ดู PCI.7.2 ร่วมด้วย) องค์กรอนามัยโลก (World Health Organization) หรือ WHO ทำการระบุประเภทของวัตถุและของเสียอันตรายไว้ได้แก่

- วัตถุติดเชื้อ
- พยาธิวิทยาและกายวิภาค
- ยา
- สารเคมี
- โลหะหนัก
- ภาชนะที่มีแรงดัน
- ของมีคม
- สารพิษ
- กัมมันตรังสี

องค์กรมีการพิจารณาประเภทของวัตถุอันตรายตามที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลกในการจัดทำบัญชีรายการวัตถุและของเสียอันตราย แผนงานจัดการวัตถุอันตรายและของเสีย เริ่มจากการสำรวจทั่วทั้งองค์กรว่ามีวัตถุและของเสียอันตรายอยู่ที่ใดบ้าง เอกสารจะต้องระบุสถานที่จัดเก็บ ประเภท และปริมาณที่จัดเก็บ และจะต้องมีการปรับให้เป็นปัจจุบันในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงประเภทของวัตถุอันตราย สถานที่จัดเก็บ หรือปริมาณที่จัดเก็บ แผนงานจัดการวัตถุอันตรายและของเสียดังกล่าวประกอบด้วยกระบวนการสำหรับ

- การจัดทำบัญชีรายการวัตถุและของเสียอันตราย โดยให้ระบุถึงวัตถุอันตรายนั้น จำนวน และสถานที่จัดเก็บ
- การหิบบสัมผัส การจัดเก็บ และการใช้วัตถุอันตราย
- การใช้อุปกรณ์ป้องกัน และวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อมีการใช้ การหกหรือไหล หรือสัมผัสกับวัตถุอันตราย
- การติดฉลากวัตถุอันตรายและของเสียอันตรายอย่างเหมาะสม
- การรายงานและการสอบสวนเมื่อมีการหกหรือไหล การสัมผัสโดยไม่ตั้งใจ หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ
- การกำจัดของเสียอันตรายอย่างเหมาะสม และ
- เอกสารและการบันทึก รวมถึงใบอนุญาต ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือข้อกำหนดจาก ระเบียบข้อบังคับอื่น ๆ

ข้อมูลเกี่ยวกับการหิบบสัมผัส หรือการใช้งานวัตถุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัยจะต้องมีอยู่ และพร้อมใช้ตลอดเวลา รวมถึงข้อมูลทางกายภาพของสารนั้น เช่น จุดเดือด จุดวาบไฟ ฯลฯ ข้อมูลความเป็นพิษ ผลกระทบต่อสุขภาพ การเก็บและกำจัดอย่างเหมาะสม ประเภทของอุปกรณ์ป้องกันที่ต้องใช้ระหว่างใช้วัตถุอันตรายนั้น และ

ขั้นตอนปฏิบัติในกรณีที่เกิดการหกรั่วไหล รวมถึงการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดการสัมผัสหรือเข้าสู่ร่างกายโดยไม่ตั้งใจ ผู้ผลิตหลายรายให้ข้อมูลเหล่านี้ในรูปแบบของเอกสารข้อมูลความปลอดภัย หรือ safety data sheet (SDS) (ดู AOP.5.3, AOP.5.6, AOP.6.6, MMU.3 และ MMU.3.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.5

- ☐ 1. องค์การระบุประเภท สถานที่จัดเก็บ และปริมาณที่จัดเก็บ ของวัตถุและของเสียอันตราย และจัดทำบัญชีรายการวัตถุดังกล่าวที่มีในองค์การและเป็นปัจจุบัน (ดู AOP.5.6, ME ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการหิบบสัมผัส การเก็บรักษา และการใช้วัตถุอันตราย อย่างปลอดภัย (ดู AOP.5.6 ME.3, AOP.6.6 ME.2 และ MMU.3.1 ME.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับอุปกรณ์ป้องกันและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม เมื่อมีการใช้งาน (ดู AOP.5.3 ME.3 และ AOP.6.3 ME.4 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการติดป้ายของวัตถุและของเสียอันตราย (ดู AOP.5.6 ME.5, AOP.6.6 ME.4, MMU.3 และ MMU.3.1 ME.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับข้อกำหนดเรื่องเอกสารและการบันทึก รวมถึงใบอนุญาตใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือข้อกำหนดจากระเบียบข้อบังคับอื่น ๆ (ดู GLD.2 ME.5 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.5.1

- ☐ 1. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการรายงานและการสอบสวน เมื่อมีการหกรั่วไหล การสัมผัส เข้าสู่ร่างกายโดยไม่ตั้งใจ และอุบัติการณ์อื่น ๆ (ดู FMS.11.1 ME.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนสำหรับการจัดการเมื่อมีการหกรั่วไหล หรือการสัมผัสเข้าสู่ร่างกายโดยไม่ตั้งใจ และรวมถึงการใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างเหมาะสม (ดู PCI.9 ME.1, 2 และ FMS.11.1 ME.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ข้อมูลเกี่ยวกับหิบบสัมผัส การเก็บกู้ และการสัมผัสเข้าสู่ร่างกายโดยไม่ตั้งใจ ของวัตถุอันตราย จะต้องมียู่เป็นปัจจุบัน และพร้อมใช้ตลอดเวลา (ดู QPS.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. องค์การมีการกำจัดของเสียอันตรายอย่างปลอดภัยและถูกกฎหมาย หรือทำสัญญากับหน่วยงานที่มั่นใจว่านำของเสียอันตรายไปกำจัดอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และถูกกฎหมาย (ดู AOP.5.7 ME.5, PCI.7.2 ME.1 และ PCI.7.3 ME.3 ร่วมด้วย)

การเตรียมพร้อมรับพิบัติภัย

มาตรฐาน FMS.6

โรงพยาบาลจัดทำ ดำรงรักษาและทดสอบแผนงานการจัดการในภาวะฉุกเฉินเพื่อที่จะตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน และ ภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นภายในชุมชน ⑥

เจตจำนงของ FMS.6

เหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติในชุมชนอาจเกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลโดยตรงเช่นความเสียหายต่อพื้นที่ที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากการเกิดแผ่นดินไหว สึนามิหรือการโจมตีของผู้ก่อการร้ายที่ทำให้บุคลากรไม่สามารถมาทำงานได้ การจัดทำ แผนงานควรเริ่มต้นด้วยการระบุประเภทของภัยพิบัติที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในภูมิภาคของโรงพยาบาลและสิ่งที่เป็นผลกระทบจากภัยพิบัติเหล่านี้จะมีอยู่ในโรงพยาบาล⁹⁻¹¹ ยกตัวอย่างเช่น พายุเฮอริเคนหรือสึนามิที่มี

แนวโน้มที่จะเกิด ขึ้นในพื้นที่ที่มีมหาสมุทรอยู่ใกล้ แต่ไม่น่าจะเกิดขึ้นในประเทศที่ล้อมรอบไปด้วยพื้นดิน ในทางกลับกันอาคารสถานที่ เกิดความเสียหายหรืออุบัติเหตุภัยหมู่ที่เป็นผลมาจากสงครามหรือการโจมตีของผู้ก่อการร้าย อาจเกิดขึ้นในโรงพยาบาลใด ๆ ก็ได้

องค์ประกอบสำคัญของการพิจารณาผลกระทบของภัยพิบัติคือการกำหนดผลกระทบของภัยพิบัติจะมีโครงสร้างของ สภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วย การระบุว่าอาคารจะตอบสนองต่อการเกิดแผ่นดินไหวหรือการระเบิดเป็นสิ่งสำคัญใน การพัฒนาแผนอพยพและการระบุพื้นที่ที่มีความสำคัญสำหรับการปรับปรุงอาคาร

การระบุผลกระทบของภัยพิบัติมีความสำคัญพอๆ กับการระบุประเภทของภัยพิบัติ¹⁰ ซึ่งจะช่วยในการวางแผนกลยุทธ์ที่มีความจำเป็นในกรณีที่มีภัยพิบัติเกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น สิ่งที่เป็นโอกาสที่ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหวจะมีผลต่อน้ำและพลังงานคืออะไร แผ่นดินไหวสามารถกันไม่ให้บุคลากรตอบสนองต่อภัยพิบัติได้ไม่ว่าจะเป็นจาก ถนนถูกปิดกั้นหรือเพราะบุคลากรหรือสมาชิกในครอบครัวก็ตกเป็นเหยื่อของเหตุการณ์ด้วย ในสถานการณ์ เช่นนี้ ความรับผิดชอบส่วนบุคคลของบุคลากรที่อาจมีความขัดแย้งกับข้อกำหนดของโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อ การเกิดภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้โรงพยาบาลจะต้องระบุบทบาทของตนภายในชุมชน ตัวอย่างเช่น ทรัพยากรที่โรงพยาบาลคาดว่าจะมีให้กับชุมชนในกรณีที่ความเสียหายเกิดขึ้นและ วิธีการสื่อสารที่จะนำไปใช้ในชุมชน เพื่อที่จะตอบ สนองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมีการพัฒนาแผนงานการจัดการในภาวะฉุกเฉินดังกล่าว

แผนงานให้กระบวนการในการ

- การกำหนดประเภท โอกาสเกิดและผลกระทบของอันตราย ภัยคุกคามและเหตุการณ์
- การกำหนดความมั่นคงทางโครงสร้างของสภาพแวดล้อมการดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่และวิธีที่จะดำเนินการในกรณีภัยพิบัตินั้น
- การกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลในเหตุการณ์ดังกล่าว
- การกำหนดกลยุทธ์การสื่อสารสำหรับเหตุการณ์
- การจัดการทรัพยากรในช่วงเหตุการณ์ครอบคลุมแหล่งทางเลือก
- การจัดการกิจกรรมทางคลินิกในช่วงเหตุการณ์รวมทั้งแหล่งการดูแลทางเลือก
- การระบุและการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรในช่วงเหตุการณ์ (ดู FMS.11.1, ME 4 ร่วมด้วย) และ
- การจัดการเหตุการณ์เมื่อความรับผิดชอบส่วนบุคคลของบุคลากรขัดแย้งกับความรับผิดชอบที่มีต่อโรงพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย

แผนงานการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติมีการทดสอบโดย

- การทดสอบประจำปีของแผนงานเต็มรูปแบบทั้งภายในหรือเป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบร่วมกับชุมชน ในวงกว้าง หรือ
- การทดสอบองค์ประกอบที่สำคัญ c) จนถึง h) ของแผนงานในระหว่างปี

หากโรงพยาบาลประสบภัยพิบัติที่เกิดขึ้นจริง การกระตุ้นแผนงานของตนและ การสรุปอภิปรายที่เหมาะสมหลังจากนั้น สถานการณ์ดังกล่าวเทียบเท่ากับการทดสอบประจำปี

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.6

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีการระบุภัยพิบัติภายในและภายนอกที่สำคัญเช่นภาวะฉุกเฉินในชุมชน และภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรืออื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่สำคัญที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงสถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ☐ 2. โรงพยาบาลระบุผลกระทบที่อาจเป็นไปได้ที่ภัยพิบัติแต่ละประเภทจะมีต่อการดูแลและบริการในทุกแง่มุม (ดู MOI.14, ME 2 และ 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. โรงพยาบาลกำหนดและดำเนินการแผนงานภัยพิบัติที่ระบุการตอบสนองต่อภัยพิบัติที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นครอบคลุมรายการ a) ถึง h) ในเจตจำนง (ดู PCI.8.2, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. แผนงานทั้งหมดหรืออย่างน้อยองค์ประกอบที่สำคัญ c) ถึง h) ของแผนงานได้รับการทดสอบเป็นประจำทุกปี (ดู PCI.8.2, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. ในช่วงท้ายของการทดสอบมีการดำเนินการสรุปอภิปรายผลการทดสอบ
- ☐ 6. มีการจัดทำและดำเนินการมาตรการในการติดตามที่ระบุได้จากการทดสอบและการอภิปรายสรุป (ดู PCI.8.2, ME 6 ร่วมด้วย)

ความปลอดภัยด้านอัคคีภัย

มาตรฐาน FMS.7

โรงพยาบาลจัดทำและดำเนินการ แผนงานสำหรับการป้องกัน การตรวจจับแต่เริ่มแรก การระงับ การดับและทางออกที่ปลอดภัยจากอาคารสถานที่ในการตอบสนองต่อการเกิดอัคคีภัยและเหตุฉุกเฉินอื่น ^(P)

มาตรฐาน FMS.7.1

โรงพยาบาลทำการทดสอบแผนงานความปลอดภัยจากอัคคีภัยและควันไฟเป็นประจำ ครอบคลุมการทดสอบอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจจับและการระงับอัคคีภัยและทำการบันทึกผล ^(P)

เจตจำนงของ FMS.7 และ FMS.7.1

โรงพยาบาลจะต้องระมัดระวังเกี่ยวกับความปลอดภัยจากอัคคีภัยถือเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้เสมอในโรงพยาบาล การประเมินผลของการปฏิบัติตามประมวลข้อบังคับด้านความปลอดภัยจากอัคคีภัยอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการระบุและลดความเสี่ยง¹² การประเมินความเสี่ยงครอบคลุมดังต่อไปนี้

- a) ความสัมพันธ์ของแรงดันในห้องผ่าตัด
- b) การกั้นไฟ
- c) การกั้นควัน
- d) พื้นที่อันตราย (และช่องว่างด้านบนเพดานในพื้นที่เหล่านั้น) เช่น ห้องผ่าตัด, ห้องพักรักษาและ ห้องเก็บก๊าซออกซิเจน
- e) ทางหนีไฟ
- f) อุปกรณ์การทำครัวที่ผลิตไขมัน
- g) ปล่องทิ้งผ้าและขยะ
- h) ระบบไฟฉุกเฉินและอุปกรณ์
- i) ส่วนประกอบของระบบก๊าซทางการแพทย์และสูญญากาศ

ทุกโรงพยาบาลต้องวางแผนวิธีการที่จะทำให้ผู้ผ่านนักอาศัยปลอดภัยในกรณีที่เกิดอัคคีภัยหรือควันไฟ นอกจากนี้ในกรณีฉุกเฉินอื่น ๆ เช่น การรั่วไหลของก๊าซที่เป็นพิษสามารถก่อให้เกิดภัยคุกคามต่อผู้ผ่านนักอาศัย โรงพยาบาลกำหนด แผนงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับ

- การป้องกันการเกิดอัคคีภัยผ่านการลดความเสี่ยงเช่นการจัดเก็บและการจัดการความปลอดภัยของวัสดุไวไฟ รวมทั้งก๊าซทางการแพทย์ที่ไวไฟเช่นออกซิเจนและไนตริกออกไซด์¹³
- อันตรายที่เกี่ยวข้องกับการก่อสร้างใด ๆ ในหรือที่อยู่ติดกับอาคารผู้ป่วยผ่านนักอยู่
- ทางออกที่ปลอดภัยและไม่มีสิ่งกีดขวางในกรณีที่เกิดอัคคีภัย
- การตรวจสอบระบบเตือนภัยแต่เริ่มแรก เช่น อุปกรณ์ตรวจจับควัน สัญญาณเตือนเมื่อเกิดอัคคีภัย หน่วยตรวจอัคคีภัย และ
- กลไกการระงับอัคคีภัย เช่น ท่อน้ำดับเพลิง สารเคมีระงับอัคคีภัย หรือระบบสปริงเกอร์

การดำเนินการเหล่านี้เมื่อรวมกันจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรและผู้มาเยือนมีเวลาเพียงพอที่จะอพยพออกจากอาคารสถานที่ได้อย่างปลอดภัยในกรณีที่เกิดไฟไหม้หรือควัน การดำเนินการเหล่านี้ต้องมีประสิทธิภาพไม่ขึ้นกับ อายุ ขนาดหรือการก่อสร้างของอาคารสถานที่ ตัวอย่างเช่น อาคารขนาดเล็กก่ออิฐชั้นเดียวจะใช้วิธีการที่แตกต่างจาก อาคารที่มีขนาดใหญ่หลายชั้นที่เป็นไม้¹⁴

แผนงานความปลอดภัยจากอัคคีภัยของโรงพยาบาลระบุ

- ความถี่ของการตรวจสอบ การทดสอบและการบำรุงรักษาระบบการป้องกันอัคคีภัยและความปลอดภัย ที่สอดคล้องกับข้อกำหนด
- แผนงานสำหรับการอพยพออกจากอาคารสถานที่ได้อย่างปลอดภัยในกรณีที่เกิดอัคคีภัยหรือควันไฟ
- กระบวนการสำหรับการทดสอบทุกส่วนของแผนงานในแต่ละระยะเวลา 12 เดือน
- การอบรมที่จำเป็นของบุคลากรเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการปกป้องและอพยพผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
- การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการร่วมทดสอบความปลอดภัยจากอัคคีภัยอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปี

การทดสอบแผนงานสามารถทำได้ในหลายวิธี ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลสามารถกำหนด “หัวหน้าอัคคีภัย” ประจำหน่วยงานและคอยสุ่มถามบุคลากรเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องทำถ้าเกิดอัคคีภัยขึ้นในหน่วยงานของตนเอง บุคลากรสามารถจะถูกถามคำถามที่เฉพาะเจาะจงเช่น “ที่ปิดวาล์วออกซิเจนอยู่ที่ไหน? หากคุณมีการปิดวาล์วออกซิเจนคุณจะทำอย่างไรในการดูแลของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน? ถึงดับเพลิงในหน่วยของคุณอยู่ที่ไหน? คุณจะทำอย่างไรถ้าต้องรายงานไฟไหม้? คุณจะปกป้องผู้ป่วยในระหว่างการดับเพลิงได้อย่างไร? หากคุณจำเป็นต้องอพยพผู้ป่วยอะไรคือกระบวนการของคุณ?” บุคลากรควรจะจะสามารถที่จะตอบสนองได้อย่างถูกต้องสำหรับคำถามเหล่านี้ ถ้าทำไม่ได้ ควรได้รับการบันทึกและมีกลยุทธ์ในการให้การศึกษาซ้ำอีกครั้ง หัวหน้าอัคคีภัยควรเก็บบันทึกของคนเข้าร่วมไว้ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังอาจพัฒนาทดสอบข้อเขียนขึ้นสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยจากอัคคีภัยเป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบแผนงาน การตรวจสอบทั้งหมด การทดสอบและการบำรุงรักษาได้รับการบันทึกไว้ (ดู PFR.1.5 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.7

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดทำและดำเนินการแผนงานเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ผ่านนักอาศัยทั้งหมดในอาคารสถานที่ของโรงพยาบาลจะปลอดภัยจากอัคคีภัย ควันไฟหรือเหตุฉุกเฉินอื่น ๆ
- ☐ 2. แผนงานครอบคลุมการประเมินการปฏิบัติตามประมวลข้อบังคับด้านความปลอดภัยจากอัคคีภัย

- ครอบคลุมอย่างน้อย a) จนถึง i) ในเจตจำนง
- ☐ 3. โรงพยาบาลดำเนินกลยุทธ์สำหรับข้อบกพร่องใด ๆ ที่ระบุไว้
 - ☐ 4. แผนงานครอบคลุมการตรวจจับอัคคีภัยและควันไฟตั้งแต่เริ่มแรก
 - ☐ 5. แผนงานครอบคลุมการระงับอัคคีภัยและควัน
 - ☐ 6. แผนงานครอบคลุมทางออกที่ปลอดภัยจากอาคารสถานที่เมื่อเกิดอัคคีภัยและเหตุฉุกเฉินอื่น

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.7.1

- ☐ 1. บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการทดสอบแผนงานความปลอดภัยจากอัคคีภัยและควันไฟอย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อปี (ดู FMS.11 ถึง FMS.11.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. บุคลากรสามารถแสดงให้เห็นถึงวิธีการที่จะนำผู้ป่วยไปสู่ความปลอดภัย (ดู FMS.11.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. อุปกรณ์และระบบดับจับและระงับอัคคีภัยได้รับการตรวจสอบทดสอบและการบำรุงรักษาตามคำแนะนำของผู้ผลิต
- ☐ 4. ตรวจสอบ การทดสอบและการบำรุงรักษาอุปกรณ์และระบบได้รับการบันทึก

มาตรฐาน FMS.7.2

แผนเพื่อความปลอดภัยทางอัคคีภัยรวมถึงการจำกัดการสูบบุหรี่ของบุคลากรและผู้ป่วย ให้อยู่ในพื้นที่ที่จัดไว้นอกบริเวณดูแลผู้ป่วย และนำสู่การปฏิบัติ[®]

เจตจำนงของ FMS.7.2

องค์กรจัดทำนโยบายและแผนเพื่อจำกัดการสูบบุหรี่ซึ่ง

- ใช้กับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือนทุกคน และ
- ไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในอาคารสถานที่ขององค์กร หรือจำกัดให้มีการสูบบุหรี่เฉพาะในเขตที่จัดไว้ให้ซึ่งอยู่นอก พื้นที่การดูแลผู้ป่วยและมีการระบายอากาศสู่ภายนอก

นโยบายขององค์กรเรื่องการสูบบุหรี่ระบุข้อยกเว้นการบังคับใช้นโยบายเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น เหตุผลทาง การแพทย์ หรือจิตเวชที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่ได้ และผู้ที่มีสิทธิที่จะให้การอนุญาตให้ข้อยกเว้นดังกล่าว สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการยกเว้น สามารถสูบบุหรี่ในบริเวณที่จัดไว้ให้ในที่ซึ่งไม่ใช่ส่วนการรักษา และห่างไกลจากผู้ป่วยรายอื่น ๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.7.2

- ☐ 1. องค์กรจัดทำนโยบาย หรือระเบียบปฏิบัติเพื่อห้ามหรือจำกัดการสูบบุหรี่ในพื้นที่ของสถานพยาบาล
- ☐ 2. นโยบาย หรือระเบียบปฏิบัตินี้ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาเยือน และบุคลากร
- ☐ 3. มีกระบวนการเพื่ออนุญาตให้ผู้ป่วยที่ได้รับการยกเว้นตามนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติสามารถสูบบุหรี่ได้

มาตรฐาน FMS.8

องค์กรวางแผนแผนงานสำหรับการตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ นำสู่การปฏิบัติ และบันทึกผล (P)

เจตจำนงของ FMS.8

เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์พร้อมใช้ และใช้การได้เหมาะสม องค์กรมีการปฏิบัติดังนี้

- จัดทำบัญชีรายการเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์
- ตรวจสอบเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
- ทดสอบเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ตามการใช้งานและตามข้อกำหนดของผู้ผลิต และ
- ให้การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

มีบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ให้บริการเหล่านี้ มีการตรวจสอบและทดสอบเครื่องมือใหม่และต่อเนื่อง เป็นระยะ ตามอายุการใช้งานของเครื่องมือ หรือตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต ผลการตรวจสอบ การทดสอบ และการบำรุงรักษาใด ๆ ได้รับการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร การบันทึกนี้ช่วยให้มั่นใจในความต่อเนื่องของกระบวนการบำรุงรักษา และช่วยในการวางแผนลงทุนสำหรับการจัดหาทดแทน การปรับปรุง และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ (ดู AOP.5.5, AOP.6.5 และ COP.3.2 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.8

- ☐ 1. มีการจัดการเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ทั่วทั้งองค์กรตามแผน (ดู AOP.6.5 ME.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีบัญชีรายการเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ทั้งหมด (ดู AOP.6.5 ME.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. มีการตรวจสอบ และทดสอบเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์เมื่อได้รับมาใหม่ ตามอายุและการใช้งาน และตามที่ผู้ผลิตแนะนำอย่างสม่ำเสมอ (ดู AOP.6.5 ME.4 และ 5 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. มีแผนงานบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
- ☐ 5. ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม และได้รับการอบรมเหมาะสมเป็นผู้ให้บริการเหล่านี้ (ดู FMS.11.2 ME.1 และ 3 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน FMS.8.1

องค์กรมีระบบเรียกกลับผลิตภัณฑ์และเครื่องมือที่มีการแจ้งเตือน เรียกคืน แจ้งเหตุอุบัติการณ์ ปัญหาและการล้มเหลว (P)

เจตจำนงของ FMS.8.1

องค์กรมีกระบวนการสำหรับการเฝ้าระวัง และตอบสนองต่อการแจ้งเตือนอันตรายของเครื่องมือ การเรียกคืน การแจ้งเหตุอุบัติการณ์ ปัญหา และการล้มเหลวที่ส่งมาจากบริษัทผู้ผลิต ผู้แทนจำหน่าย หรือหน่วยงานที่กำกับดูแล ในบางประเทศมีข้อกำหนดให้แจ้งเหตุในกรณีที่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วย การบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายอย่างร้ายแรง หรือการเจ็บป่วย องค์กรจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการรายงานอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์หรือเครื่องมือที่อยู่ในระหว่างการเรียกคืน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.8.1

- ❑ 1. องค์กรมีกระบวนการสำหรับการเฝ้าระวัง และตอบสนองต่อการแจ้งเตือน เร็วกว่าคนอื่น แจ้งเหตุอุบัติการณ์ ปัญหาและการล้มเหลว ของเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่ฝังอยู่ในร่างกาย (implant) (ดู AOP.5.6 ME.6, AOP.6.5 ME.6 และ ASC.7.4 ME.3 ร่วมด้วย)
- ❑ 2. เมื่อกฎหมายและข้อบังคับกำหนด องค์กรแจ้งเหตุในกรณีที่มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์การแพทย์ได้มีส่วน เกี่ยวข้องกับการตายของผู้ป่วย การบาดเจ็บหรือได้รับอันตรายอย่างร้ายแรง หรือการเจ็บป่วย
- ❑ 3. มีนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติในการใช้ผลิตภัณฑ์หรือเครื่องมือที่ถูกระบุว่ามีปัญหาหรือการล้มเหลว หรืออยู่ในระหว่างการเรียกคืน

ระบบสาธารณูปโภค

มาตรฐาน FMS.9

องค์กรวางแผนแผนงานและนำสู่การปฏิบัติ เพื่อให้แน่ใจว่าระบบสาธารณูปโภคทั้งหมดสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

มาตรฐาน FMS.9.1

ระบบสาธารณูปโภคได้รับการตรวจสอบ บำรุงรักษา และปรับปรุง

เจตจำนงของ FMS.9 และ FMS.9.1

ระบบสาธารณูปโภค หมายถึง ระบบและเครื่องมือที่สนับสนุนบริการที่จำเป็น เพื่อที่จะให้บริการทางการแพทย์ อย่างปลอดภัย ระบบดังกล่าวรวมถึงระบบจำหน่ายไฟฟ้า ระบบน้ำใช้ ระบบระบายและการไหลเวียนอากาศ ระบบ ก๊าซทางการแพทย์ ระบบท่อน้ำ ระบบความร้อน ระบบขยะ และระบบสื่อสารและสารสนเทศ การทำงานของระบบ สาธารณูปโภคที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย และจำเป็น สำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และผู้มาเยือน และความต้องการของผู้ป่วย สถานพยาบาล จัดให้มีการดูแลผู้ป่วยทั้งปกติและเร่งด่วน ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันของสัปดาห์ ด้วยเหตุนี้ แหล่งน้ำสะอาดและ พลังงานไฟฟ้าที่จ่ายได้ตลอดเวลาเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วย แผนงานบริหารจัดการระบบสาธารณูปโภคที่ดีจะต้องทำให้มั่นใจว่ามีสาธารณูปโภคที่ไว้วางใจได้ และลดความเสี่ยง ที่อาจเกิดขึ้นให้เหลือน้อยที่สุด ตัวอย่างเช่น การปนเปื้อนของขยะในบริเวณที่ใช้เตรียมอาหาร การระบายและ หมุนเวียนอากาศที่ไม่เพียงพอในห้องปฏิบัติการทางคลินิก ถึงออกซิเจนที่ไม่ได้ถูกยึดไว้เมื่อถูกจัดเก็บ ท่อจ่าย ออกซิเจนที่มีรูรั่ว และ สายไฟฟ้าที่ไม่ถูกเก็บปลายให้เรียบร้อย ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดอันตรายได้ทั้งสิ้น ในการที่จะ หลีกเลี่ยงอันตรายเหล่านี้ องค์กรมีกระบวนการในการตรวจสอบระบบต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ และทำการบำรุงรักษา เชิงป้องกันเป็นประจำ ระหว่างการทดสอบจะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆ เช่น ลิฟต์และลิฟต์ของระบบ

องค์กรควรที่จะมีรายการของระบบสาธารณูปโภคและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สมบูรณ์ และระบุว่ามีผลกระทบ ต่อระบบช่วยชีวิต การควบคุมการติดเชื้อ การสนับสนุนสภาพแวดล้อม และการสื่อสาร แผนงานบริหารจัดการ ระบบสาธารณูปโภครวมถึงกลยุทธ์ในการบำรุงรักษาที่ทำให้มั่นใจว่าองค์ประกอบที่สำคัญเหล่านี้ เช่น ไฟฟ้า น้ำ

ของเสีย การระบายอากาศ และ ก๊าซทางการแพทย์ ได้ถูกตรวจสอบ และบำรุงรักษา และปรับปรุงเมื่อถึงเวลาอันเหมาะสม

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.9

- ☐ 1. องค์กรมีบัญชีรายการระบบสาธารณูปโภค และมีการวางแผนผังการกระจายตัวของแต่ละระบบ
- ☐ 2. องค์กรมีการระบุเป็นลายลักษณ์อักษร กิจกรรมการตรวจสอบ และบำรุงรักษาสำหรับทุกองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภคในบัญชีรายการ
- ☐ 3. องค์กรมีการระบุเป็นลายลักษณ์อักษร ความถี่ในการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาสำหรับทุกองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภคในบัญชีรายการ ซึ่งขึ้นอยู่กับคำแนะนำของผู้ผลิต ระดับของความเสียหาย และประสบการณ์ขององค์กรเอง
- ☐ 4. องค์กรมีการติดตามระบบควบคุมสาธารณูปโภค เพื่อที่จะอำนวยความสะดวกในการปิดระบบเป็นบางส่วน หรือทั้งหมดได้ในกรณีฉุกเฉิน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.9.1

- ☐ 1. ระบบสาธารณูปโภค และองค์ประกอบได้รับการตรวจสอบขึ้นอยู่กับการกำหนดที่องค์กรกำหนด
- ☐ 2. ระบบสาธารณูปโภค และองค์ประกอบได้รับการทดสอบตามเกณฑ์ที่องค์กรกำหนด
- ☐ 3. ระบบสาธารณูปโภค และองค์ประกอบได้รับการบำรุงรักษาตามเกณฑ์ที่องค์กรกำหนด
- ☐ 4. ระบบสาธารณูปโภค และองค์ประกอบได้รับการปรับปรุงเมื่อจำเป็น

มาตรฐาน FMS.9.2

แผนงานระบบสาธารณูปโภคขององค์กรทำให้มั่นใจได้ว่ามีน้ำสะอาดและพลังงานไฟฟ้าใช้ตลอดเวลา และทำให้สามารถใช้น้ำและไฟฟ้าจากแหล่งสำรองได้ในกรณีที่เกิดเหตุขัดข้อง ปนเปื้อน หรือล้มเหลวของแหล่งปกติ

มาตรฐาน FMS.9.2.1

องค์กรทำการทดสอบระบบน้ำและไฟฟ้าสำรองและบันทึกผลเป็นลายลักษณ์อักษร

เจตจำนงของ FMS.9.2 และ FMS.9.2.1

สถานพยาบาลจัดให้มีการดูแลผู้ป่วย ทั้งปกติและเร่งด่วน ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันของสัปดาห์ สถานพยาบาลต่างๆ มีความต้องการเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์และระบบสาธารณูปโภคที่แตกต่างกันขึ้นกับ พันธกิจ ภาวะความต้องการของผู้ป่วย และทรัพยากร อย่างไรก็ตาม แหล่งน้ำและไฟฟ้าที่ไม่ขาดสายเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับความต้องการในการดูแลผู้ป่วย องค์กรต้องปกป้องผู้ป่วยและบุคลากรในภาวะฉุกเฉิน เช่น ระบบขัดข้อง การขัดจังหวะ หรือ การปนเปื้อน ไม่ว่าจะเป็นระบบประเภทใด ใช้ทรัพยากรในระดับใด เช่น ระบบสาธารณูปโภคล้มเหลว ขาดช่วงหรือปนเปื้อน

ระบบไฟฟ้าฉุกเฉินจำเป็นต่อสถานพยาบาลทุกแห่งที่ตั้งใจจะให้บริการอย่างต่อเนื่องภายใต้ภาวะฉุกเฉิน ระบบดังกล่าวต้องให้พลังงานไฟฟ้าเพียงพอเพื่อให้บริการที่สำคัญระหว่างที่ระบบไฟฟ้าล้มเหลว และยังคงลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการล้มเหลวประเภทนั้น ระบบไฟฟ้าฉุกเฉินและสำรองถูกทดสอบภายใต้ภาวะจำลองที่วางแผนไว้และเป็นการจำลองโหลดไฟฟ้าจริง ตัวอย่างเช่น สำหรับการทดสอบรายไตรมาส ข้อกำหนดคือ ทดสอบเป็นเวลา 30 นาที และต้องมีการเดินเครื่องที่โหลด 30% nameplate เวลา 30 นาทีนี้ไม่นับรวมเวลาที่ให้ในการอุ่นเครื่องก่อนและหลังการทดสอบ องค์กรสามารถใช้วิธีอื่นในการทดสอบที่เป็นมาตรฐาน

มีการปรับปรุงเมื่อจำเป็น เช่น เพิ่มขีดจำกัดในระบบไฟฟ้าที่มีการเพิ่มเติมเครื่องมือแพทย์เครื่องใหม่ คุณภาพน้ำสามารถเปลี่ยนกะทันหันได้จากหลายสาเหตุ บ้างก็เกิดจากเหตุนอกองค์กร เช่น ท่อน้ำที่ส่งมาแตก เมื่อเกิดเหตุหยุดชะงักในแหล่งน้ำหลักขององค์กร น้ำใช้ฉุกเฉินจะต้องมีพร้อมใช้ทันที เพื่อเตรียมการสำหรับภาวะฉุกเฉินดังกล่าว องค์กรต้อง

- ระบุเครื่องมือ ระบบ และสถานที่ ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วยและบุคลากร เช่น ระบุว่าที่ใดต้องการแสงสว่าง ตู้เย็น การช่วยชีวิต และน้ำสะอาดสำหรับใช้ทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ
- ประเมินและลดความเสี่ยงจากการล่มของระบบสาธารณูปโภคในพื้นที่เหล่านี้
- วางแผนเตรียมแหล่งกำเนิดพลังงานไฟฟ้าและน้ำสะอาดฉุกเฉินสำหรับพื้นที่และความต้องการเหล่านี้
- ทดสอบความพร้อมใช้และความน่าเชื่อถือของแหล่งกำเนิดพลังงานไฟฟ้าและน้ำสะอาดฉุกเฉิน
- บันทึกผลการทดสอบ และ
- ทำให้มั่นใจว่ามีการทดสอบแหล่งทางเลือกของน้ำและพลังงานไฟฟ้าอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยตามข้อกำหนดของกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่น หรือสถานะของแหล่งพลังงานและน้ำ สถานะของแหล่งพลังงานและน้ำซึ่งอาจทำให้ต้องมีการทดสอบบ่อยขึ้นได้แก่
 - มีการซ่อมระบบประปาซ้ำ
 - มีการปนเปื้อนของแหล่งน้ำบ่อยครั้ง
 - Electrical grid ที่ไม่น่าเชื่อถือ และ
 - ไฟฟ้าดับ ไฟตก ที่คาดการณ์ไม่ได้บ่อยครั้ง

เมื่อระบบไฟฟ้าฉุกเฉินต้องการใช้แหล่งเชื้อเพลิง จำนวนน้ำมันเชื้อเพลิงที่มีอยู่ในสถานที่จะต้องขึ้นอยู่กับการหยุดชะงักหรือดับครั้งก่อนๆของแหล่งพลังงานไฟฟ้าหลัก และการล่าช้าในการส่งเชื้อเพลิงที่คาดเดาเนื่องจากการหยุดชะงักนั้น สภาพอากาศ รวมถึงสภาพทางภูมิศาสตร์และสถานที่ตั้ง องค์กรสามารถกำหนดปริมาณน้ำมันเชื้อเพลิงที่เก็บไว้เองได้วันแต่ผู้มีอำนาจในเขตนั้นเป็นผู้กำหนดให้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.9.2

- ☐ 1. มีน้ำสะอาดพร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันของสัปดาห์
- ☐ 2. มีพลังงานไฟฟ้าพร้อมใช้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันของสัปดาห์
- ☐ 3. องค์กรได้ค้นหาพื้นที่และบริการที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด เมื่อระบบไฟฟ้าขัดข้อง หรือระบบประปามีการปนเปื้อน หรือหยุดชะงัก
- ☐ 4. องค์กรหาทางลดความเสี่ยงของเหตุการณ์ดังกล่าว
- ☐ 5. องค์กรวางแผนจัดหาแหล่งทางเลือกของไฟฟ้าและน้ำในภาวะฉุกเฉิน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.9.2.1

- ☐ 1. องค์กรทดสอบแหล่งน้ำทางเลือกอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นกำหนด หรือตามสถานะของแหล่งน้ำ
- ☐ 2. องค์กรบันทึกผลลัพท์การทดสอบดังกล่าว
- ☐ 3. องค์กรทดสอบแหล่งไฟฟ้าทางเลือกอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับของท้องถิ่นกำหนด หรือตามสถานะของแหล่งไฟฟ้า
- ☐ 4. องค์กรบันทึกผลลัพท์การทดสอบดังกล่าว
- ☐ 5. ในกรณีที่ระบบไฟฟ้าฉุกเฉินต้องการใช้แหล่งเชื้อเพลิง องค์กรมีและกำหนดให้มีเชื้อเพลิงขั้นต่ำเท่าที่ควรจะต้องมีเก็บอยู่ในพื้นที่ขององค์กร

มาตรฐาน FMS.9.3

บุคคลที่ได้รับมอบหมายหรือผู้มีอำนาจเฝ้าติดตามคุณภาพน้ำอย่างสม่ำเสมอ

เจตจำนงของ FMS.9.3

ตามที่ระบุใน FMS.9.2 และ FMS.9.2.1 คุณภาพน้ำมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงนอกเหนือการควบคุมของโรงพยาบาล^{16,17} คุณภาพน้ำยังเป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการดูแลทางคลินิก เช่น ฟอกไต ดังนั้นโรงพยาบาลกำหนดกระบวนการในการเฝ้าติดตามคุณภาพน้ำและการดำเนินการเมื่อพบว่า คุณภาพน้ำไม่ปลอดภัย

คุณภาพของน้ำบริโภค (น้ำดื่ม) ได้รับการทดสอบอย่างน้อยไตรมาสละครั้งและน้ำอุปโภคได้รับการทดสอบอย่างน้อย ทุกหก (6) เดือน¹⁹ การทดสอบอาจจะทำบ่อยขึ้นทั้งน้ำบริโภคและ/หรืออุปโภคถ้ากำหนดโดยกฎหมายและระเบียบ ข้อบังคับท้องถิ่น หรือถ้าบ่งชี้โดยสภาพของแหล่งน้ำและ/หรือมีประสบการณ์ก่อนหน้านี้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพ น้ำ น้ำที่ใช้ในการฟอกไตได้รับการทดสอบเดือนละครั้งสำหรับการเจริญเติบโตของแบคทีเรียและเอนโดทอกซิน รวม ทั้งมีการทดสอบปีละครั้งสำหรับการปนเปื้อนสารเคมี¹⁹⁻²²

การทดสอบสามารถดำเนินการโดยบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาล เช่น บุคลากรจากห้องปฏิบัติการทางคลินิกหรือสาธารณสุขหรือ หน่วยงานที่มีอำนาจควบคุมนํ้านอกโรงพยาบาลที่ได้รับการมอบหมายให้สามารถ ดำเนิน การทดสอบดังกล่าวได้ ไม่ว่าจะดำเนินการโดยบุคลากรที่มีคุณสมบัติของโรงพยาบาลหรือโดยหน่วยงานที่มี อำนาจ นอกโรงพยาบาล เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่จะสร้างความมั่นใจว่าการทดสอบครบถ้วนและมีการบันทึกไว้

นอกเหนือไปจากการทดสอบคุณภาพน้ำ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการปนเปื้อนและการเจริญเติบโตของ เชื้อ แบคทีเรีย เช่น เชื้อ E. coli, Legionella และอื่น ๆ อีกมากมาย โรงพยาบาลดำเนินมาตรการและตรวจสอบเป็นประจำ และเฝ้าติดตามประสิทธิผลของมาตรการ¹⁹

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.9.3

- ☐ 1. คุณภาพของน้ำบริโภคได้รับการทดสอบอย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยขึ้นตามกฎหมายและระเบียบ ข้อบังคับท้องถิ่น สภาพของแหล่งน้ำและประสบการณ์ก่อนหน้านี้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพน้ำผลการ ทดสอบได้รับการบันทึก
- ☐ 2. คุณภาพของอุปโภคได้รับการทดสอบอย่างน้อยทุกหก (6) เดือนหรือบ่อยขึ้นตามกฎหมายและระเบียบ ข้อบังคับท้องถิ่น สภาพของแหล่งน้ำและประสบการณ์ก่อนหน้านี้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพน้ำผลการ ทดสอบได้รับการบันทึก
- ☐ 3. น้ำที่ใช้ในการฟอกไตมีการทดสอบรายเดือนสำหรับการเจริญเติบโตของแบคทีเรียและเอนโดทอกซิน และ ทดสอบเป็นประจำทุกปีสำหรับการปนเปื้อนสารเคมี ผลการทดสอบได้รับการบันทึก
- ☐ 4. มีการดำเนินมาตรการเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ใน น้ำ มีการเฝ้าติดตามประสิทธิผลของมาตรการ
- ☐ 5. มีการดำเนินการและบันทึกผลเมื่อพบว่าคุณภาพน้ำไม่ปลอดภัย

มาตรฐาน FMS.10

องค์กรเก็บข้อมูลการติดตามสำหรับแผนงานการจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัยแต่ละหัวข้อ เพื่อการวางแผนในการทดแทน หรือ อัปเดตเครื่องมือ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบ และลดความเสี่ยงในสภาพแวดล้อมนั้น

เจตจำนงของ FMS.10

การติดตามแผนงานการจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัยแต่ละแผนงาน ผ่านการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ให้ข้อมูลที่ช่วยองค์กรในการป้องกันปัญหา ลดความเสี่ยง ตัดสินใจในการพัฒนาระบบ และวางแผนการอัปเดตหรือทดแทนเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขโรค ข้อกำหนดในการเฝ้าติดตามแผนงานอาคารสถานที่และความปลอดภัยได้รับการประสานงานกับความต้องการ ข้อมูลการเฝ้าติดตามได้รับการบันทึก และการส่งรายงานทุกไตรมาสให้ผู้นำองค์กร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.10

- ☐ 1. มีการเก็บและบันทึกข้อมูลการเฝ้าติดตามสำหรับแผนงานบริหารจัดการสาธารณสุขโรคทางการแพทย์ (ดู GLD.11 ME.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีการใช้ข้อมูลการเฝ้าติดตามดังกล่าวเพื่อการวางแผนสำหรับการทดแทนและเพิ่มขีดความสามารถของเครื่องมือแพทย์ เทคโนโลยี และ ระบบ และลดความเสี่ยงในสภาพแวดล้อม (ดู FMS.4.2 ME.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. รายงานสำหรับการเฝ้าติดตาม และมีการแนะนำเพื่อให้ผู้บริหารองค์กรทราบทุกไตรมาส (ดู GLD.1.2 ME.2 ร่วมด้วย)

การให้ความรู้แก่บุคลากร

มาตรฐาน FMS.11

องค์กรจัดการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากรทั้งหมด เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการจัดให้มีอาคารสถานที่สำหรับการดูแล ผู้ป่วยที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

มาตรฐาน FMS.11 .1

บุคลากรได้รับการฝึกอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทของตนตามแผนขององค์กรสำหรับความปลอดภัยด้านอัคคีภัย การรักษาความปลอดภัย วัตถุอันตราย และภาวะฉุกเฉิน

มาตรฐาน FMS.11.2

บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานและบำรุงรักษา เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ และระบบสาธารณสุขโรค

เจตจำนงของ FMS.11 ถึง FMS.11.2

บุคลากรขององค์กรเป็นกลุ่มหลักที่ติดต่อกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้มาเยือน ด้วยเหตุนี้ บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการบ่งชี้และลดความเสี่ยง ป้องกันผู้อื่นและตนเอง รวมทั้งทำให้อาคารสถานที่มีความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (ดู FMS.7.1 ME.1 ร่วมด้วย)

แต่ละองค์กรต้องกำหนดประเภทและระดับของการฝึกอบรมให้แก่บุคลากร ออกแบบและจัดทำเอกสารสำหรับแผนงานการศึกษาอบรมนี้ แผนงานนี้อาจรวมถึงการสอนเป็นกลุ่ม เอกสารความรู้ การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ หรือกลไกอื่น ๆ ที่ตอบสนองความต้องการขององค์กร แผนงานนี้รวมถึงการสอนกระบวนการรายงานความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิด การรายงานอุบัติการณ์และการบาดเจ็บ และการหิบบัสน์สวัสดิ์อันตรายหรือวัตถุอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อตนเองและผู้อื่น

บุคลากรที่มีหน้าที่ใช้หรือบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการฝึกอบรมพิเศษ การฝึกอบรมอาจจะทำโดยองค์กร ผู้ผลิตเครื่องมือ หรือแหล่งความรู้อื่น ๆ

องค์กรวางแผนแผนงานที่ถูกออกแบบเพื่อทดสอบความรู้ของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยด้านอัคคีภัย การตอบสนองต่ออันตราย เช่น การหกรั่วไหลของวัตถุอันตราย และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและบุคลากร การทดสอบความรู้สามารถทำได้หลากหลายวิธี เช่น การสาธิตรายบุคคลหรือกลุ่ม การสมมติเหตุการณ์ เช่น มีโรคระบาดในชุมชน การสอบข้อเขียนหรือการทดสอบผ่านคอมพิวเตอร์ หรือวิธีอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับความรู้ที่จะทดสอบ องค์กรบันทึกข้อมูลผู้ที่ได้รับการทดสอบและผลการทดสอบ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.11

- ☐ 1. มีการให้การอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งสำหรับแต่ละองค์ประกอบของแผนงานบริหารจัดการอาคารสถานที่และความปลอดภัยขององค์กร มีการวางแผนและให้ความรู้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรในทุกกะสามารถปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบของตนอย่างมีประสิทธิภาพ (ดู AOP.5.3 ME.4, AOP.6.3 ME.5 และ FMS.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. การให้ความรู้ครอบคลุมถึงผู้มาเยือน ผู้ขายของ ผู้ปฏิบัติงานภายใต้สัญญาจ้าง และบุคคลอื่น ๆ ตามที่องค์กร ระบุ และการทำงานเป็นกะของบุคลากร (ดู FMS.2 ME.4 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. มีการทดสอบความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาอาคารสถานที่ให้ปลอดภัย
- ☐ 4. มีการบันทึกข้อมูลการฝึกอบรมและทดสอบบุคลากร บุคคลที่ได้รับการฝึกอบรม และผลการทดสอบ (ดู SQE.5 ME.4 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.11.1

- ☐ 1. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงบทบาทหน้าที่ของตนเมื่อเกิดไฟไหม้ (ดู FMS.7.1 ME.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงการปฏิบัติเพื่อกำจัด ลด หรือรายงาน ความปลอดภัย สวัสดิภาพ และ ความเสี่ยงอื่น ๆ (ดู FMS.4 และ FMS.4.1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงการระมัดระวัง วิธีการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการจัดการการหิบบัสน์ และการกำจัดก๊าซทางการแพทย์ ของเสียและวัตถุอันตราย และในภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวข้อง (ดู FMS.5.1 ME.1 และ 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. บุคลากรสามารถอธิบาย และ/หรือ แสดงวิธีการปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและพิบัติภัย ภายในองค์กรและในชุมชน (ดู FMS.6 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ FMS.11.2

- ☐ 1. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อปฏิบัติงานกับเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์และระบบสารสนเทศที่เหมาะสม กับงานของตน (ดู FMS.8 ME.5 ร่วมด้วย)
 - ☐ 2. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อใช้งานระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับงานของตน
 - ☐ 3. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสมกับงานของตน
 - ☐ 4. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเพื่อบำรุงรักษาระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับงานของตน
-

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

คุณสมบัติและการศึกษาของบุคลากร (SQE)

ภาพรวม

สถานพยาบาลต้องการบุคลากรที่มีทักษะและคุณสมบัติหลากหลายเหมาะสมเพื่อทำหน้าที่ให้บริการ พันธกิจขององค์กรและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้นำองค์กรร่วมกันกำหนดจำนวนและประเภทของบุคลากรที่ต้องการ โดยอาศัยคำแนะนำจากผู้บริหารของแผนกและงานบริการ

การสรรหา การประเมินและการบรรจุบุคลากรสำเร็จผลดีที่สุด โดยอาศัยกระบวนการที่ประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกัน มีความต่ำเป็นที่จะต้องบันทึกหลักฐานทักษะ ความรู้ การศึกษา และประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้สมัคร มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทบทวนหลักฐานคุณสมบัติ (Credentials) ของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอย่างระมัดระวัง เนื่องจากเป็นผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลทางคลินิกและทำงานโดยตรงกับผู้ป่วย องค์กรต้องมีการจัดการปฐมนิเทศทั้งในภาพรวมขององค์กรและตามหน้าที่เฉพาะตามตำแหน่งงานหน้าที่ความรับผิดชอบนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกระบวนการทำงานที่สำคัญบุคลากรต้องได้รับการปฐมนิเทศก่อนเริ่มปฏิบัติงาน มีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองทั้งด้านส่วนตัวและวิชาชีพ โดยมีการจัดให้มีการศึกษาระหว่างประจำการ(In-service education) และโอกาสเรียนรู้อื่น ๆ แก่บุคลากร

เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบุคลากร มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในงานและมีความปลอดภัยในการทำงานสถานการณ์ต่าง ๆ สถานพยาบาลจะต้องมีการดำเนินการจัดให้มีแผนงานระบบการส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยให้แก่บุคลากรทั้งองค์กร รวมไปถึงบุคลากรคู่สัญญาด้วย ซึ่งจะต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพที่จะส่งผลกระทบก่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคประจำปี การควบคุมดูแลในเรื่องอาชีวอนามัยต่าง ๆ การป้องกันโรคและส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกัน เพื่อที่บุคลากรจะได้ปลอดภัยในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่าง ๆ

หมายเหตุ: ในบางมาตรฐานโรงพยาบาลต้องจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารสำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงอื่น ๆ เป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านั้นจะมีการระบุสัญลักษณ์ ๑๐ หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

การวางแผน

- SQE.1 ผู้นำองค์กรกำหนดการศึกษา ทักษะ ความรู้ และข้อกำหนดอื่น ๆ ที่ต้องการสำหรับบุคลากรทุกคน
- SQE.1.1 มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรแต่ละคนไว้ในคำบรรยายลักษณะงานที่เป็นปัจจุบัน (P)
- SQE.2 ผู้นำองค์กรจัดทำและนำไปปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการสำหรับการสรรหา การประเมิน และการบรรจุบุคลากร รวมถึงวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่องค์กรกำหนด
- SQE.3 องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรสายงานคลินิก สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
- SQE.4 องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรนอกสายงานคลินิก สอดคล้องกับความต้องการขององค์กรและตามข้อกำหนดของแต่ละตำแหน่งงาน
- SQE.5 มีการจัดทำแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน (P)
- SQE.6 มีการจัดทำแผนบุคลากรขององค์กร ซึ่งจัดทำโดยผู้นำ หัวหน้าแผนก ของแต่ละหน่วยงานและส่วนงานบริการ ที่มีการกำหนดจำนวน ประเภท และคุณสมบัติที่ต้องการของบุคลากร (P)
- SQE.7 บุคลากรทั้งสายงานคลินิกและนอกสายงานคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนก หรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน และเกิดความคุ้นเคยกับหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งงาน เมื่อได้รับการบรรจุ
- SQE.8 บุคลากรแต่ละคนได้รับการศึกษาและฝึกอบรมระหว่างประจำการ รวมถึงการศึกษาและฝึกอบรมอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อดำรงหรือเพิ่มพูนทักษะและความรู้ของตน
- SQE.8.1 บุคลากรซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย และบุคลากรอื่น ๆ ที่องค์กรระบุ ได้รับการฝึกอบรมและสามารถแสดงความสามารถที่เหมาะสม เกี่ยวกับเทคนิคการช่วยฟื้นคืนชีพ
- SQE.8.2 องค์กรจกัให้มีแผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร ที่แสดงให้เห็นได้ว่าบุคลากรจะมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติงานในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัย (P)
- SQE.8.2.1 องค์กรจะต้องมีการกำหนดประเภทตำแหน่งของบุคลากรที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อหรือโรคติดต่อ และจะต้องมีการจัดให้บุคลากรเหล่านั้นได้รับวัคซีนตามแผนงานที่กำหนด เพื่อที่จะได้มีภูมิคุ้มกันในการป้องกันเชื้อโรคต่าง ๆ (P)

การกำหนดสมาชิกภาพของบุคลากรสายแพทย์

- SQE.9 องค์กรมีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่องสำหรับรวบรวม สอบทาน และประเมินหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมีการควบคุมดูแล (P)
- SQE.9.1 เอกสารคุณสมบัติคุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคลากรสายแพทย์ ตามข้อกำหนดของกฎหมายต้องได้รับการตรวจสอบและต้องเป็นปัจจุบันเสมอ (P)
- SQE.9.2 มีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันในการอาศัยข้อมูลเพื่อการตัดสินใจแต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์ ที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ (P)

การกำหนดสิทธิทางคลินิก

- SQE.10 องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่ใช้หลักฐานที่เป็นธรรม มีมาตรฐาน(มาตรฐานized objective,evidence– based) ในการมอบสิทธิแก่บุคลากรสายแพทย์ที่จะรับและรักษาผู้ป่วยและให้บริการทางคลินิกอื่น ๆ อย่างสอดคล้องกับคุณสมบัติของบุคลากรผู้นั้น (P)

การเฝ้าติดตามและประเมินผลบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

- SQE.11 องค์กรใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐานและต่อเนื่อง ในการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยการให้

บริการผู้ป่วยโดยบุคลากรสายแพทย์แต่ละคน (P)

การต่ออายุและการมอบสิทธิทางคลินิกใหม่อีกครั้งแก่บุคลากรสายแพทย์

SQE.12 โรงพยาบาลกำหนดสมาชิกภาพบุคลากรสายแพทย์และสิทธิทางคลินิกกว่าจะให้ต่อไปโดยมีหรือไม่มี การปรับเปลี่ยนเกิดขึ้นอย่างน้อยทุกสามปีโดยอาศัยการเฝ้าติดตามและการประเมินผลสมาชิกบุคลากร สายแพทย์อย่างต่อเนื่อง (P)

บุคลากรสายพยาบาล

SQE.13 องค์กรมีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่องสำหรับรวบรวม สอบทาน และประเมิน หลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายพยาบาล(ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์)

SQE.14 องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบและจัดมอบงานทางคลินิก บนพื้นฐานของเอกสารคุณสมบัติของพยาบาลและระเบียบบังคับที่มี

SQE.14.1 องค์กรต้องมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการกำหนดให้บุคลากรสายพยาบาลมีส่วนร่วมใน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลเมื่อมี ข้อบ่งชี้

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น ๆ

SQE.15 องค์กรมีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่องสำหรับรวบรวม สอบทาน และประเมิน หลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น ๆ (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรมและประสบการณ์)

SQE.16 องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบและจัดมอบงานทางคลินิก บนพื้นฐานของเอกสารคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น ๆ และระเบียบบังคับที่มี

SQE.16.1 องค์กรต้องมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการ สุขภาพอื่น ๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรวมทั้งมีการประเมินผล การปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลเมื่อมีข้อบ่งชี้

มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

การวางแผน

มาตรฐาน SQE.1

ผู้นำองค์กรกำหนดการศึกษา ทักษะ ความรู้ และข้อกำหนดอื่น ๆ ที่ต้องการสำหรับบุคลากร

เจตจำนงของ SQE.1

ผู้นำองค์กรกำหนดความต้องการเฉพาะสำหรับตำแหน่งบุคลากร ผู้นำกำหนดการศึกษา ทักษะ ความรู้ และคุณสมบัติอื่น ๆ ที่พึงประสงค์ เป็นส่วนหนึ่งของการคาดการณ์บุคลากรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้นำใช้ปัจจัยต่อไปนี้ในการคาดการณ์ความต้องการของบุคลากร ได้แก่

- พันธกิจขององค์กร
- ลักษณะผสมของผู้ป่วย (Patient mix) ที่องค์กรให้บริการ รวมถึงความซับซ้อนและความรุนแรงของความต้องการของผู้ป่วย
- บริการการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่จัดให้โดยองค์กร
- จำนวนผู้ป่วยนอกและจำนวนผู้ป่วยใน
- เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

องค์กรปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับซึ่งกำหนดระดับการศึกษา ทักษะ หรือคุณสมบัติอื่น ๆ ที่พึงประสงค์ของบุคลากร กฎหมายและระเบียบข้อบังคับซึ่งกำหนดจำนวนบุคลากรหรือสัดส่วนผสมของบุคลากรสำหรับองค์กร องค์กรใช้พันธกิจขององค์กรและภาวะความต้องการของผู้ป่วย นอกเหนือไปจากข้อกำหนดของกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.1

- ☐ 1. มีการใช้พันธกิจขององค์กร จำนวน ลักษณะผสมของผู้ป่วย บริการและเทคโนโลยี ในการวางแผนบุคลากร (ดู GLD.8 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีการกำหนดการศึกษา ทักษะ ความรู้ที่พึงประสงค์ สำหรับบุคลากร (ดู QPS.9, ME2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. มีการนำกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนบุคลากร

มาตรฐาน SQE.1.1

มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละคนไว้ในคำบรรยายลักษณะงานที่เป็นปัจจุบัน

เจตจำนงของ SQE.1.1

มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่จะปฏิบัติงานโดยอิสระไว้ในคำบรรยายลักษณะงานที่เป็นปัจจุบัน คำบรรยายลักษณะงานที่เป็นฐานสำหรับการมอบหมายงาน การปฐมนิเทศหรือสร้างความคุ้นเคยกับงาน และการประเมินผลว่าบุคลากรทำตามหน้าที่รับผิดชอบได้ดีเพียงใด

คำบรรยายลักษณะงานมีความจำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ ในกรณีต่อไปนี้

- บุคคลซึ่งมีบทบาทหลักในการบริหารจัดการ เช่น ผู้จัดการแผนก หรือผู้ที่มีหน้าที่ควบคู่กันทั้งด้านคลินิกและด้านบริหารจัดการ โดยระบุหน้าที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน (ดู SQE.10 ร่วมด้วย)
- บุคคลซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบทางด้านคลินิกที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติงานด้วยตนเองตามลำพัง เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพที่กำลังเรียนรู้บทบาทใหม่หรือทักษะใหม่
- บุคคลซึ่งอยู่ระหว่างการฝึกหัดและอยู่ภายใต้การควบคุมดูแล ซึ่งแผนงานการศึกษาจะระบุว่าสิ่งใดที่สามารถทำได้โดยอิสระ สิ่งใดที่ต้องทำภายใต้การควบคุมดูแล ในแต่ละขั้นตอนหรือระดับของการฝึกอบรม
- บุคคลได้รับอนุญาตให้ทำงานให้บริการในองค์กรชั่วคราว เช่น พยาบาลจากบริษัทจัดหาชั่วคราว

เมื่อองค์กรใช้คำบรรยายลักษณะงานทั่วไปหรือของประเทศ เช่น คำบรรยายลักษณะงานสำหรับ”พยาบาล” จำเป็นต้องปรับคำบรรยายลักษณะงานลักษณะนี้ด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาลประเภทต่าง ๆ เช่น พยาบาลหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤติ พยาบาลเด็ก พยาบาลห้องผ่าตัด และตำแหน่งอื่น ๆ สำหรับบุคลากรที่ได้รับอนุญาตโดยกฎหมายและโดยองค์กรให้ทำงานอย่างอิสระ มีกระบวนการที่จะระบุและให้สิทธิการปฏิบัติแก่บุคคลบนพื้นฐานของการศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ (ดู SQE.9 ME 2 ร่วมด้วย) ข้อกำหนดของมาตรฐานนี้ประยุกต์ใช้กับ “บุคลากร” ทุกประเภท ผู้ซึ่งต้องมีคำบรรยายลักษณะงาน เช่น บุคลากรประจำ บุคลากรชั่วคราว ผู้ได้รับค่าจ้าง อาสาสมัคร หรือบุคลากรชั่วคราว

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE 1.1

- ☐ 1. มีคำบรรยายลักษณะงานสำหรับบุคลากรที่ยังไม่ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติงานอย่างอิสระ (ดู MMU.6,ME1; SQE.5,ME3 ;SQE.14; and SQE.16 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีคำบรรยายลักษณะงานสำหรับบุคลากรที่ระบุไว้ในเจตจำนงของมาตรฐานข้อ a) ถึง d) ที่มาทำงานในองค์กรอย่างเหมาะสมกับกิจกรรมและหน้าที่รับผิดชอบของบุคลาการดังกล่าว หรือได้รับสิทธิการดูแลถ้ามีระบุไว้เป็นทางเลือก (ดู AOP.3,ME1;PCI.1,ME3 และ SQE.5,ME3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. คำบรรยายลักษณะงานเป็นปัจจุบันตามนโยบายขององค์กร

มาตรฐาน SQE.2

ผู้นำองค์กรมีการจัดทำและนำไปปฏิบัติ ซึ่งกระบวนการสรรหา การประเมินคุณสมบัติ และการบรรจุบุคลากร รวมถึงวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่องค์กรกำหนด

เจตจำนงของ SQE.2

องค์กรจัดให้มีกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ อาจเป็นลักษณะประสานความร่วมมือหรือรวมศูนย์ สำหรับ

- การสรรหาบุคลากรสำหรับตำแหน่งงานที่ว่าง
- การประเมินการฝึกอบรม ทักษะ ความรู้ของผู้สมัคร และ
- การบรรจุบุคคลเป็นบุคลากรของโรงพยาบาล

มีการใช้เกณฑ์ กระบวนการ และแบบฟอร์ม เพื่อให้มีกระบวนการที่เป็นแนวทางเดียวกัน ในกรณีที่ไม่มี

รวมศูนย์กระบวนการดังกล่าว ผู้บริหารแผนกและงานบริการ มีส่วนร่วมโดยการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับจำนวนและคุณสมบัติของบุคลากรที่ต้องการเพื่อให้บริการทางคลินิกแก่ผู้ป่วย การทำหน้าที่สนับสนุนที่มีการใช้งานด้านคลินิกและทำหน้าที่สอนหรือหน้าที่อื่น ๆ ของแผนก ผู้บริหารแผนกและงานบริการช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับตัวบุคคลที่จะได้รับการบรรจุเป็นบุคลากร ดังนั้น มาตรฐานในบทนี้จึงเป็นส่วนเสริมให้แก่มาตรฐานการกำหนดบุคลากร การนำและทิศทางการ ซึ่งอธิบายหน้าที่รับผิดชอบของผู้บริหารแผนกหรืองานบริการ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.2

- ☐ 1. มีกระบวนการที่พร้อมปฏิบัติในการสรรหาบุคลากร (ดู GLD.3.3, ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีกระบวนการที่พร้อมปฏิบัติในการประเมินคุณสมบัติของบุคลากรใหม่ (ดู SQE.10; SQE.14, ME1 และ SQE.16, ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. มีกระบวนการที่พร้อมปฏิบัติในการบรรจุบุคคลเป็นบุคลากร (ดู SQE.9.2, ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. มีกระบวนการที่พร้อมปฏิบัติกระบวนการดังกล่าวให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร (ดู GLD.3.3 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.3

องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรสายงานคลินิก สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

เจตจำนงของ SQE.3

องค์กรจ้างบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมโดยใช้กระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าคุณสมบัติของบุคคลที่จะรับเป็นบุคลากรสอดคล้องกับข้อกำหนดของตำแหน่ง กระบวนการนี้ยังสร้างความมั่นใจว่าทักษะของบุคลากรสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกและตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพขององค์กรซึ่งมิได้ปฏิบัติงานภายใต้คำบรรยายลักษณะงาน มีกระบวนการระบุไว้ใน SQE.9 ถึง SQE.12

กระบวนการสำหรับบุคลากรสายงานคลินิกที่ปฏิบัติงานภายใต้คำบรรยายลักษณะงานประกอบด้วย

- การประเมินขั้นต้นเพื่อสร้างความมั่นใจว่าบุคคลผู้นั้นสามารถปฏิบัติตามหน้าที่รับผิดชอบในคำบรรยายลักษณะงานได้ การประเมินนี้กระทำก่อนหรือในเวลาที่เริ่มต้นปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ องค์กรอาจมีระยะเวลาทดลองปฏิบัติงาน ซึ่งบุคลากรสายงานคลินิกจะได้รับการควบคุมอย่างใกล้ชิด และประเมินผลหรือใช้กระบวนการที่ไม่เป็นทางการมากนัก ไม่ว่าจะใช้กระบวนการใด องค์กรสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรที่ให้บริการที่มีความเสี่ยงหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการประเมินตั้งแต่เมื่อเริ่มต้นปฏิบัติงาน การประเมินทักษะและความรู้ที่จำเป็นและพฤติกรรม การปฏิบัติงานที่พึงประสงค์นี้ทำโดยแผนกหรืองานบริการที่บุคลากรได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน
- จากนั้นองค์กรก็กำหนดกระบวนการและความถี่สำหรับการประเมินความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การประเมินอย่างต่อเนื่องสร้างความมั่นใจว่ามีการฝึกอบรมเมื่อต้องการ และบุคลากร สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ใหม่หรือหน้าที่เปลี่ยนแปลงได้ การประเมินดังกล่าวจะดีที่สุดเมื่อดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ควรมีการประเมินบุคลากรสายงานคลินิกที่ทำงานภายใต้คำอธิบายลักษณะงานแต่ละคนและบันทึกไว้อย่างน้อยปีละครั้ง (ดู COP.3.1; GLD.11.1 และ SQE11 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.3

- ☐ 1. องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อจัดให้มีความรู้และทักษะของบุคลากรสายงานคลินิกกับความ ต้องการของผู้ป่วย มีความสอดคล้องกัน (ดู COP.7,ME1;COP.8;ASC.3.1,MEs.1 และME2 ; MMU.6,ME1 และ SQE.14,ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีการประเมินบุคลากรใหม่ในสายงานคลินิกเมื่อเริ่มปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ
- ☐ 3. แผนกหรืองานบริการที่บุคลากรได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ทำการประเมิน
- ☐ 4. องค์กรกำหนดความถี่ในการประเมินบุคลากรสายงานคลินิกอย่างต่อเนื่อง
- ☐ 5. มีการประเมินบุคลากรสายงานคลินิกแต่ละคนที่ปฏิบัติงานภายใต้คำบรรยายลักษณะงานอย่างน้อยปี ละครั้ง หรือบ่อยกว่าตามที่องค์กรกำหนดและบันทึกผลไว้ (ดู SQE.11,ME.1 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.4

องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดเพื่อสร้างความมั่นใจว่าความรู้และทักษะของบุคลากรนอกสายงานคลินิก สอดคล้อง กับความต้องการขององค์กรและข้อกำหนดของตำแหน่ง

เจตจำนงของ SQE.4

องค์กรแสวงหาบุคลากรที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามข้อตกลงในตำแหน่งนอกสายงานทางคลินิก ผู้ควบคุมดูแล บุคลากรจัดให้มีการปฐมนิเทศเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับตำแหน่งดังกล่าวและสร้างความมั่นใจว่า บุคลากรสามารถ ทำหน้าที่รับผิดชอบตามคำบรรยายลักษณะงานได้ บุคลากรได้รับการควบคุมดูแลในระดับที่ ต้องการและได้รับการ ประเมินเป็นระยะเพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีความสามารถในตำแหน่งดังกล่าวตลอดเวลา

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.4

- ☐ 1. องค์กรใช้กระบวนการที่กำหนดไว้เพื่อจัดให้มีความรู้และทักษะของบุคลากรนอกสายงานคลินิกกับ ข้อกำหนด ของตำแหน่งมีความสอดคล้องกัน (ดู AOP.5.1,ME2 ; AOP.5.2,MEs1และ3 ; AOP.6,MEs 1,2และ6 ; PCI.7, ME3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. มีการประเมินบุคลากรใหม่ที่มีใช้ด้านคลินิก เมื่อเริ่มปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ
- ☐ 3. แผนกหรืองานบริการที่บุคลากรได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ทำการประเมิน
- ☐ 4. องค์กรกำหนดความถี่ในการประเมินบุคลากรที่มีใช้ด้านคลินิกอย่างต่อเนื่อง
- ☐ 5. มีการประเมินบุคลากรที่มีใช้ด้านคลินิกอย่างน้อยปีละครั้งหรือบ่อยกว่าตามที่องค์กรกำหนดและบันทึก ผลไว้ (ดู SQE.5,ME5 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.5

มีแฟ้มเอกสารข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคน[®]

เจตจำนงของ SQE.5

บุคลากรแต่ละคนในองค์กรมีเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติ ความรู้ความสามารถและบันทึกประวัติการฝึกอบรมตามหน้าที่รับผิดชอบ และต้องมีเอกสารที่แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นไปตาม ความคาดหวังของตำแหน่งด้วยอย่างไร ซึ่งแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลต้องมีการเก็บรักษาเป็นความลับเพราะมี เอกสารที่มีความละเอียดอ่อนบรรจุไว้ภายใน

บุคลากรทุกคนในองค์กรรวมถึงผู้ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายและโดยองค์กรให้ทำงานด้วยความอิสระ ต้องมีการจัดทำแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลที่มีข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารคุณวุฒิคุณสมบัติ ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ และต้องมีข้อมูลหลักฐานการได้รับการปฐมนิเทศ การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง และผลของการประเมินภายหลังการผ่านการอบรม ตลอดจนผลการประเมินการปฏิบัติงาน รายบุคคลที่แสดงให้เห็นระดับของทักษะความรู้ความสามารถ สอดคล้องกับหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งงาน ซึ่งต้องจัดทำเป็นเอกสารที่มีรูปแบบมาตรฐานและมีความเป็นปัจจุบันตามนโยบายองค์กร (ดู SQE.9.2, ME3 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.5

- ☐ 1. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแต่ละคนมีการบรรจุเอกสารที่มีรูปแบบมาตรฐานเดียวกัน มีความเป็นปัจจุบัน และมีการเก็บรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคลตามนโยบายขององค์กร (ดู MOI.2, ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีเอกสารคุณวุฒิคุณสมบัติของบุคลากรแลประวัติการทำงานของบุคลากรผู้นั้น (ดู SQE.9, ME3 ; SQE.13, ME4 และ SQE.15, ME4 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีคำบรรยายลักษณะงานของบุคลากรผู้นั้น (ดู SQE.1.1, ME1 และ 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีประวัติการได้รับการปฐมนิเทศทั้งในระดับของโรงพยาบาลและเฉพาะตามหน้าที่รับผิดชอบ และมีบันทึกการเข้าร่วมการศึกษาระหว่างประจำการของบุคลากรผู้นั้น (ดู ASC.3.1, ME3 ; MMU.5.1, ME4 ; FMS.3, ME2 ; FMS.11, ME4 ; SQE.8, ME4 และ SQE.8.1 , ME3 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีผลการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรผู้นั้น (ดู SQE.4, ME5 ร่วมด้วย)
- ☐ 6. แฟ้มข้อมูลส่วนบุคคลมีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของบุคลากรผู้นั้น (ดู SQE.8.2, ME2 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.6

แผนบุคลากรขององค์กรซึ่งจัดทำด้วยความร่วมมือของผู้นำ กำหนดจำนวน ประเภทความรู้ความสามารถ และคุณสมบัติที่ต้องการของบุคลากร (P)

มาตรฐาน SQE.6.1

มีการทบทวนแผนบุคลากรอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันตามความจำเป็น

เจตจำนงของ SQE.6 และ SQE.6.1

การจัดให้มีบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับกิจกรรมการสอนและการวิจัยซึ่งองค์กรอาจจะมีส่วนร่วม ผู้นำองค์กรเป็นผู้วางแผนบุคลากร กระบวนการวางแผนใช้วิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับสำหรับการกำหนดระดับของบุคลากร ตัวอย่างเช่น การใช้ระบบการจำแนกอาการหนัก-เบาของผู้ป่วย ในการกำหนดจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวิกฤตสาขาภูมิคุ้มกันสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต ภูมิคุ้มกัน

มีการจัดทำแผนเป็นลายลักษณ์อักษร ระบุนำจำนวนและประเภทของบุคลากรที่ต้องการในแต่ละแผนกและงานบริการ รวมทั้งทักษะ ความรู้และคุณสมบัติอื่น ๆ (ดู SQE.14 ร่วมด้วย) แผนบุคลากรต้องมีการระบุถึงต่อไปนี

- 1) การปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานบุคลากรจากแผนกหรืองานบริการหนึ่งไปยังอีกแผนกหรืออีกงานบริการหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปหรือการขาดแคลนบุคลากร

- 2) การพิจารณาคำขอของบุคลากรเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงาน บนพื้นฐานของค่านิยมทางวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา ; และ
- 3) สอดคล้องกับกฎหมายและข้อกำหนด

มีการเฝ้าติดตามการจัดบุคลากรที่วางแผนไว้และเกิดขึ้นจริงอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับปรุงแผนตามความจำเป็น ระหว่างที่มีการเฝ้าติดตามในระดับแผนกและงานบริการ มีกระบวนการที่ผู้นำองค์กรร่วมมือกันปรับปรุงแผนทั้งหมดโดยรวม (ดู GLD.7 และ GLD.9,ME2 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.6

- ☐ 1. มีแผนเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการจัดบุคลากรสอดคล้องกับกฎหมายและข้อกำหนดต่าง ๆ (ดู PCI.4,ME1 และ GLD.2,ME5 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. แผนบุคลากรระบุ จำนวน ประเภท คุณสมบัติที่พึงประสงค์ของบุคลากร โดยใช้วิธีการจัดอัตรากำลังซึ่งเป็นที่ยอมรับ
- ☐ 3. แผนบุคลากรระบุการมอบหมายงานและการปรับเปลี่ยนการมอบหมายงานบุคลากร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.6.1

- ☐ 1. องค์กรมีการเฝ้าติดตามประสิทธิผลของการจัดบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- ☐ 2. มีการทบทวนและปรับปรุงแผนการจัดบุคลากรเมื่อจำเป็น (ดู GLD.9 ,ME2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. มีกระบวนการที่ผู้นำองค์กรร่วมมือกันจัดทำแผนการจัดบุคลากรของแผนกและงานบริการ (ดู GLD.9, ME3 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.7

บุคลากรทุกคนทั้งสายงานคลินิกและนอกสายงานคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศเมื่อได้รับการบรรจุ ให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนกหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน และเกิดความคุ้นเคยกับหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะของตำแหน่งงาน

เจตจำนงของ SQE.7

การตัดสินใจบรรจุบุคคลเป็นบุคลากรขององค์กรก่อให้เกิดการเริ่มต้นของกระบวนการหลายอย่าง การที่บุคลากรใหม่ไม่ว่าจะเป็นตำแหน่งใดจะปฏิบัติงานได้ดี จำเป็นต้องเข้าใจภาพรวมขององค์กร และเข้าใจว่าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะของตนจะมีผลต่อการบรรลุพันธกิจขององค์กรอย่างไร สิ่งนี้จะบรรลุได้โดยการปฐมนิเทศทั่วไปให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กรและบทบาทของตนในองค์กร และการปฐมนิเทศเฉพาะเกี่ยวกับหน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งงานที่ได้รับบรรจุ การปฐมนิเทศรวมถึงประเด็นต่อไปนี้ได้แก่การรายงานความผิดพลาดทางการแพทย์ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการควบคุมการปฏิบัติงาน (ดู PCI.11,ME1 ร่วมด้วย) นโยบายขององค์กรเกี่ยวกับการส่งยาทางโทรศัพท์ และอื่น ๆ ผู้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง อาสาสมัคร และนักศึกษา/ผู้อยู่ระหว่างการฝึกอบรม ได้รับการปฐมนิเทศให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กรและงานที่ได้รับมอบหมายหรือหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.7

- ☐ 1. บุคลากรใหม่ทั้งสถานงานคลินิกและนอกสถานงานคลินิก ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนกหรือหน่วยงาน ซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งงานของแต่ละคนและงานที่ได้รับมอบหมายเฉพาะ (ดู GLD.9,ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ผู้ปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนกหรือหน่วยงานซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งงานแต่ละคนและงานที่ได้รับมอบหมายเฉพาะ (ดู GLD.6 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. อาสาสมัคร ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กร แผนกหรือหน่วยงาน ซึ่งได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานหน้าที่รับผิดชอบของตำแหน่งงานของแต่ละคนและงานที่ได้รับมอบหมายเฉพาะ
- ☐ 4. นักศึกษา/ผู้อยู่ระหว่างอบรม ได้รับการปฐมนิเทศเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับองค์กรและหน้าที่รับผิดชอบ ที่ได้รับมอบหมาย (ดู GLD.14 ,ME6 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.8

บุคลากรแต่ละคนได้รับการศึกษาและฝึกอบรมระหว่างประจำการ รวมถึงการศึกษาและฝึกอบรมอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อธำรงหรือเพิ่มพูนทักษะและความรู้ของตน

เจตจำนงของ SQE.8

องค์กรรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อเข้าใจความต้องการการศึกษาของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ผลจากการวัดคุณภาพและความปลอดภัยเป็นแหล่งข้อมูลหนึ่งที่ช่วยระบุความต้องการการศึกษาของบุคลากร ข้อมูลการเฝ้าติดตามแผนงานบริหารอาคารสถานที่ การนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ ประเด็นความรู้และทักษะที่ค้นพบจากการทบทวนปฏิบัติงานตามหน้าที่ วิธีการปฏิบัติงานทางคลินิกใหม่ และแผนจัดบริการใหม่ในอนาคตเป็นแหล่งข้อมูลดังกล่าวด้วยเช่นกัน องค์กรมีกระบวนการรวบรวมและบูรณาการข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อวางแผนแผนงานการศึกษาของบุคลากร องค์กรกำหนดว่าบุคลากรกลุ่มใด เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพที่จะต้องมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อธำรงไว้ซึ่งคุณสมบัติ รวมถึงวิธีการเฝ้าติดตามและบันทึกการศึกษาของบุคลากรเหล่านี้ (ดู GLD.3.3,ME3 ร่วมด้วย)

เพื่อธำรงไว้ซึ่งผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ยอมรับได้ การสอนทักษะใหม่ ๆ และการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับเครื่องมือหรือวิธีปฏิบัติงานใหม่ ๆ องค์กรควรจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้ให้ความรู้ และเวลาสำหรับการศึกษาระหว่างประจำการและการศึกษาอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง การจัดการศึกษานี้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรแต่ละคน และสอดคล้องกับความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องขององค์กรในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น สมาชิกแพทย์อาจได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ความก้าวหน้าของเวชปฏิบัติ หรือเทคโนโลยีใหม่ มีการบันทึกความสำเร็จด้านการศึกษาของบุคลากรแต่ละคนไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนบุคคล นอกจากนี้ แต่ละองค์กรมีการจัดทำและนำไปปฏิบัติซึ่งแผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของบุคลากร และใส่ใจด้านความปลอดภัยภายในองค์กรและของบุคลากร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.8

- ☐ 1. มีการใช้ข้อมูลสารสนเทศจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงผลจากกิจกรรมวัดคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อระบุ ความต้องการการศึกษาของบุคลากร
- ☐ 2. มีการวางแผนแผนงานการศึกษาจากข้อมูลและสารสนเทศเหล่านี้ (ดู GLD.3.3,ME3 ร่วมด้วย)

- ☐ 3. บุคลากรขององค์กรได้รับการศึกษาและฝึกอบรมระหว่างประจำการอย่างต่อเนื่อง (ดู AOP.5.3,ME4 ; AOP.6.3,ME5 ; PCI.1.1,ME2 และ SQE.5 , ME4 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. การศึกษาสอดคล้องกับความสามารถของบุคลากรแต่ละคนที่จะตอบสนองภาวะความต้องการของผู้ป่วย และ/หรือ ความต้องการการศึกษาต่อเนื่อง (ดู AOP.3,ME4 และ AOP.6.3,ME5 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก และเวลาที่เหมาะสมในการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับการศึกษาระหว่างประจำการและการศึกษาอื่น ๆ

มาตรฐาน SQE.8.1

บุคลากรซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย และบุคลากรอื่น ๆ ที่องค์กรระบุ ได้รับการฝึกอบรมและแสดงความสามารถที่เหมาะสมเกี่ยวกับเทคนิคการช่วยฟื้นคืนชีพ

เจตจำนงของ SQE.8.1

องค์กรระบุบุคลากรที่ต้องเข้ารับการอบรมเทคนิคการช่วยฟื้นคืนชีพ และระดับของการฝึกอบรม (ระดับพื้นฐานหรือระดับก้าวหน้า) ที่เหมาะสมกับบทบาทของแต่ละคนในองค์กร บุคลากรที่ถูกระบุได้รับการฝึกอบรมในระดับที่เหมาะสมซ้ำตามข้อกำหนด และ/หรือ กรอบเวลาที่แผนงานฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับระบุไว้ หรือทุกสองปี ถ้ามิได้ใช้แผนงานฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับ มีหลักฐานแสดงว่าบุคลากรแต่ละคนที่เข้าร่วมรับการฝึกอบรมบรรลุความสามารถในระดับที่ต้องการอย่างแท้จริง (ดู COP.3.2 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.8.1

- ☐ 1. องค์กรระบุบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และบุคลากรอื่น ๆ ที่จะต้องเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ
- ☐ 2. องค์กรมีการจัดการฝึกอบรมในระดับที่เหมาะสม โดยมีความถี่ที่พอเพียงสำหรับตอบสนองความต้องการ ของบุคลากร
- ☐ 3. มีหลักฐานแสดงว่าบุคลากรผู้ใดได้ผ่านการอบรม
- ☐ 4. มีการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพในระดับที่พึงประสงค์ให้แก่บุคลากรแต่ละคนซ้ำ ตามข้อกำหนด และ/หรือ กรอบเวลาที่แผนงานฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับระบุไว้ หรือทุกสองปีถ้ามิได้มีการใช้แผนงานฝึกอบรมซึ่งเป็นที่ยอมรับ

มาตรฐาน SQE.8.2

โรงพยาบาลจัดให้มีแผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่ตอบสนองต่อสุขภาพบุคลากรทั้งทางร่างกายและจิตใจและสภาพการทำงานที่ปลอดภัย ⑤

มาตรฐาน SQE.8.2.1

โรงพยาบาลระบุบุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสและการแพร่กระจายเชื้อที่เป็นไปได้ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและดำเนินการแผนงานการให้วัคซีนและสร้างภูมิคุ้มกันโรค ⑤

เจตจำนงของ SQE.8.2 และ SQE.8.2.1

แผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการธำรงรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคลากร ความพึงพอใจ ผลผลิตภาพและสภาพการทำงานที่ปลอดภัย

วิธีการที่โรงพยาบาลปฐมนิเทศและอบรมบุคลากรก่อให้เกิดการทำงานที่ปลอดภัย ช่วยรักษาอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ป้องกันหรือควบคุมการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมายซึ่งเป็นตัว กำหนดความผาสุกของบุคลากร¹ (ดู PCI.2, ME 4 ร่วมด้วย) แผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร สามารถเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลหรือนำไปรวมในแผนงานภายนอกได้ แผนงานจัดให้มีต่อไปนี้

- การตรวจสุขภาพการจ้างงานครั้งแรก
- มาตรการควบคุมการสัมผัสกับการประกอบอาชีพที่เป็นอันตราย เช่น การสัมผัสกับยา ที่เป็นพิษและระดับเสี่ยงที่เป็นอันตราย²⁻⁴
- การให้วัคซีนป้องกันโรคและการทดสอบเป็นระยะๆ^{5,6}
- การให้การศึกษา การฝึกอบรมและการจัดการยกผู้ป่วยอย่างปลอดภัย^{7,8}
- การให้การศึกษา การฝึกอบรมและการจัดการเกี่ยวกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน⁹⁻¹¹
- การให้การศึกษา การฝึกอบรมและการจัดการสำหรับบุคลากรที่อาจจะเป็นเหยื่อที่สองจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์พึงสังวร¹¹⁻¹³
- การรักษาภาวะที่เกี่ยวข้องกับการทำงานทั่วไป เช่น การบาดเจ็บที่หลัง หรือได้รับบาดเจ็บเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น¹⁴

ไม่ว่าจะเป็นด้วยอัตรากำลังและโครงสร้างของแผนงาน บุคลากรเข้าใจวิธีการรายงานการ ได้รับการปฏิบัติ ตลอดจนได้รับการให้คำปรึกษาและการติดตามสำหรับการบาดเจ็บ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานทั่วไป เช่น ผู้ที่อาจเกิดจากเข็มตำ สัมผัสกับโรคติดเชื้อ เผชิญกับความรุนแรงในสถานที่ทำงาน การจัดการยกผู้ป่วย สภาพอาคารสถานที่ที่เป็นอันตราย ตลอดจนความปลอดภัยและสุขภาพอื่น ๆ การออกแบบของแผนงานนำเอาการป้อนกลับข้อมูลจากบุคลากรและดึง เอาทรัพยากรทางคลินิกของโรงพยาบาลเช่นเดียวกับทรัพยากรที่อยู่ในชุมชนมาร่วมด้วย

พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ ที่ให้ความช่วยเหลือในการย้ายผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นของการบาดเจ็บที่หลังและได้รับ บาดเจ็บกล้ามเนื้อและกระดูกอื่น ๆ เนื่องจากต้องใช้ร่างกายในการจัดการยกผู้ป่วย การจัดการยกผู้ป่วยด้วยเทคนิคที่ ไม่เหมาะสมยังสามารถมีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพของการดูแล งาน การเคลื่อนย้ายและยก ผู้ป่วยมีการกระทำในรูปแบบสภาพแวดล้อมทางคลินิกที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่มีวิธีการแก้ปัญหาใด ๆ ที่เฉพาะ

เจาะจงที่เหมาะสมสำหรับทุกพื้นที่ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายและจัดการยกผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ตัวอย่างของการจัดการยกที่ปลอดภัยอาจรวมถึงการใช้เข็มขัดรัด การช่วยลำเลียงด้านข้าง การฝึกอบรมในกลศาสตร์ร่างกาย การดำเนินงานของ ทีมงานเคลื่อนย้ายและลักษณะที่คล้ายคลึงกันนี้¹⁵⁻¹⁷

ความรุนแรงในสถานที่ทำงานได้กลายเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากขึ้นในสถานพยาบาล การขาดแคลนบุคลากร ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย และความเข้าใจผิดว่าความรุนแรงที่ไม่ได้เกิดขึ้นในสถานพยาบาลหรือถ้ามีความรุนแรงเกิดขึ้น ก็มักเป็นส่วนหนึ่งของงานซึ่งเป็นเพียงไม่กี่อุปสรรคที่จะทำให้ต้องยอมรับว่าการใช้ความรุนแรงในสถานที่ทำงานมีอยู่ จริงและต้องจัดทำเป็นแผนงานเพื่อป้องกันความรุนแรง¹⁸⁻²¹ (ดู QPS.7 ร่วมด้วย)

บ่อยครั้งที่สภาพแวดล้อมการดูแลมักจะมีความท้าทายทางอารมณ์ที่สามารถทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจและร่างกาย²²⁻²⁶ ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพมักจะตกเป็นเหยื่อที่สองของข้อผิดพลาดและเหตุการณ์พึงสังวร เมื่อผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัวได้รับข้อผิดพลาดทางคลินิก ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกสำนึกผิดและ วิตกกังวลและความรู้สึกของ

พวกเขา จากความทุกข์ทางศีลธรรมมักจะไม่ได้รับการรับทราบหรือตอบสนอง โรงพยาบาลจำเป็นต้องรับทราบว่าสุขภาพทาง อารมณ์และประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุ การณ์พึงสังวรสามารถมีผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วย²⁷⁻³⁰

เนื่องจากการติดต่อของบุคลากรกับผู้ป่วยและวัสดุติดเชื้อของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพจำนวนมากจึงมีความเสี่ยงกับการรับและมีโอกาสการแพร่กระจายโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การระบุการติดเชื้อทางระบาดวิทยาที่สำคัญ การกำหนดบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเหล่านี้ และการดำเนินการแผนงานการคัดกรองและ การป้องกัน (เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การให้วัคซีนและการป้องกันโรค) สามารถลดอุบัติการณ์ของการแพร่กระจายโรคติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ³¹⁻³⁵ (ดู AOP.5.3.1; PCI.5, ME 2 และ PCI.8.2 ร่วมด้วย)

การติดเชื้อที่ไม่มีอาการเป็นเรื่องปกติและบุคคลสามารถติดเชื้อก่อนที่จะมีอาการใด ๆ รวมทั้งจากโรคไข้หวัดใหญ่ นอกจากนี้การศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพมักจะมีการรายงานว่ามีอาการมาทำงานแม้ในขณะที่ป่วย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงที่สำคัญต่อการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อที่แพร่กระจาย อันสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพ การระบาดของโรคติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโยงไปถึงผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่ไม่ได้รับวัคซีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรคไข้หวัดใหญ่ โรงพยาบาลจะต้องพิจารณาทำตามขั้นตอนเพื่อลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อโดยผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพที่ไม่ได้รับวัคซีน ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพมีหน้าที่ทั้งทางจริยธรรมและทางวิชาชีพเพื่อปกป้องตัวเอง เพื่อนร่วมงานตลอดจนผู้ป่วย ครอบครัว การให้วัคซีนจึงเป็นหน้าที่สำหรับผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพทุกคน^{36,37}

กลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการสัมผัสกับโรคติดเชื้ออาจรวมถึงความพยายามที่จะส่งเสริมการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ส่งเสริมให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด และกำหนดให้บุคลากรที่ยังไม่ได้รับวัคซีนสวมหน้ากากในช่วงฤดูไข้หวัดใหญ่³⁸ บุคลากรที่ยังไม่ได้รับวัคซีนให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเช่น มีภาวะ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้สูงอายุและเด็กทารกเพิ่มความเสี่ยงให้กับผู้ป่วย ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออยู่แล้ว ดังนั้น สถานะการให้วัคซีนของบุคลากรจำเป็นจะต้องมีการขึ้นบัญชีเมื่อมีการมอบหมายงานบุคลากร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.8.2

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดให้มีแผนงานสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่มีการตอบสนองต่อความต้องการทั้งแรงดันและไม่แรงดันของบุคลากรด้วยการรักษาโดยตรงและการส่งต่อ
- ☐ 2. แผนงานบุคลากรและความปลอดภัยครอบคลุมอย่างน้อย a) จนถึง g) ในเจตจำนง (ดู SQE.5, ME 6 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. โรงพยาบาลระบุพื้นที่/สถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงในสถานที่ทำงานและดำเนินการจัดการเพื่อลดความเสี่ยง
- ☐ 4. โรงพยาบาลจัดให้มีการประเมินผล การให้คำปรึกษาและติดตามการรักษาสำหรับบุคลากรที่ได้รับบาดเจ็บจากการใช้ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน
- ☐ 5. โรงพยาบาลจัดให้มีการศึกษา การประเมินผล การให้คำปรึกษาและติดตามการรักษาสำหรับบุคลากรที่เป็นเหยื่อที่สองของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์พึงสังวร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.8.2.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลระบุการติดเชื้อที่มีนัยสำคัญทางระบาดวิทยาเช่นเดียวกับระบุบุคลากรที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการสัมผัสและแพร่กระจายการติดเชื้อตลอดจนการดำเนินการแผนงานการให้วัคซีนและสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่บุคลากร (ดู PCI.6 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. โรงพยาบาลประเมินความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับบุคลากรที่ไม่ได้รับวัคซีนและ ระบุกลยุทธ์ในการลดความเสี่ยงของผู้ป่วยจากการสัมผัสกับโรคติดเชื้อจากบุคลากรที่ยังไม่ได้รับวัคซีน
- ☐ 3. แผนงานป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อให้แนวทางในการประเมินผล การให้คำปรึกษาและการติดตามบุคลากรที่สัมผัสกับโรคติดเชื้อ (ดู PCI.2, ME 4 ร่วมด้วย)

การกำหนดสมาชิกภาพของบุคลากรสายแพทย์

มาตรฐาน SQE.9

องค์กรมีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่องสำหรับรวบรวม สอบทาน และประเมินหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องมีการควบคุมดูแล

มาตรฐาน SQE.9.1

เอกสารคุณสมบัติคุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคลากรสายแพทย์ ตามข้อกำหนดของกฎหมายต้องได้รับการตรวจสอบและต้องเป็นปัจจุบันเสมอ

มาตรฐาน SQE.9.2

มีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันในการอาศัยข้อมูลเพื่อการตัดสินใจแต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์ ที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่^๑

หลักฐานคุณสมบัติ (Credential)

องค์กรมีกระบวนการที่เป็นแบบเดียวกันและต่อเนื่องในการจัดการหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ ประกอบด้วยสำเนาหลักฐานการศึกษาและฝึกอบรม สำเนาของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เป็นปัจจุบัน หลักฐานความสามารถปัจจุบันจากสารสนเทศขององค์กรอื่นซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเคยปฏิบัติงาน และจดหมายรับรอง และ/หรือ สารสนเทศอื่น ๆ ที่กำหนดโดยกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับสำหรับสมาชิก

บุคลากรสายแพทย์แต่ละคนไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนตัวหรือในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติแยกต่างหากและเอกสารต้องได้รับการตรวจสอบจากแหล่งต้นกำเนิดของเอกสารด้วย ซึ่งการตรวจสอบจะมีแนวทางในการดำเนินการต่างกันตามตำแหน่งงานที่สมัคร ตัวอย่างเช่นมีผู้สมัครในตำแหน่งหัวหน้าของแผนกหรือหน่วยงานบริการ องค์กรจำเป็นต้องมีการตรวจสอบไปยังสถานที่ทำงานที่ผู้สมัครได้เคยปฏิบัติงานและมีประสบการณ์มาจากองค์กรนั้นสำหรับผู้สมัครในตำแหน่งงานด้านคลินิก องค์กรจำเป็นต้องมีการตรวจสอบเพื่อให้มีความมั่นใจได้ว่าผู้สมัครมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมาแล้วจำนวนกี่คนต่อปี เพื่อตรวจสอบระดับของประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

บุคลากรสายแพทย์ (Medical Staff)

๑.บุคลากรสายแพทย์หมายถึงแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย

เวชปฏิบัติได้อย่างอิสระ(โดยไม่ต้องมีการควบคุมดูแล) และเป็นผู้ให้บริการป้องกันโรค บำบัดรักษา คิณสภาพ คัลยกรรม ฟืนฟูสมรรถภาพ หรือบริการทางการแพทย์และทันตกรรมอื่น ๆ ให้แก่ผู้ป่วย หรือเป็นผู้ให้บริการแปร ผลการตรวจแก่ผู้ป่วย เช่น การตรวจทางพยาธิวิทยา รังสีวิทยา หรือการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ ครอบคลุมการจำแนกการบรรจุ/แต่งตั้งทั้งหมด บุคลากรทุกประเภทและทุกระดับ (ลูกจ้าง กิตติมศักดิ์ คู่สัญญา รับเชิญ และสมาชิกบุคลากรส่วนตัวในชุมชน) บุคลากรที่รับเชิญรวมไปถึงผู้ที่ทำหน้าที่แทนชั่วคราว หรือ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับเชิญ ครู “ชั้นเยี่ยม” และบุคลากรอื่น ๆ ที่อนุญาตให้บริการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว องค์การจะต้องกำหนดผู้ประกอบการวิชาชีพอื่น ๆ ดังกล่าว เช่น “แพทย์ประจำบ้าน” “แพทย์ที่รักษาเฉพาะคนไข้ใน โรงพยาบาล” และ “แพทย์อ่อนอาวุโส” ซึ่งไม่ต้องรับการฝึกอบรมอีกต่อไป แต่อาจจะหรืออาจจะไม่ได้รับการ อนุญาตโดยโรงพยาบาลให้ปฏิบัติงานอิสระ ดังนั้นคำศัพท์ บุคลากรสายแพทย์ รวมเอาแพทย์ทั้งหมดและผู้ ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตให้รักษาผู้ป่วยโดยเป็นอิสระบางส่วนหรือ ทั้งหมด โดยไม่ต้องมีความสัมพันธ์อันใดกับโรงพยาบาล (ยกตัวอย่างเช่น, ลูกจ้างหรือที่ปรึกษาอิสระ) พบว่าในบางวัฒนธรรมผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนโบราณ, เช่น ผังเข็ม ผู้ที่บำบัดด้วยการจัดกระดูก และ อื่น ๆ อาจจะได้รับการอนุญาตโดยกฎหมายและโรงพยาบาลให้ปฏิบัติหน้าที่อย่างเป็นอิสระ ดังนั้น บุคคลเหล่านี้ได้รับการ พิจารณาว่าเป็นสมาชิกบุคลากรสายแพทย์และมาตรฐานดังกล่าวนำไปใช้อย่างเต็มรูปแบบ (ดู GLD.6.2 ,ME3 ร่วมด้วย)

การสอบทาน (Verification)

การสอบทานหลักฐานคุณสมบัติคือ กระบวนการในการตรวจเช็คความสมบูรณ์และความครบถ้วนของหลักฐาน คุณสมบัติจากแหล่งที่ออกหลักฐานกระบวนการดังกล่าวสามารถบรรลุได้โดยการสอบถามผ่านฐานข้อมูล ออนไลน์ที่มีการรักษาความปลอดภัย, ยกตัวอย่างเช่น, บุคคลดังกล่าวได้รับใบอนุญาตฯ ในเมืองหรือประเทศ ของโรงพยาบาลกระบวนการยังสามารถบรรลุผลได้โดยการบันทึกการสนทนาทางโทรศัพท์กับแหล่งที่ออก เอกสาร หรือโดยการส่งอีเมลหรือจดหมายสอบถามกับแหล่งที่ออกเอกสารทางไปรษณีย์แบบดั้งเดิม การสอบทานหลักฐานคุณสมบัติจากภายนอกประเทศอาจจะยุ่งยากซับซ้อนกว่าและในบางกรณีเป็นไปได้ อย่างไรก็ดีตามจะต้องมีหลักฐานแสดงความพยายามในการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติที่เชื่อถือได้ (credible effort) ความพยายามที่เชื่อถือได้มีลักษณะคือมีความพยายามหลายครั้ง (อย่างน้อยสองครั้งภายในเวลา 60 วัน) โดย วิธีการต่าง ๆ (ยกตัวอย่างเช่น โทรศัพท์ อีเมล และจดหมาย) ด้วยการบันทึกความพยายามและผลลัพธ์ ลงไป

สถานการณ์สามประการต่อไปนี้ถือว่าเป็นวิธีการทดแทนสำหรับโรงพยาบาลในการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติ จากแหล่งที่ออกหลักฐานที่ยอมรับได้ ได้แก่

- ใช้สำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของภาครัฐโดยตรง กระบวนการสอบทานของภาครัฐ ได้รับการสนับสนุนโดยระเบียบข้อบังคับที่มีพร้อมปฏิบัติของภาครัฐและได้รับการประกาศเกี่ยวกับการ สอบทานไปยังแหล่งที่ออกเอกสารร่วมกับใบอนุญาตฯ ของภาครัฐ หรือเทียบเท่า เช่น การขึ้นทะเบียน และการให้สถานภาพเฉพาะ (ยกตัวอย่างเช่น ที่ปรึกษา ผู้เชี่ยวชาญและอื่น ๆ) ที่เป็นที่ยอมรับ เช่นเดียวกับกระบวนการสอบทานขององค์กรไตรภาคีทั้งหมดมีความสำคัญที่จะสอบทานว่าองค์กร ไตรภาคี (ยกตัวอย่างเช่นหน่วยงานภาครัฐ) นำกระบวนการสอบทานไปปฏิบัติตามที่อธิบายไว้ในนโยบาย หรือระเบียบข้อบังคับและกระบวนการดังกล่าวเป็นไปตามความคาดหวังที่อธิบายไว้ในมาตรฐานเหล่านี้
- ใช้สำหรับโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีโรงพยาบาลในเครือซึ่งมีการสอบทานกับแหล่งที่ออกเอกสารของ บุคลากรสายแพทย์ที่สมัครเรียบร้อยแล้วการสอบทานนั้นจะเป็นที่ยอมรับตราเท่าที่โรงพยาบาลในเครือ ได้รับการรับรองจาก JCI โดยปฏิบัติตามกระบวนการสอบทานที่ระบุไว้ใน SQE.9.1, MEs 1 และ 2 อย่าง ครบถ้วนสมบูรณ์ “full compliance”
- ใช้สำหรับโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่มีการสอบทานเอกสารคุณสมบัติโดยองค์กรไตรภาคีซึ่งเป็นอิสระเช่น

หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการตราบเท่าที่เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้ โรงพยาบาลที่ตัดสินใจบนพื้นฐานของสารสนเทศจากหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการแต่งตั้ง อย่างเป็นทางการควรสร้างความเชื่อมั่นในความครบถ้วนสมบูรณ์, ความถูกต้อง และความรวดเร็วของสารสนเทศดังกล่าว เพื่อให้บรรลุในระดับความเชื่อมั่นของสารสนเทศดังกล่าว โรงพยาบาลควรประเมินผลหน่วยงานที่ส่งมอบสารสนเทศตั้งแต่แรกเริ่มและเป็นระยะหลังจากนั้น เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามาตรฐาน JCI จะได้รับการปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องครบถ้วน

มีความสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจกระบวนการสำหรับการออกหลักฐานคุณสมบัติบางอย่าง. ยกตัวอย่างเช่น องค์การภาครัฐนั้นออกใบอนุญาตเพื่อประกอบวิชาชีพโดยอาศัยการตัดสินใจจากข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งหมดดังต่อไปนี้ ได้แก่ การสอบทานหลักฐานการศึกษาหลักฐานการสอบด้านสมรรถนะการฝึกอบรมโดยสมาคมการแพทย์เฉพาะทาง หรือ หลักฐานสมาชิกภาพและการจ่ายค่าธรรมเนียมถ้าการรับเข้าศึกษาในแผนงานเฉพาะทาง อาศัยการสอบทานหลักฐานการศึกษาและประสบการณ์ในปัจจุบัน โรงพยาบาลไม่จำเป็นต้องสอบทานหลักฐานการศึกษาอีกครั้ง การใช้กระบวนการโดยหน่วยงานภาครัฐได้รับการบันทึกโดยโรงพยาบาล ถ้าโรงพยาบาลไม่มีความรู้โดยตรงเกี่ยวกับกระบวนการที่ใช้โดยหน่วยงานในการสอบทานหลักฐานการศึกษา หรือโรงพยาบาลไม่เคยมีโอกาสในการสอบทานว่าหน่วยงานที่ทำการกระบวนการตามที่อธิบายไว้โรงพยาบาลจำเป็นต้องทำการสอบทานด้วยตนเอง. (ดู SQE.13, MEs 3 และ SQE.15s, ME 2,3 ร่วมด้วย)

ข้อยกเว้นสำหรับ SQE.9.1, ME 1, สำหรับการเยี่ยมสำรวจครั้งแรกเท่านั้น การสอบทานไปยังแหล่งที่ออกหลักฐานกำหนดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพใหม่ที่เข้ามาเป็นบุคลากรสายแพทย์ภายใน 12 เดือนก่อนเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง JCI ครั้งแรก ผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนจะต้องทำการสอบทานไปยังแหล่งที่ออกหลักฐานให้ครบถ้วนภายในระยะเวลา 12 เดือนหลังการเยี่ยมสำรวจ กระบวนการนี้จะต้องบรรลุผลในระยะเวลา 12 เดือนหลังจากเยี่ยมสำรวจตามแผนที่มีการกำหนดลำดับความสำคัญไว้แล้วเกี่ยวกับการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ยังให้บริการที่เสี่ยงสูงอยู่

หมายเหตุ : ข้อยกเว้นดังกล่าวหมายถึงเพียงเรื่องของ “การสอบทาน” หลักฐานคุณสมบัติเท่านั้น ต้องมีการเก็บรวบรวมและทบทวนหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ทุกคนและมีการมอบสิทธิการรักษา จะไม่มี “การกำหนดเป็นระยะ” สำหรับกระบวนการดังกล่าว

การบรรจุแต่งตั้ง (Appointment)

การบรรจุแต่งตั้งคือ กระบวนการทบทวนหลักฐานคุณสมบัติของผู้สมัครในครั้งแรกเพื่อตัดสินใจว่าบุคคลดังกล่าวมีคุณสมบัติเหมาะสมในการให้บริการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นการต้องการผู้ป่วยของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสามารถสนับสนุนด้วยบุคลากรที่มีคุณสมบัติและความสามารถในการปฏิบัติงานในเชิงเทคนิค สำหรับผู้สมัครใหม่ครั้งแรก มีการทบทวนสารสนเทศหลัก ๆ จากแหล่งภายนอกนโยบายของโรงพยาบาลระบุบุคคลหรือกลไกที่รับผิดชอบในการทบทวนดังกล่าว มีการใช้เกณฑ์ในการตัดสินใจและวิธีการบันทึกการตัดสินใจ นโยบายโรงพยาบาลระบุกระบวนการแต่งตั้งผู้ประกอบวิชาชีพอิสระสำหรับความจำเป็นฉุกเฉินหรือเป็นระยะเวลาชั่วคราว สำหรับบุคคลดังกล่าวการบรรจุ/แต่งตั้งและการระบุสิทธิในการรักษาจะไม่ทำงานกระทั่งมีการสอบทาน ใบอนุญาตฯ เป็นอย่างน้อย

การต่ออายุ (Reappointment)

การต่ออายุคือ กระบวนการทบทวนแฟ้มของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เพื่อ

- สอบทานการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ต่อเนื่อง
- สมาชิกบุคลากรสายแพทย์ไม่ได้ถูกประเมินประเมินโดยการดำเนินการทางวินัยจากหน่วยงานที่ออกใบอนุญาตฯและประกาศนียบัตร

- แพ้มลส่วนบุคคลมีเอกสารเพียงพอที่จะแสวงหาสิทธิการรักษา/หน้าที่ใหม่หรือขยายสิทธิการรักษา/หน้าที่ในโรงพยาบาล
- สอบทานว่าสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีความสามารถทางร่างกายและจิตใจที่จะให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยโดยปราศจากการก้าวก่ายดูแล

สารสนเทศสำหรับการทบทวนดังกล่าวมาจากทั้งแหล่งภายในและภายนอกเมื่อแผนก/บริการทางคลินิก (ยกตัวอย่างเช่น, บริการอนุสาขาเฉพาะทาง) ไม่มีผู้อำนวยการ/ผู้นำนโยบายโรงพยาบาลที่ระบุว่าใครจะทำการทบทวนวิชาชีพในแผนก/บริการนั้น แพ้มลหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์จะเป็นแหล่งสารสนเทศที่เป็นพลวัตและมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ยกตัวอย่างเช่น เมื่อสมาชิกบุคลากรสายแพทย์นำเสนอประกาศนียบัตรสำเร็จการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระดับสูงหรือการฝึกอบรมเฉพาะทางระดับสูง หลักฐานคุณสมบัติใหม่ จะได้รับการสอบทานทันทีจากแหล่งที่ออกเอกสาร ทำนองเดียวกันนี้ เมื่อหน่วยงานภายนอกสอบสวนเหตุพิ้งล้งวที่เกี่ยวกับสมาชิกบุคลากรสายแพทย์และให้การคว่ำบาตรสารสนเทศดังกล่าว จะใช้ทันทีในการประเมินซ้ำสิทธิทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแพ้มลบุคลากรสายแพทย์ครบถ้วน สมบูรณ์และถูกต้อง แพ้มลได้รับการทบทวนอย่างน้อยทุกสามปีและ บันทึกไว้ในแฟ้มเพื่อระบุการดำเนินการใด ๆ หรือ ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ และ มีการบรรจุ/แต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์ต่อเนื่องไป บุคลากรสายแพทย์อาจจะไม่ได้รับมอบสมาชิกภาพถ้าหากโรงพยาบาลไม่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์พิเศษหรือ บุคลากรที่สนับสนุนการประกอบวิชาชีพของแต่ละบุคคลยกตัวอย่างเช่นอายุรแพทย์โรคไตแสวงหาการให้บริการล้างไตที่โรงพยาบาลอาจจะไม่มีการมอบสมาชิกภาพให้แก่บุคลากรสายแพทย์ถ้าโรงพยาบาลไม่ได้ให้บริการดังกล่าว

ท้ายที่สุด, เมื่อมีการสอบทานใบอนุญาตฯ/การขึ้นทะเบียนของผู้สมัครจากแหล่งที่ออกเอกสาร, แต่เอกสารอื่น ๆ— เช่น หลักฐานการศึกษาและฝึกอบรม—ยังคงอยู่ระหว่างการสอบทาน อาจจะมีการมอบสมาชิกภาพบุคลากรสาย แพทย์ให้แก่บุคคลดังกล่าว และมีการระบุสิทธิการรักษาแก่ผู้สมัคร อย่างไรก็ตาม บุคคลเหล่านี้อาจจะไม่ปฏิบัติงานอย่างอิสระจนกระทั่งหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดได้รับการสอบทาน ไม่เกิน 90 วัน การก้าวก่ายดูแลดังกล่าวได้รับการกำหนดไว้ชัดเจนในนโยบายโรงพยาบาลทั้งระดับ เจื่อนไซ และระยะเวลาต้องไม่เกิน 90 วัน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.9

- ☐ 1. องค์การมีการใช้กระบวนการในรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่องในการจัดการหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์
- ☐ 2. มีการระบุตัวสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ที่ได้รับอนุญาตโดยกฎหมาย, ระเบียบข้อบังคับ และ โรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากการก้าวก่ายดูแล (ดู SQE.1.1 และ GLD.2,ME5 รวมด้วย)
- ☐ 3. โรงพยาบาลเก็บสำเนาและดำรงรักษาหลักฐานการศึกษา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ การขึ้นทะเบียน และหลักฐานคุณสมบัติอื่น ๆ ที่กำหนดโดยกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับสำหรับสมาชิกบุคลากรสายแพทย์แต่ละคนไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนตัวหรือในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติแยกต่างหาก (ดู SQE.5,ME2 รวมด้วย)
- ☐ 4. โรงพยาบาลเก็บสำเนาและดำรงรักษาหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดที่กำหนดโดยนโยบายโรงพยาบาล สำหรับสมาชิกบุคลากรสายแพทย์แต่ละคนไว้ในแฟ้มข้อมูลส่วนตัวหรือในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติแยกต่างหาก

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.9.1

- ☐ 1. หลักฐานการศึกษา, ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/ การขึ้นทะเบียน และหลักฐานคุณสมบัติอื่น ๆ ที่กำหนดโดยกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ หรือ ออกให้โดยองค์การการศึกษาหรือองค์การวิชาชีพที่เป็นที่

ยอมรับเพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับสิทธิทางคลินิก ได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ออกหลักฐานคุณสมบัติดังกล่าว

- ☐ 2. หลักฐานคุณสมบัติเพิ่มเติมที่กำหนดโดยนโยบายของโรงพยาบาลได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ออกหลักฐานคุณสมบัติดังกล่าวเมื่อกำหนดโดยนโยบายโรงพยาบาล
- ☐ 3. เมื่อมีการใช้องค์กรไตรภาคี (third-party) ในการสอบทาน, โรงพยาบาลสอบทานว่าองค์กรไตรภาคี (ยกตัวอย่างเช่น หน่วยงานภาครัฐ) นำกระบวนการสอบทานที่อธิบายไว้ในนโยบายหรือระเบียบข้อบังคับไปปฏิบัติและกระบวนการดังกล่าวเป็นไปตามความคาดหวังที่อธิบายไว้ในเจตจำนง

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.9.2

- ☐ 1. การบรรจุ/แต่งตั้งบุคลากรสายแพทย์กระทำตามนโยบายของโรงพยาบาลและเป็นไปตามกลุ่มประชากรผู้ป่วย, พันธกิจ, และบริการของโรงพยาบาลที่จัดให้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (ดู SQE.2, ME3 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. จะไม่มีการบรรจุ/แต่งตั้งจนกระทั่งมีการสอบทานหลักฐานใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/การขึ้นทะเบียนจากแหล่งที่ออกหลักฐานเป็นอย่างน้อย และสมาชิกบุคลากรสายแพทย์จัดให้มีบริการดูแล ผู้ป่วยภายใต้การกำกับดูแลจนกระทั่งหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดที่กำหนดโดยกฎหมายและระเบียบข้อบังคับได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ออกหลักฐานสูงสุดภายใน 90 วัน (ดู SQE.3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. วิธีการกำกับดูแล ความถี่ของการกำกับดูแล และผู้กำกับดูแลที่รับผิดชอบได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของแต่ละบุคคล (ดู SQE.5 ร่วมด้วย)

การมอบสิทธิทางคลินิก

มาตรฐาน SQE.10

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่ใช้หลักฐาน เป็นธรรม มีมาตรฐานในการมอบสิทธิแก่บุคลากรสายแพทย์ที่จะรับและรักษาผู้ป่วย และให้บริการทางคลินิกอื่น อย่างสอดคล้องกับคุณสมบัติของบุคลากรนั้น ⑤

เจตจำนงของ SQE.10

การกำหนดสมรรถนะทางคลินิกที่ในปัจจุบันของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์และทำการตัดสินใจเกี่ยวกับว่าบริการทางคลินิกอะไรที่สมาชิกบุคลากรสายแพทย์จะได้รับอนุญาตให้กระทำการกำหนดที่วิกฤตที่สุดที่โรงพยาบาลจะทำได้เพื่อปกป้องความปลอดภัยของผู้ป่วยและเพื่อยกระดับคุณภาพของบริการทางคลินิกของตน

ข้อควรพิจารณาสำหรับคำบรรยายสิทธิทางคลินิก ณ การบรรจุ/แต่งตั้งครั้งแรกครอบคลุมดังต่อไปนี้

- การตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะทางคลินิกของผู้ประกอบวิชาชีพและดังนั้นสิทธิทางคลินิกอะไรบ้าง ที่จะได้รับมอบ อาศัยสารสนเทศและเอกสารที่ได้รับจากภายนอกโรงพยาบาลเป็นหลัก แหล่งดังกล่าวอาจจะครอบคลุมแผนงานการศึกษาเฉพาะทางจดหมายแนะนำจากการบรรจุ/แต่งตั้ง บุคลากรสายแพทย์ก่อนหน้านี้และ/หรือจากเพื่อร่วมงานที่สนิท
- โดยทั่วไป แหล่งสารสนเทศเหล่านี้ นอกเหนือจากสถาบันการศึกษาเช่นแผนงานการแพทย์เฉพาะทาง จะไม่ได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ออกเอกสารถ้าไม่กำหนดโดยนโยบายของโรงพยาบาล

แม้ว่าแหล่งภายนอกเหล่านี้อาจจะไม่ได้ให้หลักฐานสมรรถนะทางคลินิกในปัจจุบันที่ชัดเจน เป็นวัตถุประสงค์อย่างน้อยที่สุดคือการระบุพื้นที่ของสมรรถนะที่คาดหวัง (ดู SQE.2, ME2 ร่วมด้วย) และการทบทวนการประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ดู SQE.2, ME2 ร่วมด้วย) จะช่วยยืนยันความถูกต้องพื้นที่ของสมรรถนะที่คาดหวัง

- ไม่มีทางใดที่ดีที่สุดในการบรรยายกิจกรรมทางคลินิกทั้งหลายในการมอบสิทธิให้แก่สมาชิกบุคลากรสายแพทย์ใหม่กระทำ แผนงานการฝึกอบรมเฉพาะทางอาจจะระบุและให้รายการสมรรถนะทั่วไปของสาขาเฉพาะทางดังกล่าวในพื้นที่ของการวินิจฉัยและรักษาด้วยการมอบสิทธิโดยโรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในพื้นที่สมรรถนะเฉพาะทางดังกล่าว องค์การอื่น ๆ อาจจะเลือกที่จะแสดงรายการในรายละเอียดของผู้ป่วยและหัตถการการรักษาแต่ละประเภท
- ภายในแต่ละพื้นที่เฉพาะทาง กระบวนการบรรยายสิทธิเป็นแบบเดียวกัน กระบวนการดังกล่าวอาจจะไม่เหมือนกันในพื้นที่เฉพาะทั้งหมด สิทธิการรักษาจะแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น สำหรับศัลยแพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ ทันตแพทย์ หรือ รังสีแพทย์ ภายในแต่ละกลุ่มดังกล่าว กระบวนการสำหรับบรรยายสิทธิจะเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว แพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิ และอื่น ๆ ที่ให้บริการหลากหลายในด้านอายุศาสตร์ทั่วไป สูติศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และ บริการอื่น ๆ คำบรรยายสิทธิสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวระบุว่าบริการ “เฉพาะทาง” อะไรบ้างที่สามารถให้บริการได้บ้าง
- การตัดสินใจว่าคำบรรยายสิทธิทางคลินิกในพื้นที่สาขาเฉพาะทางได้รับการเชื่อมโยงกับกระบวนการอื่น ๆ อย่างไร ได้แก่
 - การคัดเลือกโดยผู้นำแผนก/บริการว่ากระบวนการไหนที่ต้องได้รับการเฝ้าติดตามด้วย การเก็บข้อมูล (ดู GLD.11.1)
 - การใช้ข้อมูลทั้งหลายในกระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผล บุคลากรสายแพทย์ ในแผนก/บริการอย่างต่อเนื่อง (ดู SQE.11) และ
 - การใช้ข้อมูลเฝ้าติดตามในกระบวนการต่ออายุและการมอบสิทธิใหม่อีกครั้ง (ดู SQE.12)
- นอกจากที่การมอบสิทธิจะสัมพันธ์กับการศึกษาและฝึกอบรมของแต่ละบุคคล โรงพยาบาลระบุพื้นที่เสี่ยงสูง เช่น การบริหารยาเคมีบำบัด ยาในกลุ่มอื่น ๆ หรือหัตถการเสี่ยงสูงสำหรับสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ คนไหนที่ได้รับการมอบหรือปฏิเสธสิทธิดังกล่าว อย่างชัดเจน มีการระบุหัตถการ ยา หรือบริการอื่น ๆ ที่เสี่ยงสูงโดยแต่ละพื้นที่สาขาเฉพาะทาง และหลักฐาน ในกระบวนการบรรยายสิทธิ หัตถการบางอย่างอาจจะเป็นหัตถการเสี่ยงสูง เนื่องจากมีการใช้เครื่องมือ เช่น ในกรณีของหุ่นยนต์ (robotic) และ การใช้คอมพิวเตอร์อื่น ๆ หรือ ศัลยกรรม/เทคโนโลยีการรักษาที่ทำทางไกล อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ฝังในร่างกาย ต้องการทักษะในการฝัง การสอบเทียบและการเฝ้าติดตามสำหรับสิทธิที่จะมอบให้เป็นการเฉพาะ (ดู ASC.7.4 ร่วมด้วย)
- ไม่มีการมอบสิทธิถ้าหากโรงพยาบาลไม่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์พิเศษหรือบุคลากรที่สนับสนุนการฝึกฝนสิทธิดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น อายุรแพทย์โรคไตมีความสามารถที่จะทำการฟอกไต หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจมีความสามารถที่จะใส่ stent จะไม่ได้รับสิทธิสำหรับหัตถการทั้งหลายเหล่านี้ ถ้าโรงพยาบาลไม่มีการให้บริการดังกล่าว.
- เมื่อมีการสอบทานใบอนุญาตฯ/การขึ้นทะเบียนของผู้สมัครไปยังแหล่งที่ออกเอกสาร แต่เอกสารอื่น ๆ เช่น หลักฐานการศึกษาและฝึกอบรม—ยังอยู่ระหว่างการสอบทาน มีการระบุสิทธิการรักษาสำหรับผู้สมัคร แต่อย่างไรก็ตามผู้สมัครเหล่านี้จะไม่สามารถปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระจนกระทั่งหลักฐานทั้งหมดได้รับการสอบทาน โดยกระบวนการที่อธิบายไว้ด้านบน มีการกำหนดระดับ เงื่อนไข และระยะเวลาในการกำกับดูแลไว้ในนโยบายโรงพยาบาลอย่างชัดเจน

หมายเหตุ: เมื่อสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีความรับผิดชอบด้านบริหารด้วย เช่น เป็นประธานหรือหัวหน้าแผนกทางคลินิก ผู้บริหารโรงพยาบาล หรือตำแหน่งอื่น ๆ ความรับผิดชอบสำหรับบทบาทดังกล่าวได้รับการระบุไว้ในคำบรรยายลักษณะงาน (ดู SQE.1.1 ร่วมด้วย)

นโยบายโรงพยาบาลระบุการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติที่ปรากฏเพื่อสนับสนุนบทบาทด้านบริหารดังกล่าวไป ยังแหล่งที่ออกเอกสาร.

กระบวนการบรรยายสิทธิที่ใช้โดยโรงพยาบาลเป็นไปตามกระบวนการดังนี้

- เป็นมาตรฐานเดียวกัน, เป็นวัตถุประสงค์, และอิงหลักฐาน;
- มีการบันทึกไว้ในนโยบายโรงพยาบาล;
- มีการใช้งานและต่อเนื่องเมื่อหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีการเปลี่ยนแปลง
- ได้รับการปฏิบัติตามสำหรับสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ทุกกลุ่ม และ
- สามารถแสดงให้เห็นวิธีการที่ระเบียบปฏิบัติใช้ได้ผล

สิทธิทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ทั้งหมดมีพร้อมใช้โดยเป็นสำเนาที่พิมพ์ไว้ สำเนาอิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีการอื่น ๆ สำหรับบุคคลหรือสถานที่ (ยกตัวอย่างเช่น ห้องผ่าตัด แผนกฉุกเฉิน) ในโรงพยาบาลที่ซึ่งสมาชิกบุคลากรสายแพทย์จะให้บริการสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ได้รับมอบสำเนาสิทธิทางคลินิกของตนหนึ่งฉบับ เมื่อสิทธิทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีการเปลี่ยนแปลง สารสนเทศที่ได้รับการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันได้รับการสื่อสาร (ดู GLD.6.2 ,ME1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.10

- ☐ 1. กระบวนการบรรยายสิทธิที่ใช้โดยโรงพยาบาลเป็นไปตามเกณฑ์ในข้อ a) จนถึง e) ที่พบในเจตจำนงของ มาตรฐาน
- ☐ 2. สิทธิทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ทั้งหมดมีพร้อมใช้โดยเป็นสำเนาที่พิมพ์ไว้ สำเนาอิเล็กทรอนิกส์ หรือ วิธีการอื่น ๆ แก่บุคคลหรือสถานที่ (ยกตัวอย่างเช่น ห้องผ่าตัด แผนกฉุกเฉิน) ในโรงพยาบาลที่สมาชิกบุคลากรสายแพทย์จะให้บริการ(ดู MMU.4.2,ME3 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. สมาชิกบุคลากรสายแพทย์แต่ละคนให้บริการเฉพาะที่ได้รับการมอบสิทธิที่จำเพาะโดยโรงพยาบาลเท่านั้น (ดู AOP.1,ME3 ;AOP.3,ME1;AOP.6.2 MEs3 ;ASC.3.1,ME 1;MMU.5.1,ME 4 และ MMU.6,ME 1ร่วมด้วย)

การเฝ้าติดตามและประเมินผลบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐาน SQE.11

องค์กรใช้กระบวนการที่เป็นมาตรฐานและต่อเนื่อง ในการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยการให้บริการผู้ป่วยโดยบุคลากรสายแพทย์แต่ละคน (P)

เจตจำนงของ SQE.11

มีการให้คำจำกัดความของคำศัพท์ที่สำคัญ และคาดหวังว่าจะพบหัวข้อเหล่านี้ในมาตรฐานได้แก่

กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผล

กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลของบุคลากรสายแพทย์แต่ละคน ต้องประกอบไปด้วยการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ผลอย่างต่อเนื่อง โดยระบุพื้นที่ที่เฝ้าติดตามคือ พฤติกรรม(Behavior) การพัฒนาในวิชาชีพ (Professional growth) และ ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical results)

ผู้อำนวยการแผนก/บริการ รับผิดชอบในการบูรณาการข้อมูลและสารสนเทศ ของบุคลากรสายแพทย์และ ดำเนินการอย่างเหมาะสมการดำเนินการในทันทีอาจจะเป็นการให้คำปรึกษาแก่ สมาชิกบุคลากร จัดให้มีการ ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล จำกัดสิทธิในการรักษา หรือมาตรการอื่น ๆ ที่มีเจตจำนงเพื่อจำกัดความเสี่ยงต่อ ผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยผู้ป่วย

การดำเนินการระยะยาวครอบคลุมการสังเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศให้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อต่อสมาชิกภาพ บุคลากรสายแพทย์และการมอบสิทธิทางคลินิก การดำเนินการอื่น ๆ อาจจะเป็นการแจ้งต่อสมาชิกบุคลากร สายแพทย์คนอื่น ๆ เกี่ยวกับหลักฐานข้อมูลและสารสนเทศของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมและ ผลลัพธ์ทางคลินิกเพื่อใช้ในการเทียบเคียง

การเฝ้าติดตามและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เป็นการให้สารสนเทศที่สำคัญต่อ กระบวนการธำรงสมาชิกภาพบุคลากรสายแพทย์และต่อกระบวนการมอบสิทธิทางคลินิก (ดู SQE.9 จนถึง SQE.9.2 ร่วมด้วยแม้ว่ามีการกำหนดให้มียุทธศาสตร์ปีสำหรับการมอบสมาชิกภาพบุคลากรสายแพทย์และสิทธิ ทางคลินิกใหม่อีกครั้ง กระบวนการมีเจตจำนงให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัต วัตถุประสงค์คุณภาพและ ความปลอดภัยผู้ป่วยที่วิกฤตสามารถเกิดขึ้นได้ถ้าประเด็นชี้ดสมรรถนะทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ ไม่ได้รับการสื่อสารและดำเนินการเมื่อเกิดขึ้น

กระบวนการเฝ้าติดตามและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องมีเจตจำนงที่จะ

- พัฒนาการประกอบวิชาชีพของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพสูง การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัย
- จัดให้มีรากฐานในการลดความแปรปรวนภายในแผนก/บริการผ่านการเปรียบเทียบระหว่างเพื่อนร่วม งาน และการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติและระเบียบวิธีทางคลินิก และ
- จัดให้มีรากฐานในการพัฒนาผลลัพธ์ของแผนก/บริการทั้งหมดผ่านการเปรียบเทียบกับผลการปฏิบัติและ งานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ตลอดจนผลลัพธ์ทางคลินิกเทียบเคียงภายนอก

การเฝ้าติดตามและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ได้รับการรวบรวมเข้าไว้ทั้ง หด เป็นพื้นที่ทั่วทั้งสาม ได้แก่ พฤติกรรม ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิก

พฤติกรรม (Behavior)

สมาชิกบุคลากรสายแพทย์เป็นแบบอย่างและต้นแบบในการสร้างสัณฐานวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล วัฒนธรรมความปลอดภัยมีลักษณะเฉพาะโดยบุคลากรทั้งหมดเข้าร่วมอย่างเต็มรูปแบบโดยปราศจากความกลัวต่อ การแก้แค้นหรือการไม่ให้ความสำคัญวัฒนธรรมความปลอดภัยรวมถึงการให้ความเคารพกันอย่างสูงระหว่าง กลุ่มวิชาชีพซึ่งไม่ควรมีความประพฤติที่แตกหักหรือพฤติกรรมอื่น ๆ การป้อนข้อมูลกลับของบุคลากรผ่านการสำรวจ หรือกลไกอื่น ๆ ที่สามารถขัดเกลาพฤติกรรมที่พึงประสงค์และสามารถสนับสนุนความเป็นแบบอย่างของบุคลากร สายแพทย์

การประเมินผลของพฤติกรรมสามารถทำได้ดังนี้

- การประเมินว่าสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เข้าใจและสนับสนุนจรรยาบรรณในเรื่องพฤติกรรมของ โรงพยาบาลรวมถึงการระบุพฤติกรรมที่ยอมรับและไม่ยอมรับ

- ไม่มีการรายงานโดยสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ระบุว่าเป็นที่ยอมรับ และ
- การรวบรวม วิเคราะห์ และใช้สารสนเทศและข้อมูลจากการสำรวจบุคลากรและแหล่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล

กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องควรจะต้องบ่งชี้การบรรลุผลสำเร็จและความท้าทายที่เกี่ยวข้องของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ในความพยายามที่จะเข้าร่วมอย่างเต็มรูปแบบในวัฒนธรรมความปลอดภัยและเที่ยงธรรมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทบทวน(ดู SQE.10 ร่วมด้วย)

ความก้าวหน้าในวิชาชีพ (Professional Growth)

สมาชิกบุคลากรสายแพทย์ก้าวหน้าและมีวิสัยทัศน์ตามองค์กรที่ตนทำงานอยู่ค่อยๆ เจริญขึ้น มีการนำเข้าสู่ผู้ป่วยกลุ่มใหม่ เทคโนโลยีใหม่ และ วิทยาศาสตร์การแพทย์ใหม่สมาชิกบุคลากรสายแพทย์แต่ละคน มีปัญญาแตกต่างกันจะสะท้อนความก้าวหน้าและการพัฒนาในมิติสำคัญของการดูแลสุขภาพและการประกอบวิชาชีพดังต่อไปนี้

- การดูแลผู้ป่วย (Patient care)
ครอบคลุมการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต
ตัววัดที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ ความถี่ของบริการป้องกันและรายงานจากผู้ป่วยและครอบครัว (ดู PFR .3 ร่วมด้วย)
- ความรู้ทางการแพทย์/คลินิก (Medical/clinical knowledge)
ครอบคลุมความรู้ด้านวิทยาการด้านชีวการแพทย์, ด้านคลินิก, ด้านระบาดวิทยา และ ด้านสังคม
พฤติกรรมศาสตร์ที่มีบทสรุปแล้วและที่กำลังพัฒนาหาข้อสรุป รวมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและให้การศึกษาแก่ผู้อื่น
ตัววัดที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ การประยุกต์ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ การปรับใช้และการปรับปรุงแนวทางใหม่
การมีส่วนร่วมในการประชุมทางวิชาชีพ และการตีพิมพ์ (ดู GLD.11.2 ร่วมด้วย)
1) การเรียนรู้และพัฒนาบนพื้นฐานการปฏิบัติ (Practice-based learning and improvement)
ครอบคลุมการให้หลักฐานและวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อสืบค้น ประเมินผลและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยการประเมินตนเองและการเรียนรู้ตลอดชีพ
ตัววัดที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ การสืบค้น/การวิจัยทางคลินิกที่มาจากแรงบันดาลใจของตนเอง การได้รับสิทธิทางคลินิกใหม่โดยอาศัยการศึกษาและการได้รับทักษะใหม่ ตลอดจนการเข้าร่วมอย่างเต็มรูปแบบในข้อกำหนดการประชุมที่เป็นข้อกำหนดวิชาชีพเฉพาะทางหรือ ข้อกำหนดการศึกษาต่อเนื่องของการออกไปอนุญาตฯ
- ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร (Interpersonal and Communication skills)
ครอบคลุมการสร้างและดำรงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนสารสนเทศและความร่วมมือกับผู้ป่วย ครอบครัว และสมาชิกในทีมดูแลสุขภาพอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ
ตัววัดที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ การเข้าร่วมในการตรวจเยี่ยมเพื่อการสอน (teaching round)
การให้คำปรึกษาแก่ทีม ภาวะผู้นำของทีม และการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยผู้ป่วยและครอบครัว
- ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)
ครอบคลุมความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติอย่างมีจริยธรรม ความเข้าใจและมีความไวต่อความหลากหลาย และมีเจตคติที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย วิชาชีพ และสังคม
ตัววัดที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ ความเห็นของผู้นำภายในบุคลากรสายแพทย์เกี่ยวกับประเด็นทางคลินิกและวิชาชีพ บริการเกี่ยวกับคณะกรรมการจริยธรรมหรือการอภิปรายประเด็นทางจริยธรรม

การยืนยันในตารางนัด และการเข้าร่วมกับชุมชน

- การปฏิบัติบนพื้นฐานเชิงระบบ (System-based practice)
ครอบคลุมความตระหนักและการตอบสนองต่อบริบทและระบบการดูแลสุขภาพที่ใหญ่กว่ารวมถึงความสามารถในการเรียกใช้ทรัพยากรอื่น ๆ ในระบบอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
ตัววัดที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ ความเข้าใจความหมายของระบบในระดับโรงพยาบาลที่มีการใช้เป็นประจำ เช่น ระบบยา และความตระหนักถึงผลกระทบของการใช้ระบบที่เกินความจำเป็น การใช้น้อยกว่าความจำเป็น และการใช้ผิดวัตถุประสงค์

1) ภาวะผู้ให้บริการดูแลทรัพยากร (Stewardship of resources)

ครอบคลุมความเข้าใจความจำเป็นของภาวะผู้ให้บริการดูแลทรัพยากรและการปฏิบัติในการดูแลที่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย (cost-conscious care) ครอบคลุมการหลีกเลี่ยงการใช้ที่มากเกินไปและ การใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการตรวจสอบเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาซึ่งไม่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแต่เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ.

ตัววัดที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดซื้อที่สำคัญภายในพื้นที่ประกอบวิชาชีพของตน การมีส่วนร่วมในความพยายามที่จะเข้าใจการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม และการตระหนักถึงเรื่องค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและผู้จ่ายเงินในบริการที่ตนจัดให้ (ดู GLD.7 ร่วมด้วย)

กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องถือว่าพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุผลสำเร็จและโอกาสพัฒนาของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ในพื้นที่ความก้าวหน้าในวิชาชีพดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทบทวน

ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical results)

กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องสำหรับสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีการทบทวนสารสนเทศร่วมของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ทุกคนรวมทั้งสารสนเทศเฉพาะที่สัมพันธ์กับสถิติทางคลินิกของสมาชิกและบริการที่จัดให้โดยความเชี่ยวชาญของตน

แหล่งข้อมูลในระดับโรงพยาบาล (Hospitalwide Data Sources)

โรงพยาบาลเก็บข้อมูลต่าง ๆ สำหรับใช้ในการบริหารจัดการ เช่น การรายงานต่อหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรหรือการจ่ายค่าบริการเพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์รายบุคคล ข้อมูลระดับโรงพยาบาลดังกล่าว

- จำเป็นต้องมีการเก็บในลักษณะที่สามารถระบุผู้ป่วยประกอบวิชาชีพเป็นรายบุคคลได้โดยง่าย
- จะต้องสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์รายบุคคล; และ
- สามารถเทียบเคียงได้ทั้งภายในและ/หรือภายนอกเพื่อทำความเข้าใจแบบแผนของผู้ประกอบวิชาชีพรายบุคคล.

ตัวอย่างของแหล่งข้อมูลที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ความถี่ของการส่งตรวจทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรค การใช้เลือด และการใช้ยาบางตัว ฯลฯ

แหล่งข้อมูลที่จำเพาะต่อแผนก (Department-Specific Data Sources)

ยังมีการเก็บข้อมูลได้ในระดับแต่ละแผนก/บริการอีกด้วยผู้นำแผนก/บริการกำหนดลำดับความสำคัญสำหรับการวัดในแผนกเพื่อเป้าหมายของการเฝ้าติดตามรวมทั้งการพัฒนา

ตัววัดจำเพาะต่อบริการที่จัดให้และสิทธิทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์รายบุคคลภายในแผนก เช่นเดียวกับข้อมูลในระดับโรงพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินผลอย่างต่อเนื่องของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์รายบุคคลข้อมูลดังกล่าว

- จำเป็นต้องมีการเก็บในลักษณะที่สามารถระบุผู้ประกอบวิชาชีพเป็นรายบุคคลได้โดยง่าย
- จะต้องสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์รายบุคคล; และ
- สามารถเทียบเคียงได้ทั้งภายในและ/หรือภายนอกเพื่อทำความเข้าใจแบบแผนของผู้ประกอบวิชาชีพรายบุคคล

ตัวอย่างของข้อมูลระดับแผนก/บริการที่สามารถใช้ได้ ได้แก่ ความถี่ของเหตุการณ์ทางคลินิกที่ทําภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ และการใช้ทรัพยากรเช่น ที่ปรึกษา ฯลฯ

ยังมีความสำคัญที่พึงระวังไว้ว่าไม่ได้คาดหวังว่าทุกแผนก/บริการจะมีความสามารถหรือความจำเป็นที่จะเฝ้าติดตามสิทธิที่มีตามรายการทั้งหมดของผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนจะเป็นไปได้มากกว่าที่จะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบริการที่สำคัญหรือบางมุมมองของบริการสำคัญในระดับแผนกซึ่งสมาชิกบุคลากรในแผนก/บริการทั้งหมดหรือส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา ดังนั้นจึงไม่มีชุดข้อมูลเพียงหนึ่งเดียวที่จะเพียงพอในการเฝ้าติดตามและประเมินผลสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ทั้งหมด

ตัวเลือกของข้อมูล ความถี่ในการเฝ้าติดตามและวิเคราะห์ รวมทั้งการใช้ข้อมูลจริงและเอกสารในบันทึกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ต้องจำเพาะมากต่อแผนก/บริการ ต่อวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และต่อสิทธิการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพการเฝ้าติดตามและประเมินผลสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ได้รับการสนับสนุนโดยแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ บันทึกทางอิเล็กทรอนิกส์และกระดาษ การสังเกตการณ์และปฏิกิริยาของเพื่อนร่วมวิชาชีพ

ขั้นตอนที่สำคัญขั้นสุดท้ายคือการถามคำถามว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพทำอะไรในการเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมงานอื่นๆ ภายในแผนกและในการเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมวิชาชีพในโรงพยาบาล, ภูมิภาค, หรือประเทศอื่น ๆ?” การเปรียบเทียบภายในหลักๆ เพื่อลดความแปรปรวนในการปฏิบัติและผลลัพธ์ภายในแผนกและเรียนรู้จากการปฏิบัติที่ดีที่สุดภายในแผนกการเปรียบเทียบภายนอกเพื่อสร้างความมั่นใจว่าโรงพยาบาลบรรลุการปฏิบัติที่ดีที่สุดภายในวิชาชีพตามลำดับ แต่ละแผนกจะมีความรู้ในฐานข้อมูลเชิงวิชาชีพแนวทางเวชปฏิบัติและแหล่งวารสารทางวิชาการดังกล่าวซึ่งอธิบายการเทียบเคียงการปฏิบัติที่พึงประสงค์ ยกตัวอย่างเช่น สำนักทะเบียนมะเร็งวิทยาสามารถใช้ให้เป็นประโยชน์ได้ หรือ ข้อมูลจากผู้ประกอบวิชาชีพที่ใช้วิชาการเดียวกัน (แนวทางเวชปฏิบัติ) คล้ายกันนี้ ชมรมศัลยกรรมระดับชาติหรือนานาชาติอาจจะมีการเก็บข้อมูลผลลัพธ์หรือภาวะแทรกซ้อน

โดยสรุป กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลสมาชิกบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

- เป็นมาตรฐานเดียวกันตามประเภทของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์และ/หรือแผนกหรือหน่วยบริการทางคลินิก
- ใช้ข้อมูลและสารสนเทศการเฝ้าติดตามสำหรับการเปรียบเทียบภายในเพื่อลดความแปรปรวนในเรื่องพฤติกรรม ความก้าวหน้าในวิชาชีพ และผลลัพธ์ทางคลินิก

- ใช้ข้อมูลและสารสนเทศการเฝ้าติดตามสำหรับการเปรียบเทียบภายนอกกับการปฏิบัติหรือแหล่งเทียบเคียงข้อมูลและสารสนเทศผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีที่สุดที่หาได้ เป็นวัตถุประสงค์ อิงหลักฐานทางวิชาการ
- กระทำโดยหัวหน้าแผนกหรือบริการของแต่ละบุคคล ผู้จัดการแพทย์อาวุโส หรือ คณะกรรมการทบทวนบุคลากรสายแพทย์
- ครอบคลุมการเฝ้าติดตามและประเมินผลบุคลากรสายแพทย์อาวุโสและหัวหน้าแผนกโดยวิชาชีพที่เหมาะสม และ
- การให้สารสนเทศซึ่งจะมีการบันทึกในแฟ้มสมาชิกบุคลากรสายแพทย์, ได้แก่ ผลการทบทวน, การดำเนินการ, และผลกระทบของการดำเนินการดังกล่าวต่อสิทธิการรักษา (ถ้ามี).

สุดท้ายขณะที่กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีเจตจำนงที่จะเป็นการเก็บสะสมข้อมูลและสารสนเทศอย่างต่อเนื่องนโยบายโรงพยาบาลกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยหนึ่งครั้งในระหว่างระยะเวลา 12 เดือน การทบทวนกระทำโดยหัวหน้าแผนกหรือบริการของแต่ละบุคคล ผู้จัดการแพทย์อาวุโส หรือ คณะกรรมการทบทวนบุคลากรสายแพทย์ สิ่งตรงพบ ข้อสรุป และการดำเนินการหรือข้อเสนอแนะใด ๆ ได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์

เมื่อสิ่งตรงพบมีผลกระทบต่อการต่ออายุหรือสิทธิการรักษาของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีกระบวนการเพื่อดำเนินการต่อสิ่งตรงพบ การดำเนินการ “เพื่อสอบเหตุ” ในทันทีที่ได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มของผู้ประกอบวิชาชีพและสะท้อนไว้ในรายการสิทธิทางคลินิก มีการส่งคำประกาศไปยังสถานที่ที่ผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านั้นให้บริการอยู่. (ดู SQE.3 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.1.1

- ☐ 1. สมาชิกบุคลากรสายแพทย์ทุกคนถูกนำเข้ามาร่วมในกระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลการประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตามที่กำหนดไว้ในนโยบายโรงพยาบาลและเป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับแผนก/บริการ. (ดู SQE.3, ME 5 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. กระบวนการเฝ้าติดตามและประเมินผลระบุพื้นที่ในการบรรลุผลสำเร็จและโอกาสพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความก้าวหน้าในวิชาชีพและผลลัพธ์ทางคลินิกของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เทียบกับสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ในแผนก/บริการอื่น ๆ
- ☐ 3. ข้อมูลและสารสนเทศเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่หาได้ของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ได้รับการทบทวนกับสารสนเทศที่เป็นวัตถุประสงค์และอิงหลักฐานทางวิชาการ ถ้ามี เพื่อการเทียบเคียงกับภายนอก (external benchmarking)
- ☐ 4. ข้อมูลและสารสนเทศจากการเฝ้าติดตามได้รับการทบทวนอย่างน้อยทุก 12 เดือน โดยหัวหน้าแผนกหรือบริการของแต่ละบุคคล ผู้จัดการฝ่ายการแพทย์อาวุโส หรือองค์กรแพทย์ และผลการทบทวน ข้อสรุป ตลอดจนการดำเนินการใด ๆ ได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติและแฟ้มที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ (ดู GLD.11, ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 5. เมื่อสิ่งตรงพบมีผลกระทบต่อการบรรจุ/แต่งตั้งหรือการมอบสิทธิของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ มีกระบวนการในการดำเนินการต่อสิ่งตรงพบ และการดำเนินการ “เพื่อสอบเหตุ (for cause)” ดังกล่าวได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มของผู้ประกอบวิชาชีพและสะท้อนให้เห็นในรายการสิทธิทางคลินิก. มีการส่งประกาศไปยังสถานที่ทั้งหลายที่ผู้ประกอบวิชาชีพให้บริการอยู่

มาตรฐาน SQE.12

โรงพยาบาลกำหนดสมาชิกบุคลากรสายแพทย์และสิทธิทางคลินิกว่าจะให้ต่อไปโดยมีหรือไม่มีการ ปรับเปลี่ยน เกิดขึ้นอย่างน้อยทุกสามปีโดยอาศัยการเฝ้าติดตามและการประเมินผลสมาชิกบุคลากรสาย แพทย์อย่างต่อเนื่อง

เจตจำนงของ SQE.12

มีการอธิบายความหมายและรายละเอียดความคาดหวังตามมาตรฐานดังนี้

การต่ออายุการทำงาน (Reappointment)

การต่ออายุการทำงานคือกระบวนการทบทวนแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์อย่างน้อยทุกสามปีเพื่อสอบทาน

- การได้รับใบอนุญาตฯ อย่างต่อเนื่อง
- ว่าสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ไม่ได้รับการประนีประนอมจากการดำเนินการทางวินัยของหน่วย งานที่ให้ใบอนุญาตฯและประกาศนียบัตร
- ว่าแฟ้มมีการบันทึกที่เพียงพอในการแสวงหาสิทธิการรักษา/หน้าที่ใหม่หรือขยายสิทธิการรักษา/หน้าที่ ในโรงพยาบาล และ
- ว่าสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะสามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วย ได้โดยปราศจากการก้ำกัปเดตแล

สารสนเทศสำหรับการทบทวนถูกรวบรวมจากภายในการเฝ้าติดตามและการประเมินผลสมาชิกบุคลากรสาย แพทย์อย่างต่อเนื่องรวมทั้งจากแหล่งภายนอกเช่นองค์กรหรือหน่วยงานซึ่งมีอำนาจควบคุมกำกับหรือวิชาชีพ นโยบายโรงพยาบาลระบุบุคคล เช่น ผู้นำของบริการเฉพาะทาง หรือกลไก เช่น สำนักงานบุคลากรสายแพทย์ เมื่อไม่มีผู้นำแผนก/บริการ หรือ มีแต่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบในการทบทวน เกณฑ์ใด ๆที่ใช้ในการตัดสินใจ และ วิธีการบันทึกการตัดสินใจ

แฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์ควรจะเป็นแหล่งสารสนเทศที่เป็นพลวัตและได้รับการ ทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ยกตัวอย่างเช่นเมื่อสมาชิกบุคลากรสายแพทย์มีประกาศนียบัตรการสำเร็จการศึกษาที่เกี่ยว กับปริญญาชั้นสูงหรือการฝึกอบรมเฉพาะทางขั้นสูง หลักฐานคุณสมบัติควรตรวจสอบทานทันทีจากแหล่งที่ออก เอกสาร ทำนองเดียวกันนี้ เมื่อหน่วยงานภายนอกสอบสวนเหตุการณ์พ้องสังวรที่เกี่ยวกับสมาชิกบุคลากรสาย แพทย์และประเด็นว่าบาตร สารสนเทศดังกล่าวจะใช้ทันทีเพื่อประเมินซ้ำสิทธิทางคลินิกของสมาชิกบุคลากร สาย แพทย์ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าแฟ้มบุคลากรสายแพทย์ครบถ้วนและถูกต้อง มีการทบทวนแฟ้มอย่างน้อย ทุกสามปี, และบันทึกในแฟ้มเพื่อบ่งชี้การดำเนินการหรือไม่ดำเนินการที่จำเป็นและทำการบรรจุ/แต่งตั้งบุคลากร สายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

ข้อควรพิจารณาสำหรับคำบรรยายสิทธิทางคลินิก ณ เวลาการต่ออายุการทำงาน ครอบคลุมดังต่อไปนี้ :

- สมาชิกบุคลากรสายแพทย์อาจจะได้รับมอบสิทธิการรักษาเพิ่มเติม (additional privileges) ขึ้นอยู่กับ การศึกษาและฝึกอบรมขั้นสูง การศึกษาและฝึกอบรมขั้นสูงได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ให้การศึกษหรือ ฝึกอบรมหรือที่เป็นผู้ออกหลักฐานคุณสมบัติ การทำการรักษาตามสิทธิที่เพิ่มเข้ามาอย่างเต็มรูปแบบ อาจจะชะลอ ออกไปจนกระทั่งกระบวนการสอบทานครบถ้วนหรือเมื่อมีระยะเวลาการก้ำกัปเดตแลการปฏิบัติ

ตามที่กำหนดก่อนที่จะมอบสิทธิการรักษาใหม่โดยไม่จำกัด ยกตัวอย่างเช่น จำนวนของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ภายใต้การกำกับดูแลที่กำหนด

- สมาชิกบุคลากรสายแพทย์อาจจะมีสิทธิการรักษาของตน ต่อเนื่อง, จำกัด, ลด, หรือยุติ ขึ้นอยู่กับ
 - ผลของกระบวนการทบทวนการประกอบวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ดู SQE.11);
 - การจำกัดที่เกิดขึ้นกับสิทธิการรักษาบุคคลโดยหน่วยงานวิชาชีพ, ภาครัฐ หรือ ที่มึหน้าที่กควบคุมกำกับ ภายนอก;
 - สิ่งตรวจพบของโรงพยาบาลจากการประเมินผลเหตุการณ์พึงสังวรหรือเหตุการณ์อื่น ๆ;
 - สุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพ; หรือ
 - การร้องขอของผู้ประกอบวิชาชีพ (ดู SQE.3 และ SQE.10 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.12

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดสมาชิกภาพบุคลากรสายแพทย์และสิทธิทางคลินิกว่าจะให้ต่อไปโดยมีหรือไม่มีการปรับเปลี่ยนเกิดขึ้นอย่างน้อยทุกสามปีโดยอาศัยการเฝ้าติดตามและการประเมินผลสมาชิกบุคลากรสายแพทย์อย่างต่อเนื่อง.
- ☐ 2. มีหลักฐานอยู่ในแฟ้มของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์แต่ละคนว่าหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดที่กำหนดให้มีการต่อใหม่เป็นระยะ, การจ่ายค่าธรรมเนียมการขึ้นทะเบียน, หรือการดำเนินการอื่น ๆ โดยสมาชิกบุคลากรสายแพทย์เป็นปัจจุบัน
- ☐ 3. หลักฐานคุณสมบัติที่ได้รับภายหลังการบรรจุ/แต่งตั้งครั้งแรกมีหลักฐานอยู่ในแฟ้มของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์และได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ออกหลักฐานก่อนที่จะใช้ในการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มสิทธิทางคลินิก
- ☐ 4. การตัดสินใจต่ออายุใหม่อีกครั้งได้รับการบันทึกในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายแพทย์และรวมไปถึงการระบุตัวผู้ทบทวนตลอดจนเงื่อนไขพิเศษที่ระบุได้ในระหว่างการทบทวน

บุคลากรสายพยาบาล

มาตรฐาน SQE.13

องค์กรมีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่องสำหรับรวบรวม สอบทาน และประเมินหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากรสายพยาบาล(ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์)

เจตจำนงของ SQE.13

องค์กรต้องสร้างความมั่นใจว่ามีบุคลากรสายพยาบาลที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมกับพันธกิจขององค์กร ทรัพยากร และความต้องการของผู้ป่วย บุคลากรสายพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนั้น การดูแลทางการแพทย์ยังมีส่วนต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยรวม องค์กรต้องสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลมีคุณสมบัติเพียงพอที่จะให้การดูแลทางการแพทย์ และต้องระบุประเภทของการดูแลที่พยาบาลได้รับอนุญาตให้ทำ ถ้าไม่ได้กำหนดไว้ในกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ องค์กรสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลแต่ละคนมีคุณสมบัติเหมาะสม ที่จะให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยโดย

- ทำความเข้าใจกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องที่ประยุกต์ใช้กับพยาบาลและการปฏิบัติ ทางพยาบาล
- รวบรวมหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดของพยาบาลแต่ละคน, ครอบคลุมอย่างน้อย
 - หลักฐานการศึกษา/ฝึกอบรม
 - หลักฐานใบอนุญาตฯ ที่เป็นปัจจุบัน
 - หลักฐานความสามารถในปัจจุบันผ่านทางสารสนเทศจากแหล่งอื่น ๆ ที่พยาบาลได้รับการจ้างงาน
 - จดหมายแนะนำและ/หรือสารสนเทศอื่น ๆ ที่อาจจะกำหนดโดยองค์กร เช่น ประวัติสุขภาพ ภาพถ่าย ฯลฯ
- การสอบทานสารสนเทศที่สำคัญ, เช่น การขึ้นทะเบียนหรือใบอนุญาตฯ ที่เป็นปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเอกสารดังกล่าวได้รับการต่ออายุใหม่เป็นระยะ และประกาศนียบัตรและหลักฐานสำเร็จการศึกษา เฉพาะทางหรือขั้นสูง

โรงพยาบาลจำเป็นต้องพยายามทุกอย่างที่จะสอบทานสารสนเทศที่สำคัญแม้แต่เมื่อการศึกษาเกิดขึ้นในประเทศอื่น และนานมาแล้ว เว็บไซต์ที่มีสวัสดิภาพ บันทึกการโทรศัพท์ยืนยันจากแหล่งที่ออกไป การยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษร และโทรภาคี เช่น หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการ สถานการณ์ดังกล่าวได้อธิบายสำหรับบุคลากรสายแพทย์ในเจตจำนงของ SQE.9 ได้รับการพิจารณา ทดแทนด้วยวิธีที่ยอมรับได้สำหรับองค์กรที่ทำการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลไปยังแหล่งที่ออก เอกสาร

การปฏิบัติตามมาตรฐานกำหนดว่าการสอบทานไปยังแหล่งที่ออกเอกสารได้รับการทำสำหรับ

- ผู้สมัครใหม่ที่เป็นพยาบาลเริ่มงานภายใน 12 เดือนก่อนการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองครั้งแรก และ
- พยาบาลที่ได้รับการจ้างงานในปัจจุบันระหว่างระยะเวลา 12 เดือนหลังจากเยี่ยมสำรวจครั้งแรก.

ประเด็นดังกล่าวจะบรรลุได้ตามแผนซึ่งเรียงลำดับการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลที่ให้บริการเสี่ยง สูง, เช่น ในห้องผ่าตัด แผนกฉุกเฉิน หรือหน่วยเวชบำบัดวิกฤต

เมื่อการสอบทานเป็นไปไม่ได้ เช่น บันทึกสูญหายในระหว่างภัยพิบัติ มีการบันทึกไว้ โรงพยาบาลมีกระบวนการ ซึ่งสร้างความมั่นใจว่าหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลสัญญาจ้างเหมาแต่ละคนได้รับการรวบรวม สอบทาน และ ทบทวนเพื่อสร้างความมั่นใจในความสมรรถนะทางคลินิกก่อนมอบหมายงาน โรงพยาบาลรวบรวมและ อ้างอิงเพิ่มหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลแต่ละคน เพิ่มมีใบอนุญาตฯ เมื่อระเบียบข้อบังคับกำหนดให้มีการ ต่ออายุใหม่เป็นระยะ มีเอกสารการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะเพิ่มเติม. (ดู SQE.5 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ SQE.13

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีระเบียบปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อเก็บรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิก บุคลากรสายพยาบาลแต่ละคน.
- ☐ 2. ใบอนุญาตฯ, การศึกษา/การฝึกอบรม, และ ประสบการณ์ (ถ้ามี) ในเจตจำนงของ SQE.9 ได้รับการ บันทึก
- ☐ 3. ใบอนุญาตฯ,การศึกษา/การฝึกอบรมได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ออกเอกสารตามพารามิเตอร์ที่พบ ในเจตจำนงของ SQE.9
- ☐ 4. มีบันทึกการอ้างรักษาหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายการพยาบาลทุกคน (ดู SQE.5,ME2 ร่วมด้วย)

- ☐ 5. โรงพยาบาลมีกระบวนการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลที่เป็นสัญญาจ้างเหมาะสมและครบถ้วนก่อนที่จะมอบหมายงาน.
- ☐ 6. โรงพยาบาลมีกระบวนการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าพยาบาลที่ไม่ใช่ลูกจ้างของโรงพยาบาล, แต่มากับแพทย์ส่วนตัวและให้บริการแก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีหลักฐานคุณสมบัติสมบูรณ์. (ดู GLD.6 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.14

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบและจัดมอบงานทางคลินิกบนพื้นฐานของเอกสารคุณสมบัติของพยาบาลและระเบียบบังคับที่มี

มาตรฐาน SQE.14.1

องค์กรต้องมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการกำหนดให้บุคลากรสายพยาบาลมีส่วนร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลเมื่อมีข้อบ่งชี้

เจตจำนงของ SQE.14 และ SQE.14.1

การทบทวนคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายพยาบาลเป็นพื้นฐานในการมอบหมายความรับผิดชอบงานและการมอบหมายงานทางคลินิก การมอบหมายงานอาจจะได้รับการอธิบายลงรายละเอียดมากขึ้นในคำบรรยาย ลักษณะงาน (ดู SQE.1.1, ME1) หรือได้รับการอธิบายในวิธีหรือเอกสารอื่น ๆ ซึ่งสนับสนุนวิธีการมอบหมายงานของบุคลากรสายพยาบาล (ดู SQE.6) เช่น การมอบหมายงานแก่หน่วยงานดูแลผู้สูงอายุหรือเด็กหรือหน่วยงานที่มีความแม่นยำสูงการมอบหมายงานที่ทำโดยโรงพยาบาลมีความสอดคล้องกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรับผิดชอบและการดูแลทางคลินิกของพยาบาล

บทบาททางคลินิกที่จำเป็นของบุคลากรสายพยาบาลกำหนดให้พยาบาลมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในแผนงานพัฒนาคุณภาพทางคลินิกขององค์กร ถ้าพบว่าผลการปฏิบัติงานของพยาบาลมีข้อสงสัยในระหว่างการเฝ้าติดตาม การประเมินผล และการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก องค์กรมีกระบวนการที่จะประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลรายนั้น ผลของการทบทวน การดำเนินการที่เกิดขึ้น และผลกระทบต่อน้ำที่รับผิดชอบได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของพยาบาลหรือแฟ้มอื่น ๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.14

- ☐ 1. มีการใช้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา/การฝึกอบรม และประสบการณ์ของสมาชิกบุคลากรสายพยาบาลในการมอบหมายงานทางคลินิก (ดู MMU.5.1, ME4; MMU.6, ME2; SQE.2, ME2 และ SQE.3, ME1 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. กระบวนการดังกล่าวเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- ☐ 3. กระบวนการดังกล่าวสนับสนุนแผนอัตรากำลังของพยาบาล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.14.1

- ☐ 1. บุคลากรสายพยาบาลเข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล. (ดู QPS.1, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ซิตสมรรถนะของสมาชิกบุคลากรสายพยาบาลแต่ละคนได้รับการทบทวนเมื่อมีข้อบ่งชี้โดยสิ่งตรวจพบของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ. (ดู MMU.6, ME3 และ GLD.11.1, ME 2 ร่วมด้วย)

- ❑ 3. สารสนเทศที่เหมาะสมจากกระบวนการทบทวนได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติหรือ แฟ้มอื่น ๆ ของพยาบาล

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ๆ

มาตรฐาน SQE.15

องค์กรมีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันและต่อเนื่องสำหรับรวบรวม สอบทาน และประเมินหลักฐานคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น ๆ (ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การศึกษา การฝึกอบรมและประสบการณ์) (P)

เจตจำนงของ SQE.15

โรงพยาบาลจ้างหรืออาจจะอนุญาตให้วิชาชีพสายสุขภาพอื่น ๆ ที่หลากหลายให้การดูแลและบริการแก่ผู้ป่วยของตนหรือร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น วิชาชีพดังกล่าว เช่น พยาบาลผดุงครรภ์ ผู้ช่วยคลีนิค แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญการดูแลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เกสซิค และนักเทคนิคการแพทย์ ในบางประเทศหรือวัฒนธรรม มีกลุ่มผู้บำบัดแผนโบราณหรือบริการทางเลือกหรือบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของเวชปฏิบัติแผนโบราณ (ยกตัวอย่างเช่น ผิงเซ็ม, การแพทย์ที่ใช้สมุนไพร) บ่อยครั้ง จริงๆแล้วบุคคลดังกล่าวไม่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล แต่มีการส่งต่อมาโรงพยาบาลหรือให้การดูแลต่อเนื่องหรือติดตามการดูแลผู้ป่วยในชุมชน วิชาชีพทั้งหลายเหล่านี้มีการสำเร็จแผนงานการศึกษาอย่างเป็นทางการและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือประกาศนียบัตรหรือได้รับการขึ้นทะเบียนกับหน่วยงานที่มีอำนาจในท้องถิ่นหรือระดับชาติ บุคคลอื่นๆ อาจจะสำเร็จแผนงานฝึกหัดหรือการกำกับดูแลประสบการณ์ที่เป็นทางการน้อยกว่า

สำหรับวิชาชีพสายสุขภาพอื่น ๆ ที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานหรือให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โรงพยาบาลรับผิดชอบในการเก็บรวบรวมและสอบทานหลักฐานคุณสมบัติ โรงพยาบาลจะต้องสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรสายสุขภาพอื่นมีคุณสมบัติในการให้การดูแลและรักษาและจะต้องชี้ชัดประเภทการดูแลและรักษาที่ได้รับอนุญาตให้ทำ ถ้าไม่ระบุโดยกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ โรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ มีคุณสมบัติเพื่อให้การดูแลและรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยโดย

- ทำความเข้าใจกฎหมายและระเบียบปฏิบัติที่เกี่ยวข้องที่ประยุกต์ใช้กับผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว
- รวบรวมหลักฐานคุณสมบัติทั้งหมดของแต่ละคน ครอบคลุมอย่างน้อย หลักฐานการศึกษา/ฝึกอบรม หลักฐานใบอนุญาตหรือ ประกาศนียบัตร ที่เป็นปัจจุบัน
- การสอบทานสารสนเทศที่สำคัญ เช่น การขึ้นทะเบียน ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือประกาศนียบัตรที่เป็นปัจจุบัน

โรงพยาบาลจำเป็นต้องพยายามทุกอย่างที่จะสอบทานสารสนเทศที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบที่เจตนาที่จะมอบหมายของแต่ละบุคคล แม้แต่เมื่อการศึกษาเกิดขึ้นในประเทศอื่นและนานมาแล้ว เว็บไซต์ที่มีสวัสดิภาพ บันทึกการโทรศัพท์ยืนยันจากแหล่งที่ออกไป การยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษร และโทรภาคี เช่น หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับการมอบหมายอย่างเป็นทางการ

สถานการณ์ดังกล่าวได้อธิบายสำหรับบุคลากรสายแพทย์ในเจตจำนงของ SQE.9 ได้รับการพิจารณาทดแทนด้วยวิธีที่ยอมรับได้สำหรับองค์กรที่ทำการสอบทานหลักฐานคุณสมบัติของบุคลากร

สายวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ไปยังแหล่งที่ออกเอกสาร

การปฏิบัติตามมาตรฐานกำหนดว่าการสอบทานไปยังแหล่งที่ออกเอกสารได้รับการทำสำหรับ

- ผู้สมัครใหม่ที่เริ่มงานภายใน 4 เดือนก่อนการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองครั้งแรก และ
- วิชาชีพสุขภาพที่ได้รับการจ้างงานในปัจจุบันระหว่างระยะเวลา 3 ปีหลังจากเยี่ยมสำรวจ

เมื่อไม่มีการกำหนดกระบวนการศึกษากระบวนการได้รับใบอนุญาตฯ/กระบวนการขึ้นทะเบียนหรือหลักฐานคุณสมบัติ/หลักฐานสมรรถนะอื่น ๆ อย่างเป็นทางการ ประเด็นดังกล่าวได้รับการบันทึกไว้ในบันทึกของแต่ละบุคคล เมื่อการสอบทานเป็นไปไม่ได้ เช่น บันทึกสูญหายในระหว่างภัยพิบัติ มีการบันทึกไว้ โรงพยาบาลรวบรวมและดำรงแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติของวิชาชีพสุขภาพแต่ละคน แฟ้มมีใบอนุญาตฯ หรือ ขึ้นทะเบียนเมื่อระเบียบข้อบังคับกำหนดให้มีการต่ออายุใหม่เป็นระยะ (ดู SQE.5 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.15

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีระเบียบปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อเก็บรวบรวมหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายวิชาชีพแต่ละคน.
- ☐ 2. ใบอนุญาตฯ, การศึกษา/การฝึกอบรม, และ ประสบการณ์ (ถ้ามี) ได้รับการบันทึก.
- ☐ 3. ใบอนุญาตฯการศึกษา/การฝึกอบรมได้รับการสอบทานจากแหล่งที่ออกเอกสารตามพารามิเตอร์ ที่พบในเจตจำนงของ SQE.9
- ☐ 4. มีบันทึกการดำรงรักษาหลักฐานคุณสมบัติของสมาชิกบุคลากรสายวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งมีสำเนาของใบอนุญาตฯ ประกาศนียบัตร หรือการขึ้นทะเบียนใด ๆ
- ☐ 5. โรงพยาบาลมีกระบวนการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ลูกจ้างของโรงพยาบาล, แต่มา กับแพทย์ส่วนตัวและให้บริการแก่ผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีหลักฐานคุณสมบัติสมบูรณ์เมื่อเทียบกับข้อกำหนดของหลักฐานคุณสมบัติของโรงพยาบาล (ดู SQE.5,ME2 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน SQE.16

องค์กรมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบและจัดมอบงานทางคลินิกบนพื้นฐานของเอกสารคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพอื่น ๆ และระเบียบบังคับที่มี

มาตรฐาน SQE.16.1

องค์กรต้องมีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการ สุขภาพอื่น ๆ มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพรวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลเมื่อมีข้อบ่งชี้

เจตจำนงของ SQE.16 และ SQE.16.1

โรงพยาบาลรับผิดชอบในการระบุประเภทของกิจกรรมหรือขอบเขตของบริการที่บุคคลดังกล่าวจะให้ในโรงพยาบาล ประเด็นนี้สามารถบรรลุได้ผ่านข้อตกลง การมอบหมายงาน คำบรรยายลักษณะงาน (ดู SQE.1.1,ME1 ร่วมด้วย), หรือวิธีอื่น ๆ นอกจากนี้ โรงพยาบาลกำหนดระดับการกำกับดูแล (เป็นไปตามกฎหมาย และระเบียบข้อบังคับที่มีอยู่) ถ้ามี สำหรับวิชาชีพดังกล่าว

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.16

- ☐ 1. มีการใช้ใบอนุญาตฯ การศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์ของสมาชิกบุคลากรสายวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ในการมอบหมายงานทางคลินิก MMU.5,MEs3 (ดู) และ MMU.6,ME2; 4 และ SQE.2,ME2ร่วมด้วย(
- ☐ 2. กระบวนการดังกล่าวเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (ดู GLD.2,ME.5 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. กระบวนการดังกล่าวสนับสนุนแผนอัตรากำลังของวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ SQE.16.1

- ☐ 1. บุคลากรสายวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ เข้าร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล. (ดู QPS.1, ME 4 ร่วมด้วย)
- ☐ 2. ซีดสมรรถนะของสมาชิกบุคลากรสายวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ แต่ละคนได้รับการทบทวนเมื่อมีข้อบ่งชี้โดยสิ่งตรวจพบของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ. (ดู MMU.6,ME3 และ GLD.11.1, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. สารสนเทศที่เหมาะสมจากระบวนการทบทวนได้รับการบันทึกไว้ในแฟ้มหลักฐานคุณสมบัติหรือแฟ้มอื่น ๆ ของวิชาชีพสุขภาพ

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

การจัดการสารสนเทศ (MOI)

ภาพรวม

การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องใช้ความพยายามและซับซ้อน ซึ่งต้องพึ่งการสื่อสารของสารสนเทศอย่างมาก การสื่อสารนี้ถูกส่งต่อไปยังผู้ป่วยและครอบครัวของเขา ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพและชุมชน ความล้มเหลวในการสื่อสารเป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ความล้มเหลวในการสื่อสารเกิดจากการอ่านลายมือไม่ออก และไม่เป็นรูปแบบเดียวกันหรือไม่มีมาตรฐานในการใช้ตัวย่อ สัญลักษณ์ และรหัส ภายในองค์กร เพื่อให้การประสานงานและการบริการอย่างบูรณาการ องค์กรด้านการดูแลสุขภาพต้องพึ่งพาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยวิทยาศาสตร์, ข้อมูลผู้ป่วยแต่ละราย, การดูแลรักษา, ผลของการดูแลรักษา, และสมรรถนะของพวกเขานั่นเอง เช่นเดียวกับมนุษย์ วัตถุ และทรัพยากรทางการเงิน สารสนเทศคือทรัพยากรที่ต้องถูกบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพโดยผู้นำองค์กร ทุกองค์กรพยายามที่จะซึมซับ จัดการและใช้สารสนเทศในการปรับปรุงการรักษาผู้ป่วยเช่นเดียวกันกับผลการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลและองค์กรโดยรวม เมื่อเวลาผ่านไป องค์กรจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นในเรื่อง

- การระบุสารสนเทศและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ต้องการ
- การออกแบบ / การปรับใช้ระบบการจัดการสารสนเทศ
- การกำหนดและเก็บข้อมูลและสารสนเทศ
- การวิเคราะห์ข้อมูลและเปลี่ยนเป็นสารสนเทศ
- การส่งและการรายงานข้อมูลและสารสนเทศ
- การบูรณาการและการใช้สารสนเทศในการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน

แม้ว่าระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีอื่น ๆ สามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานได้ แต่หลักการของการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดีนั้นจะถูกนำไปใช้กับวิธีการจัดการเอกสารทั้งหมด มาตรฐานเหล่านี้ถูกออกแบบเพื่อให้สามารถเข้ากันได้อย่างเท่าเทียมระหว่างการไม่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์และการใช้เทคโนโลยีปัจจุบันหรืออนาคต

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน, หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านี้จะมีการระบุสัญลักษณ์ (P) หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

การจัดการสารสนเทศ (Information Management)

MOI.1 โรงพยาบาลวางแผนและออกแบบกระบวนการจัดการสารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการสารสนเทศทั้งภายในและภายนอกองค์กร

- MOI.2 มีการรักษาภาวะความเป็นส่วนตัว ความลับและความปลอดภัย รวมทั้งการคงสภาพความสมบูรณ์ของสารสนเทศ (P)
- MOI.3 โรงพยาบาลมีการกำหนดระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียน ข้อมูล และสารสนเทศ (P)
- MOI.4 โรงพยาบาลใช้รหัสการวินิจฉัยและหัตถการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสร้างความมั่นใจในการใช้สัญลักษณ์และตัวย่อที่ได้รับการอนุมัติที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล
- MOI.5 มีการตอบสนองความต้องการข้อมูลและสารสนเทศ ของบุคลากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล ตามกำหนดเวลา ในรูปแบบและความถี่ที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง
- MOI.6 บันทึกและสารสนเทศได้รับการปกป้องจากการสูญหาย ถูกทำลาย แก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต (P)
- MOI.7 มีการให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจและบุคลากรอื่นที่เหมาะสม เกี่ยวกับกรใช้และจัดการสารสนเทศ

การจัดการเอกสารและการนำไปใช้ (Management and Implementation of Documents)

- MOI.8 มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการจัดการอย่างสม่ำเสมอและเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน (P)
- MOI.8.1 มีการนำ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แผนงาน และเอกสารอื่น ๆ ไปใช้เป็นแนวทางอย่างสม่ำเสมอ และเป็นรูปแบบเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติด้านคลินิกและไม่ใช้คลินิก อย่างเต็มรูปแบบ (P)

เวชระเบียน (Medical Record)

- MOI.9 โรงพยาบาลจัดทำและเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจประเมินหรือรักษาอย่างเป็นมาตรฐาน และกำหนดเนื้อหาในเวชระเบียน รูปแบบ และสถานที่ของการบันทึกการ (P)
- MOI.10 เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน ระบุเวลาที่มาถึงและเวลาที่ออก สรุปผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา อาการของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และคำแนะนำในการมาตรวจติดตามอาการ
- MOI.11 โรงพยาบาลมีการระบุตัวบุคคลที่มีสิทธิในการทำรายการในเวชระเบียนผู้ป่วย (P)
- MOI.11.1 เวชระเบียนผู้ป่วยทุกฉบับระบุผู้บันทึก และวันเวลาที่บันทึก
- MOI.11.1.1 โรงพยาบาลมีกระบวนการเพื่อกำหนดการใช้ฟังก์ชันในการคัดลอกและวางที่เหมาะสมเมื่อมีการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (P)
- MOI.12 การที่โรงพยาบาลมีการประเมินเนื้อหาและความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นั้น ถือเป็น ส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเฝ้าติดตามและพัฒนาสมรรถนะ

เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการดูแลสุขภาพ (Information Technology in Health Care)

- MOI.13 มีการประเมินและทดสอบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ก่อนที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล และ จะต้องมีการประเมินถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมีการนำไปใช้
- MOI.14 โรงพยาบาลจัดทำ อารังรักษาและการทดสอบแผนงานเพื่อการตอบสนองต่อการหยุดการทำงานของระบบ ข้อมูล ที่เป็นไปตามแผนและการหยุดทำงานโดยทันที (P)

มาตรฐาน, เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้

การจัดการสารสนเทศ (Information Management)

มาตรฐาน MOI.1

โรงพยาบาลวางแผนและออกแบบกระบวนการจัดการสารสนเทศ เพื่อตอบสนองความต้องการสารสนเทศทั้งภายในและภายนอกองค์กร

เจตจำนงของ MOI.1

มีการสร้างและใช้สารสนเทศในระหว่างการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการใช้เพื่อบริหารจัดการโรงพยาบาลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ความสามารถในการจัดเก็บและจัดให้มีสารสนเทศต้องอาศัยการวางแผนที่มีประสิทธิภาพ ในการวางแผนต้องอาศัยข้อมูลนำเข้าจากแหล่งที่หลากหลาย รวมถึงแหล่งต่อไปนี้

- ผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ
- ผู้บริหารของโรงพยาบาลและผู้นำของแผนก/ฝ่ายบริการ
- ผู้ที่อยู่นอกโรงพยาบาลซึ่งต้องการข้อมูลหรือสารสนเทศเกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลและกระบวนการดูแล

การวางแผนการจัดการสารสนเทศครอบคลุมวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล บริการที่โรงพยาบาลมี ทรัพยากร การเข้าถึงเทคโนโลยีที่สามารถหาได้ และการสนับสนุนของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ความต้องการสารสนเทศที่มีความสำคัญสูงของแหล่งเหล่านี้มีผลต่อกลยุทธ์การจัดการสารสนเทศของโรงพยาบาล และความสามารถในการนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ กลยุทธ์ต้องมีความเหมาะสมกับขนาดของโรงพยาบาล ความซับซ้อนของการบริการ ความพร้อมของบุคลากรที่ได้รับการอบรม ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรทางเทคนิค อื่น ๆ แผนมีความครอบคลุมกว้างขวาง รวมทุกหน่วยงานและงานบริการทั้งหมดของโรงพยาบาล การวางแผนการจัดการสารสนเทศไม่จำเป็นต้องเป็นแผนสารสนเทศที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ต้องมีหลักฐานการปฏิบัติตามแผนซึ่งระบุความต้องการสารสนเทศของโรงพยาบาล (ดูที่ ACC.3; COP.8, ME 3; และ PCI.4, ME3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.1

- ☐ 1. มีการพิจารณาความต้องการสารสนเทศของผู้ที่ให้บริการด้านคลินิกในกระบวนการวางแผน (ดูที่ GLD.3.2, ME 2)
- ☐ 2. มีการพิจารณาความต้องการสารสนเทศของผู้บริหารโรงพยาบาลในกระบวนการวางแผน (ดูที่ GLD.3.2, ME 1)
- ☐ 3. มีการพิจารณาความต้องการสารสนเทศของบุคคลและหน่วยงานนอกโรงพยาบาลในกระบวนการวางแผน (ดูที่ GLD.3.1, ME 2)
- ☐ 4. การวางแผนมีความเหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อนของโรงพยาบาล

มาตรฐาน MOI.2

มีการรักษาภาวะความเป็นส่วนตัว ความลับ และความปลอดภัย รวมทั้ง การคงสภาพความสมบูรณ์ของสารสนเทศ[®]

เจตจำนงของ MOI.2

โรงพยาบาลได้รักษาความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ และให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศที่มีความอ่อนไหว มีการกำหนดให้เกิดความสมดุลระหว่างการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับการรักษาความลับของข้อมูล โรงพยาบาลกำหนดระดับของความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับสำหรับสารสนเทศประเภทต่าง ๆ (เช่น เวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลการวิจัย และ ข้อมูลคุณภาพอื่น ๆ (ดูที่ PFR.1.3, ME3; QPS.4, ME 5; และ GLD.17, ME3)

การรักษาความสมบูรณ์ของข้อมูลให้คงสภาพไว้เป็นสิ่งที่สำคัญของการจัดการสารสนเทศ สารสนเทศที่อยู่ในฐานข้อมูลจะต้องมีความถูกต้องเพื่อที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าการตีความของผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ข้อมูลนั้นถูกต้อง รวมถึงความสมบูรณ์ของข้อมูลนั้นจะต้องถูกคงสภาพไว้ในระหว่างการวางแผนและไม่ได้วางแผนศูนย์กลางระบบข้อมูล โดยครอบคลุมถึงการปฏิบัติกรณีกู้ข้อมูลและกระบวนการสำรองข้อมูล (ดูที่ MOI.14) นโยบายและระเบียบปฏิบัติระบุวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งอนุญาตให้บุคลากรที่ได้รับอนุญาตเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศ การเข้าถึงสารสนเทศประเภทต่าง ๆ ขึ้นกับความต้องการที่ถูกกำหนดโดยตำแหน่งหน้าที่การงาน รวมถึงนักศึกษาในองค์กรที่จัดการศึกษา กระบวนการที่มีประสิทธิภาพกำหนดสิ่งต่อไปนี้

- ผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศ
- สารสนเทศที่บุคลากรแต่ละคนสามารถเข้าถึงได้
- ข้อผูกพันของผู้ใช้ในการรักษาความลับของสารสนเทศ (ดูที่ MOI.11)
- กระบวนการรักษาการความสมบูรณ์ของข้อมูลให้คงสภาพ
- กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับ ความปลอดภัย และการคงสภาพความสมบูรณ์ของข้อมูล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.2

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีการบันทึกกระบวนการปกป้องความเป็นส่วนตัว ความลับ ความปลอดภัย และการคงสภาพไว้ของข้อมูลและสารสนเทศเป็นลายลักษณ์อักษร (ดูที่ COP.2.2, ME 6; SQE.5, ME 1; และ MOI.3, MEs 2,3)
- ☐ 2. ในกระบวนการได้ปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ (ดูที่ GLD.2, ME 5)
- ☐ 3. ในกระบวนการได้ระบุระดับของความปลอดภัยสำหรับข้อมูลและสารสนเทศประเภทต่าง ๆ
- ☐ 4. มีการระบุผู้ที่จำเป็นหรือผู้ที่อยู่ในตำแหน่งที่ได้รับสิทธิในเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศแต่ละประเภท
- ☐ 5. มีการตรวจติดตามการปฏิบัติตามกระบวนการ และมีมาตรการหากความเป็นส่วนตัว ความลับ ความปลอดภัย และการคงสภาพไว้ของข้อมูล ถูกละเมิด

มาตรฐาน MOI.3

โรงพยาบาลมีการกำหนดระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียน ข้อมูล และสารสนเทศ[®]

เจตจำนงของ MOI.3

โรงพยาบาลมีการกำหนดระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียนคลินิกผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลและสารสนเทศอื่น ๆ เวชระเบียนผู้ป่วยรวมถึงข้อมูลและสารสนเทศอื่น ๆ มีระยะเวลาการเก็บรักษาตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ และเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การวิจัยและการศึกษา การเก็บรักษาเวชระเบียน ข้อมูล และสารสนเทศนี้สอดคล้องกับความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศดังกล่าว เมื่อครบกำหนดการเก็บรักษา เวชระเบียนรวมถึงบันทึก ข้อมูล และสารสนเทศอื่น ๆ จะต้องได้รับการทำลายอย่างเหมาะสมและต้องไม่ได้รับการประนีประนอมสำหรับความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.3

- ☐ 1. โรงพยาบาลมีการกำหนดเรื่องระยะเวลาเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลและสารสนเทศอื่น ๆ (ดูที่ MOI.8)
- ☐ 2. กระบวนการเก็บรักษามีการรักษาความลับและความปลอดภัยตามที่คาดหวังไว้
- ☐ 3. เวชระเบียน ข้อมูล และสารสนเทศ ถูกทำลายอย่างเหมาะสมและต้องไม่ได้รับการประนีประนอมสำหรับความลับและความปลอดภัยของสารสนเทศ (ดูที่ MOI.2, ME 1)

มาตรฐาน MOI.4

โรงพยาบาลใช้รหัสการวินิจฉัยและเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสร้างความมั่นใจในการใช้สัญลักษณ์และตัวย่อที่ได้รับการอนุมัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งโรงพยาบาล

เจตจำนงของ MOI.4

รหัสที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและการใช้ สัญลักษณ์และตัวย่อที่เป็นรูปแบบเดียวกันป้องกันไม่ให้เกิดการสื่อสารผิดพลาดและความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย การใช้รหัสการวินิจฉัยและเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (ตัวอย่างเช่น ICD-10) สนับสนุนการรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

ตัวย่อสามารถเป็นปัญหาได้และในบางครั้งเกิดอันตราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการส่งยา^{1,2} ด้วยเหตุนี้ บางโรงพยาบาลจึงไม่อนุญาตให้ใช้ตัวย่อในองค์กรทั้งหมด เมื่อตัวย่อได้รับการอนุมัติให้ใช้ได้ ในโรงพยาบาล มีการ ดำเนินกระบวนการเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ไม่มีการใช้ตัวย่อในเอกสารการขอ ความยินยอมและสิทธิผู้ป่วย คำแนะนำเมื่อจำหน่าย สรุบบ่อยจำหน่ายและเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว อาจจะไม่อ่านหรือได้รับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวอาจจะไม่คุ้นเคยกับหรือเข้าใจตัวย่อที่ได้รับการ อนุมัติของ โรงพยาบาลและอาจจะไม่สะดวกที่จะขอความกระจ่าง นอกจากนี้หากสรุปเมื่อจำหน่ายมีตัวย่อและถูก ส่งไปยังองค์กร อื่นที่ผู้ป่วยถูกโอนย้ายไปมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหากองค์กรที่ได้รับใช้บางส่วนของ ตัวย่อเดียวกันแต่มีความหมายที่แตกต่างกัน หรือไม่ก็ไม่ทราบความหมายของตัวย่อในการสรุปเมื่อจำหน่าย

เมื่อโรงพยาบาลใช้ตัวย่อ โรงพยาบาลจัดทำและดำเนินการกระบวนการสำหรับการใช้งานตัวย่อที่ได้รับการอนุมัติที่เป็น แบบเดียวกันเช่นผ่านการใช้รายการคำย่อ รายการที่เป็นแบบเดียวกันนี้ครอบคลุมแต่ละตัวย่อที่มีเพียงหนึ่ง ความหมาย เมื่อตัวย่อที่มีมากกว่าหนึ่งความหมาย สันนิษฐานว่าอะไรคือสิ่งที่ผู้เขียนหมายถึงอาจส่งผลให้เกิดความ คลาดเคลื่อนทาง การแพทย์ ยกตัวอย่างเช่นตัวย่อ MS อาจหมายถึง mitral stenosis ในโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม ในระบบ ประสาทวิทยา คำย่ออาจใช้สำหรับ multiple sclerosis มันเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ตัวย่อเป็นแบบเดียวกันและ

สอดคล้องกัน ทั้งทั้งโรงพยาบาลโดยไม่มี ความหมายที่แตกต่างกันระหว่างหน่วยงานหรือบริการ บุคลากรได้รับการศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับหลักการของการใช้งานของ รหัส สัญลักษณ์และตัวย่อของโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและเป็นแบบเดียวกัน (ถ้าเกี่ยวข้อง)

นอกจากนี้เมื่อโรงพยาบาลใช้ตัวย่อโรงพยาบาลจัดทำและ/หรือน้อมรับรายการตัวย่อและสัญลักษณ์ที่ห้ามใช้ ยกตัวอย่างเช่น สถาบันความปลอดภัยในการใช้ยา (ISMP) ยืนยันรายการคำย่อสัญลักษณ์และการกำหนดขนาดยาที่ว่า “ไม่ควรใช้เมื่อการติดต่อสื่อสารสารสนเทศเกี่ยวกับยา”³ หัวข้อในรายการ ISMP ได้รับรายงานว่ามีความผิดพลาดครั้งและมีส่วนร่วมในความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาที่เป็นอันตราย

การใช้งานรหัสที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและสัญลักษณ์และตัวย่อที่ได้รับการอนุมัติที่เป็นแบบเดียวกันของโรงพยาบาลสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพและสอดคล้องกับกฎหมายและข้อบังคับท้องถิ่นที่มีผลบังคับใช้

หลักการของการใช้รหัสที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและสัญลักษณ์และตัวย่อที่ได้รับการอนุมัติที่เป็นแบบเดียวกันถูกนำไปใช้กับระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เช่นกัน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.4

- ☐ 1. โรงพยาบาลใช้รหัสการวินิจฉัยและหัตถการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- ☐ 2. โรงพยาบาลดำเนินการสำหรับการใช้สัญลักษณ์ที่เป็นรูปแบบเดียวกันที่ได้รับการอนุมัติและจะมีการระบุสัญลักษณ์ที่ห้ามใช้
- ☐ 3. หากโรงพยาบาลอนุญาตให้ใช้ตัวย่อ โรงพยาบาลดำเนินการสำหรับการใช้ตัวย่อที่เป็นรูปแบบเดียวกันที่ได้รับการอนุมัติและแต่ละคำย่อมีเพียงหนึ่งความหมาย
- ☐ 4. หากโรงพยาบาลอนุญาตให้ใช้ตัวย่อ โรงพยาบาลจัดทำและ/หรือน้อมรับรายการตัวย่อห้ามใช้.
- ☐ 5. ไม่มีการใช้คำย่อในเอกสารการขอยินยอมและสิทธิผู้ป่วย คำแนะนำเมื่อจำหน่าย สรุปเมื่อจำหน่ายและเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (ดู ACC.4.3 ACC.4.3.1, ME 1 ACC.4.3.2, ME 1 ACC.5.2, ME 1 PFR.4, ME 1 และ PFR.5.1, ME 3 ร่วมด้วย)
- ☐ 6. การใช้รหัส สัญลักษณ์และ/หรือตัวย่อทั้งทั้งโรงพยาบาลได้รับการเฝ้าติดตามและดำเนินการปรับปรุงกระบวนการตามความจำเป็น (ดู MOI.12 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน MOI.5

มีการตอบสนองความต้องการข้อมูลและสารสนเทศ ของบุคลากรภายในและภายนอกโรงพยาบาล ตามกำหนดเวลา ในรูปแบบและความถี่ที่ผู้ใช้บริการคาดหวัง

เจตจำนงของ MOI.5

มีการปรับปรุงแบบและวิธีการเผยแพร่ข้อมูลและสารสนเทศให้เหมาะสมและตอบสนองความคาดหวังของผู้ที่จะใช้งาน กลยุทธ์การเผยแพร่ข้อมูลประกอบด้วย

- การจัดหาข้อมูลและสารสนเทศให้เฉพาะผู้ที่ใช้ต้องการหรือร้องขอเท่านั้น
- การจัดรูปแบบรายงานเพื่อช่วยในกระบวนการตัดสินใจ
- การจัดทำรายงานมีความถี่ตามที่ผู้ต้องการ

- มีการเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลและสารสนเทศ
- มีการแปลผลหรือให้ความกระจ่างเรื่องข้อมูล

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.5

- ☐ 1. การเผยแพร่ข้อมูลและสารสนเทศตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ (ดูที่ QPS.4, ME2)
- ☐ 2. ผู้ใช้ได้รับข้อมูลและสารสนเทศภายในเวลาที่เหมาะสม
- ☐ 3. ผู้ใช้ได้รับข้อมูลและสารสนเทศในรูปแบบที่ตรงความต้องการใช้
- ☐ 4. บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเพื่อปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ (ดูที่ QPS.4, ME2)

มาตรฐาน MOI.6

บันทึกและสารสนเทศได้รับการปกป้องจากการสูญหาย ถูกทำลาย แก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้ โดยผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต^(P)

เจตจำนงของ MOI.6

เวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลและสารสนเทศอื่น ๆ มีความปลอดภัยและได้รับการปกป้องตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น เวชระเบียนผู้ป่วยที่ยังใช้งานอยู่ได้รับการจัดเก็บไว้ในพื้นที่ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและได้รับอนุญาตเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ และถูกจัดเก็บในที่ไม่เกิดความเสียหายจากความร้อน น้ำ ไฟ หรือสาเหตุอื่น ๆ โรงพยาบาลปฏิบัติตามกระบวนการที่จะป้องกันการเข้าถึงสารสนเทศที่จัดเก็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ไม่มีสิทธิเข้าถึงมาปฏิบัติ (ดูที่ PFR.1.3, ME 3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.6

- ☐ 1. มีการปกป้องข้อมูลและสารสนเทศจากการสูญหาย
- ☐ 2. มีการปกป้องข้อมูลและสารสนเทศจากการถูกทำลาย
- ☐ 3. มีการปกป้องข้อมูลและสารสนเทศไม่ให้ถูกแก้ไขดัดแปลง และเข้าถึงหรือนำไปใช้โดยผู้ที่ไม่มีความเหมาะสม

มาตรฐาน MOI.7

มีการให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจและบุคลากรอื่นที่เหมาะสม เกี่ยวกับการใช้และจัดการสารสนเทศ

เจตจำนงของ MOI.7

มีการให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลซึ่งสร้าง รวบรวม วิเคราะห์ ใช้ข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการจัดการสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาและฝึกอบรมนี้ทำให้บุคคลเหล่านั้นสามารถ

- เข้าใจเรื่องความปลอดภัยและการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศ
- ใช้เครื่องมือวัด เครื่องมือทางสถิติ และ วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
- ช่วยในการแปลความหมายข้อมูล
- ใช้ข้อมูลและสารสนเทศเพื่อช่วยในการตัดสินใจ

- ให้ความรู้และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการดูแล และ
- ใช้เครื่องมือวัดเพื่อประเมินและปรับปรุงการดูแลและกระบวนการทำงาน

มีการให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรตามหน้าที่รับผิดชอบ คำบรรยายลักษณะงาน และความต้องการใช้ข้อมูลและสารสนเทศ

กระบวนการจัดการระบบสารสนเทศทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และการสร้างรายงานเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ โดยเฉพาะการรวบรวมข้อมูลด้านคลินิกและการบริหารจัดการด้านข้อมูลจะช่วยหัวหน้างานในการวางแผนร่วมกัน โดยกระบวนการจัดการสารสนเทศสนับสนุนหัวหน้างานด้วยข้อมูลระยะยาวและข้อมูลเปรียบเทียบ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.7

- ☐ 1. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการของการจัดการสารสนเทศแก่ผู้ทำหน้าที่ผู้ตัดสินใจและบุคคลอื่น ๆ
- ☐ 2. การให้ความรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการข้อมูลและสารสนเทศและความรับผิดชอบของตำแหน่งงาน
- ☐ 3. มีการรวมความต้องการข้อมูลและสารสนเทศด้านคลินิกและการบริหารจัดการตามที่ต้องการได้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ

การจัดการเอกสารและการนำไปใช้ (Management and Implementation of Documents)

มาตรฐาน MOI.8

มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีการจัดการอย่างสม่ำเสมอ และเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน

Ⓟ

เจตจำนงของ MOI.8

นโยบายและระเบียบปฏิบัติมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้ที่เสมอเหมือนกันเกี่ยวกับการทำหน้าที่ขององค์กรด้านคลินิก และไม่ใช้คลินิกในองค์กร มีการเขียนแนวทางการปฏิบัติที่จะพัฒนาและควบคุมนโยบายหรือระเบียบวิธีในโรงพยาบาลอย่างไร ซึ่งเอกสารแนวทางปฏิบัติประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญดังต่อไปนี้

- a) การทบทวนและอนุมัตินโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมดโดยผู้มีอำนาจก่อนประกาศใช้
- b) กระบวนการและความถี่ของการทบทวนและต่ออายุนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- c) การควบคุมเพื่อให้มั่นใจว่านโยบายและระเบียบปฏิบัติฉบับที่เกี่ยวข้องและเป็นปัจจุบันเท่านั้นพร้อมใช้ในทุกที่มีการใช้
- d) การระบุการเปลี่ยนแปลงในนโยบายและระเบียบปฏิบัติ
- e) การรักษาเอกสารอย่างมีเอกลักษณ์และเอกสารชัดเจนเข้าใจได้ง่าย
- f) กระบวนการสำหรับการจัดการกับนโยบายและระเบียบปฏิบัติซึ่งมีกำเนิดจากภายนอกโรงพยาบาล
- g) การเก็บรักษานโยบายและระเบียบปฏิบัติที่ล้าสมัยเป็นระยะเวลาอย่างน้อยตามที่กฎหมายและระเบียบข้อบังคับกำหนด โดยสร้างความมั่นใจว่าจะไม่นำเอกสารเหล่านั้นไปใช้โดยไม่ตั้งใจ (ดูที่ MOI.3)

ระบบการติดตามจะต้องมีเอกสารที่ระบุถึง หัวข้อ วันที่ออกเอกสาร ครั้งที่จัดทำ/และหรือวันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นปัจจุบัน จำนวนหน้า ผู้ออกและ/หรือผู้ทบทวนเอกสาร และการระบุถึงงานข้อมูล (ถ้ามี) ระบบการติดตาม

ช่วยเหลือบุคลากรที่จะใช้นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานหรือสถานการณ์โดยเฉพาะได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น บุคลากรในแผนกฉุกเฉินสามารถเข้าไปใช้นโยบายเกี่ยวกับความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เมื่อผู้ป่วยต้องการหัตถการการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว มีการนำกระบวนการในการจัดทำและรักษาไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติเหล่านั้นไปใช้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.8

- ☐ 1. มีนโยบายหรือระเบียบวิธีที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งระบุข้อกำหนดสำหรับการจัดทำและรักษาไว้ซึ่งนโยบายและระเบียบปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อ a) ถึง g) ในเจตจำนงข้างต้น
- ☐ 2. มีรูปแบบสำหรับเอกสารที่มีความเหมือนกันอย่างเป็นมาตรฐาน เช่น นโยบายทั้งหมด
- ☐ 3. มีนโยบายหรือระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นแนวทางเพื่อติดตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมดที่ใช้อยู่
- ☐ 4. ความต้องการของเอกสารที่เป็นแนวทางได้ถูกนำไปใช้และมีหลักฐานใน นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงานที่ถูกค้นพบภายในโรงพยาบาล

มาตรฐาน MOI.8.1

มีการนำ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แผนงาน และเอกสารอื่น ๆ ไปใช้เป็นแนวทางอย่างสม่ำเสมอและเป็นรูปแบบเกี่ยวกับระเบียบปฏิบัติด้านคลินิกและไม่ใช่คลินิก อย่างเต็มรูปแบบ **(P)**

เจตจำนงของ MOI.8.1

คู่มือ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แผนงาน และเอกสารอื่น ๆ จะต้องตรวจสอบตลอดระยะเวลาการรับรอง (โปรดสังเกตจะมี สัญลักษณ์ **(P)** ระบุไว้ด้านบน) เอกสารนี้ต้องการเพื่อที่จะลดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากกระบวนการ สิ่งนี้เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการด้านคลินิกเพื่อที่จะปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีขั้นตอนที่ทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรได้อ่านและคุ้นเคยกับ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนที่เกี่ยวข้องกับงาน กระบวนการนี้อาจจะเป็นส่วนหนึ่งในการแนะนำงานให้กับบุคลากรในแผนกและหน้าที่ของบุคลากร หรือ อาจจะเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมพิเศษเป็นกลุ่มหรือทั้งสถานพยาบาล สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ มีกำหนดแนวทางการทำงานได้ระบุไว้ในเอกสารเป็นหลักฐานถึงการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล เพื่อติดตามการปฏิบัติตาม นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ หรือ แผน ที่เกี่ยวข้องกับการมอบหมายงานของบุคลากร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.8.1

- ☐ 1. นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงานที่ต้องการ ต้องมีไว้พร้อมใช้งานและบุคลากรมีความเข้าใจในการเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่รับผิดชอบของตน
- ☐ 2. มีการฝึกอบรมและทำความเข้าใจถึงเอกสารเหล่านี้ ให้กับบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ
- ☐ 3. มีการนำ นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงาน ไปใช้อย่างเต็มรูปแบบ และมีหลักฐานในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคลากร (ดูที่ COP.3, ME 2)
- ☐ 4. มีการตรวจติดตาม การนำนโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และแผนงาน ว่าได้นำไปปฏิบัติ และสารสนเทศได้สนับสนุนการนำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่

เวชระเบียน (Medical Record)

มาตรฐาน MOI.9

โรงพยาบาลจัดทำและเก็บรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจประเมินหรือรักษาอย่างเป็นมาตรฐาน และกำหนดเนื้อหาในเวชระเบียน รูปแบบ และสถานที่ของการบันทึกการ (P)

มาตรฐาน MOI.9.1

เวชระเบียนผู้ป่วยมีสารสนเทศเพียงพอที่จะระบุตัวผู้ป่วย สนับสนุนการวินิจฉัยโรค อธิบายเหตุผลของการรักษา บันทึกความเป็นไปและผลการรักษา

เจตจำนงของ MOI.9 และ MOI.9.1

มีเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการประเมินหรือรักษาในสถานพยาบาล ในฐานะผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือการดูแลเร่งด่วน มีการกำหนดตัวบ่งชี้เวชระเบียนที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย หรือมีกลไกอื่นที่ใช้เพื่อเชื่อมโยงผู้ป่วยกับเวชระเบียนของเขา ในการบันทึกหนึ่งครั้งและมีหมายเลขชี้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยให้องค์กรสามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยได้ง่าย รวมถึงบันทึกการดูแลที่ให้กับผู้ป่วยตามช่วงเวลาที่ผ่านมา เนื้อหา รูปแบบ และสถานที่ของการบันทึกการสำหรับเวชระเบียนผู้ป่วยได้กำหนดเป็นมาตรฐานเพื่อที่จะช่วยสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย ในหลายสาขาให้สามารถทำการรวบรวมและทำการรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลกำหนดข้อมูลและสารสนเทศที่ต้องบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับการประเมินและรักษาสำหรับกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน เวชระเบียนต้องมีข้อมูลเพียงพอต่อการวินิจฉัย การรักษา และระบุหลักสูตรและผลการรักษา และเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบวิชาชีพที่ทำการดูแลผู้ป่วยต่อไป (ดูที่ MMU.4.1)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.9

- ☐ 1. มีการจัดทำเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการประเมินและรักษาโดยโรงพยาบาล
- ☐ 2. เวชระเบียนผู้ป่วยได้รับการเก็บรักษาไว้โดยการใช้ตัวบ่งชี้ซึ่งเป็นเอกลักษณ์สำหรับผู้ป่วยหรือวิธีการอื่นที่ได้ผล (ดูที่ IPSC.1, ME 1)
- ☐ 3. เนื้อหาเฉพาะ รูปแบบ และสถานที่ของการบันทึกการในเวชระเบียนผู้ป่วย ถูกกำหนดโดยโรงพยาบาลอย่างเป็นมาตรฐาน (ดูที่ ASC.7.2, ME 2; COP.2.2, MEs 1,5; และ PFE.2, ME 3)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.9.1

- ☐ 1. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศที่เพียงพอต่อการระบุตัวผู้ป่วย (ดูที่ IPSC.1)
- ☐ 2. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศที่เพียงพอต่อการสนับสนุนการวินิจฉัยโรค (ดูที่ AOP.1.1 และ ASC.7, ME 3)
- ☐ 3. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศที่เพียงพอต่อการแสดงผลของการดูแลรักษา (ดูที่ AOP.1.2; AOP.1.7; COP.2.2, ME 3; และ ASC.7, ME 3)
- ☐ 4. เวชระเบียนผู้ป่วยประกอบด้วยสารสนเทศที่เพียงพอต่อการบันทึกหลักสูตรการรักษาและผลของการรักษา (ดูที่ ACC.5.3; COP.2.1, ME 6; COP.2.3, ME 2; และ ASC.5)

มาตรฐาน MOI.10

เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน ระบุเวลาที่มาถึงและเวลาที่ออก สรุปผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา อาการของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และคำแนะนำในการมาตรวจติดตามอาการ

เจตจำนงของ MOI.10

เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละราย มีการระบุเวลาที่มาถึงและเวลาที่ออก ข้อมูลนี้ใช้กับผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินทุกคน รวมถึงผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การโอนย้ายผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่น หรือผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล เวลาออกอาจจะเป็นเวลาที่ผู้ป่วยออกจากแผนกฉุกเฉินโดยกลับบ้านหรือไปยังสถานพยาบาลอื่น หรือ เป็นเวลาที่ผู้ป่วยย้ายไปหน่วยอื่นที่เป็นผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยที่ออกจากแผนกฉุกเฉิน เวชระเบียนจะรวมการสรุปผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา อาการของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย และคำแนะนำในการมาตรวจติดตามอาการ (ดูที่ ACC.1.1, ME 5)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.10

- ☐ 1. เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายมีการระบุเวลาที่มาถึงและเวลาที่ออก
- ☐ 2. เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำหน่ายออกไป มีการสรุปผลเมื่อสิ้นสุดการรักษา
- ☐ 3. เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำหน่ายออกไป มีการระบุอาการของผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย
- ☐ 4. เวชระเบียนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำหน่ายออกไป มีการระบุคำแนะนำในการมาตรวจติดตามอาการ

มาตรฐาน MOI.11

โรงพยาบาลมีการระบุตัวบุคคลที่มีสิทธิในการทำรายการในเวชระเบียนผู้ป่วย^๑

มาตรฐาน MOI.11.1

เวชระเบียนผู้ป่วยทุกฉบับระบุผู้บันทึก และวันเวลาที่บันทึก

เจตจำนงของ MOI.11 และ 11.1

การเข้าถึงของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการและการกำหนดโดยตำแหน่งและหน้าที่การทำงาน รวมถึงนักศึกษาในสถาบันการศึกษา กระบวนการที่มีประสิทธิภาพ กำหนดสิ่งต่อไปนี้

- ผู้ที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยได้
- ข้อมูลชนิดใดบ้าง ในเวชระเบียนผู้ป่วย ที่แต่ละบุคคลสามารถเข้าถึงได้
- ข้อมูลพื้นที่ผู้ใช้จะรักษาความลับของสารสนเทศ (ดูที่ MOI.2)
- กระบวนการที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการละเมิดการรักษาความลับและความปลอดภัย

ลักษณะอย่างหนึ่งของการรักษาความปลอดภัยของสารสนเทศผู้ป่วยคือการกำหนดผู้มีสิทธิในการได้รับและบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลจัดทำนโยบายที่จะให้สิทธิแก่บุคลากรแต่ละคน ระบุเนื้อหาและรูปแบบสำหรับบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าบุคคลที่ได้รับสิทธิเท่านั้นที่ลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย และการบันทึกแต่ละครั้งระบุชื่อของผู้บันทึกและวันที่บันทึก นโยบายจะต้องระบุกระบวนการในการแก้ไขหรือเขียนทับบนบันทึกเวชระเบียนที่ได้เขียนไว้แล้ว มีการบันทึกเวลาตามที่องค์กรกำหนด เช่น เวลาในการรักษา หรือเวลาในการส่งยา (ดูที่ IPSG.2.2; IPSG.4.1, ME 1; COP.2.2, ME 6; MMU.4.2; และ MOI.2)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.1.1

- ☐ 1. ในนโยบายของโรงพยาบาลมีการระบุบุคคลที่มีสิทธิในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย
- ☐ 2. มีกระบวนการที่ทำให้มั่นใจว่าเฉพาะผู้ที่ได้รับสิทธิเท่านั้นที่สามารถบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้ (ดูที่ COP.2.2, ME 4; และ MMU.4.2, ME 1)
- ☐ 3. มีกระบวนการระบุวิธีการแก้ไขหรือเขียนทับบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย
- ☐ 4. ในนโยบายของโรงพยาบาลมีการระบุถึงบุคคลที่มีสิทธิในการเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย
- ☐ 5. มีกระบวนการเพื่อทำให้มั่นใจว่าผู้ได้รับอนุญาตเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วยได้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.1.1.1

- ☐ 1. สามารถระบุตัวบุคคลผู้บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละครั้งได้
- ☐ 2. สามารถระบุวันที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละครั้งได้
- ☐ 3. สามารถระบุเวลาที่มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยแต่ละครั้งได้

มาตรฐาน MOI.1.1.1

โรงพยาบาลมีกระบวนการที่ตอบสนองการใช้ฟังก์ชันการคัดลอกและวางที่เหมาะสมเมื่อมีการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์®

เจตจำนงของ MOI.1.1.1

การใช้ฟังก์ชันการคัดลอกและวางในเอกสารทางคลินิกที่ทำโดยผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพได้กลายเป็นหลักปฏิบัติทั่วไปมากขึ้นเมื่อโรงพยาบาลมีการนำระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์มาใช้มากขึ้น การปฏิบัติของการทำข้อมูลซ้ำภายในเวชระเบียนผู้ป่วยรายเดียวกันหรือการเคลื่อนย้ายไปสู่บันทึกหลายแห่งนี้จะมีข้อดีหลายประการรวมทั้งการเสริมสร้างประสิทธิภาพของการบันทึกและเพิ่มประสิทธิภาพสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามผลประโยชน์เหล่านี้ต้องชั่งน้ำหนักกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อคุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วย

มีหลายตัวอย่างของสารสนเทศที่ไม่ถูกต้องที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วยบางคนก่อให้เกิดความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุการณ์พึงสังวรเนื่องจากสารสนเทศที่วางไม่ได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงในสารสนเทศส่วนบุคคลของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ข้อมูล น้ำหนักที่ล้าสมัยที่ใช้ในการคำนวณปริมาณของยาเคมีบำบัด ความเสี่ยงเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการใช้งานของการ คัดลอกและวางครอบคลุมดังต่อไปนี้

- สารสนเทศซ้ำซึ่งจะทำให้ยากที่จะระบุสารสนเทศที่เป็นปัจจุบัน
- ไม่สามารถที่จะระบุผู้เขียนหรือเจตนาของการบันทึกได้ (ดู MOI.1.1.1, ME 1 ร่วมด้วย)
- ไม่สามารถที่จะระบุเวลาที่เอกสารถูกสร้างขึ้นเป็นครั้งแรก
- การทำสำเนาของสารสนเทศส่งผลให้เกิดข้อมูลที่เป็นเท็จ
- บันทึกความคืบหน้าภายในที่ไม่สอดคล้องกัน

คุณภาพของเวชระเบียนผู้ป่วยมีความสำคัญต่อคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นเครื่องมือหลักในการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพและอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจทางการแพทย์ ติดตาม ทางคลินิก การเปลี่ยนถ่ายของการดูแลรักษาและ การสั่งยาและการระบุขนาดยา (ดู ACC.3

ร่วมด้วย)

โรงพยาบาลใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จะต้องตระหนักถึงความเสี่ยงของการใช้การคัดลอกและวางและดำเนินการมาตรฐานในการทำงานร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพเพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการนี้ไม่นำไปสู่ผลที่ไม่ได้ตั้งใจที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย^{5,6}

มีจำนวนของการดำเนินการที่โรงพยาบาลสามารถใช้เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการคัดลอกและวางในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ครอบคลุมคำแนะนำดังต่อไปนี้⁷

- จัดทำกระบวนการที่ตอบสนองการใช้งานที่เหมาะสมของการคัดลอกและวางเพื่อให้สอดคล้องกับภาครัฐ กฎระเบียบข้อบังคับและมาตรฐานในอุตสาหกรรม
- จัดให้มีการฝึกอบรมและการศึกษาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการใช้ การคัดลอกและวางที่เหมาะสมให้กับบุคลากรทุกคนที่บันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
- เฝ้าติดตามระดับการปฏิบัติตามแนวทางการใช้การคัดลอกและวางและการดำเนินการแก้ไขตามความจำเป็น

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.11.1.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดทำกระบวนการเพื่อตอบสนองกับการใช้การคัดลอกและวางที่เหมาะสมเมื่อมีการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
- ☐ 2. โรงพยาบาลให้การฝึกอบรมและการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การคัดลอกและวางที่เหมาะสมให้กับบุคลากรทุกคนที่บันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
- ☐ 3. โรงพยาบาลเฝ้าติดตามระดับการปฏิบัติตามแนวทางการใช้การคัดลอกและวางและการดำเนินการแก้ไขตามความจำเป็น
- ☐ 4. โรงพยาบาลจัดทำกระบวนการเพื่อให้แน่ใจว่าการบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่ถูกต้องจะได้รับการเฝ้าติดตาม (ดู MOI.12 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน MOI.12

การที่โรงพยาบาลมีการประเมินเนื้อหาและความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการเฝ้าติดตามและพัฒนาสมรรถนะ

เจตจำนงของ MOI.12

แต่ละโรงพยาบาลกำหนดเนื้อหาและรูปแบบของเวชระเบียนผู้ป่วย และมีกระบวนการประเมินเนื้อหาและความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน (ดูที่ MOI.11.1.1, ME 4) กระบวนการนี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะของโรงพยาบาลและทำอย่างสม่ำเสมอ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใช้การสุ่มตัวอย่างตามผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้การดูแล และประเภทของการดูแลที่ให้ กระบวนการทบทวนนี้ทำโดยแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ที่ได้รับสิทธิในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย การทบทวนดังกล่าวเน้นที่การบันทึกในเวลาที่กำหนด ความสมบูรณ์ การอ่านออกได้ ของเวชระเบียนและสารสนเทศทางคลินิก และประเด็นอื่น ๆ (ดูที่ MOI.4, ME 6) กระบวนการทบทวนรวมถึงการประเมินเนื้อหาที่กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้ กระบวนการทบทวนเวชระเบียนขององค์กรใช้กับเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังรับการดูแลและของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกไปแล้ว ทั้งนี้เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบริการอื่น ๆ ที่จัดทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการทบทวน การสุ่มตัวอย่าง

ตัวแทนเวชระเบียนหมายถึงการสุ่มจากการบริการทุกด้าน ไม่เฉพาะเจาะจงจำนวน แต่อย่างไรก็ตามควรจะต้องสมเหตุสมผลต่อโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น สุ่มตัวอย่างและเลือกเวชระเบียนมาจำนวน 5% จากเวชระเบียนทั้งหมด ถือว่าเป็นการสุ่มตัวอย่างตัวแทนได้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.12

- ☐ 1. มีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่กำลังรับการดูแลและของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายออกไปแล้ว ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกแบบสุ่ม อย่างน้อยไตรมาสละครั้งหรือบ่อยกว่าขึ้นอยู่กับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ
- ☐ 2. การทบทวนทำโดยแพทย์ พยาบาล และบุคคลที่ได้รับสิทธิให้บันทึกหรือจัดการเวชระเบียนผู้ป่วย
- ☐ 3. การทบทวนเน้นถึงการบันทึกในเวลาที่กำหนด การอ่านออกได้ และความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (ดูที่ MMU.4, ME 2)
- ☐ 4. กระบวนการทบทวนครอบคลุมเนื้อหาในเวชระเบียนตามที่กฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับกำหนดไว้
- ☐ 5. ผลลัพธ์จากกระบวนการทบทวน จะถูกรวบรวมและนำเข้าสู่กลไกกำกับดูแลของศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล

เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ (Information Technology in Health Care)

มาตรฐาน MOI.13

มีการประเมินและทดสอบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ก่อนที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล และจะต้องมีการประเมินถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อมีการนำไปใช้

เจตจำนงของ MOI.13

เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพสามารถปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญได้โดยการทำงานอย่างราบรื่นและเป็นไปอย่างอัตโนมัติ ส่งผ่านสารสนเทศผู้ป่วยโดยไม่มีการติดขัด และเสนอเครื่องมือที่ปลอดภัยที่จะช่วยลดความเสี่ยงของความผิดพลาด ตัวอย่างเช่น การลดจำนวนการสั่งยาที่ผิดโดยมีกลไกสั่งจ่ายยาด้วยอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และการใช้บาร์โค้ดสำหรับการบริหารงานที่เกี่ยวข้องยา อย่างไรก็ตามถ้าไม่ได้มีการประเมินและทดสอบก่อนการนำไปใช้จริง เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยได้เช่นกัน

เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพแสดงถึงการลงทุนทรัพยากรที่สำคัญของโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ ต้องมีการเลือกเทคโนโลยีอย่างระมัดระวังเพื่อให้ตรงกับความต้องการในปัจจุบันและอนาคตและทรัพยากรของโรงพยาบาล (ดูที่ GLD.7) อย่างไรก็ตามเทคโนโลยีใหม่ๆ อาจจะไม่สามารถใช้ร่วมกันกับเทคโนโลยีและกระบวนการที่มีอยู่เดิมได้เป็นอย่างดี ระบบเทคโนโลยีใหม่อาจจะไม่ครอบคลุมถึงการให้บริการทั้งหมด (ตัวอย่างเช่น ห้องผ่าตัดหรือหน่วยฉุกเฉิน) หรืออาจจะไม่เชื่อมโยงกับระบบปัจจุบัน ดังนั้นระหว่างการพัฒนาและทดสอบจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถประเมินได้ว่ากระบวนการและขั้นตอนในปัจจุบันและเทคโนโลยีสามารถทำให้ดีขึ้น เปลี่ยนแปลง และทำให้เกิดขึ้นได้โดยการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศไม่ได้ดำเนินการด้วยตนเองเท่านั้น เทคโนโลยีสารสนเทศเกี่ยวข้องกับกระบวนการและขั้นตอนในโรงพยาบาล, หน่วยงานอื่นนอกโรงพยาบาล, และผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอก รวมถึง ผู้ป่วย

และครอบครัว เนื่องจากระดับของความซับซ้อนในการรวมกันนี้ ทำให้ต้องการความร่วมมือของคณะกรรมการที่เป็นหลักของเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ เช่น บุคลากรด้านคลินิก บุคลากรที่ไม่ใช่ด้านคลินิก และฝ่ายบริหาร ในการเลือกขั้นตอน การนำไปใช้ และการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยี

การรวมกันทุกส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพอันใหม่และระบบปัจจุบัน อาจจะทำให้การทำสัญญาการให้บริการ ระดับของการประเมินและทดสอบก่อนที่จะนำไปใช้และการประเมินเมื่อมีการนำไปใช้ต้องอยู่ในระดับเดียวกันตามที่ระบุไว้ในสัญญาการให้บริการ นอกจากนี้การควบคุมสัญญาการให้บริการจะต้องทำโดยบุคคลซึ่งมีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ (ดูที่ GLD.6 และ GLD.6.1)

การติดตามการนำไปใช้ของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีความสำคัญต่อโรงพยาบาลในแง่ของขั้นตอนที่จะประเมินการใช้งานและประสิทธิภาพของเทคโนโลยี การประเมิน ไม่จำกัดเพียงแค่เทคโนโลยีได้ถูกออกแบบและนำไปใช้งานได้หรือไม่ แต่รวมถึงการที่เทคโนโลยีใหม่สามารถใช้ร่วมกับเทคโนโลยีปัจจุบันได้ดีมากแค่ไหน และผลกระทบจากเทคโนโลยี ได้ปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความผิดพลาด และทำให้ประสิทธิภาพโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างไรบ้าง

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.13

- ☐ 1. คณะกรรมการเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการเลือก การนำไปใช้ และการประเมินเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ☐ 2. มีการประเมินและทดสอบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพก่อนนำไปใช้
- ☐ 3. มีการประเมินผลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึง การใช้งาน ความมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

มาตรฐาน MOI.14

โรงพยาบาลจัดทำ อารังรักษาและการทดสอบแผนงานสำหรับการตอบสนองต่อการหยุดทำงานของระบบข้อมูลตามแผนและการหยุดทำงานโดยทันที ⑩

เจตจำนงของ MOI.14

ไม่ว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR) หรือไม่ก็ตามรูปแบบของเทคโนโลยีสารสนเทศ มีอยู่ในส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล เทคโนโลยีสารสนเทศสามารถพบได้ในการถ่ายภาพดิจิทัล การตรวจทดสอบและการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ ระบบการสื่อสาร ระบบสนับสนุนเภสัชกรรม และอื่น ๆ ในลักษณะเดียวกันนี้ ระบบ ข้อมูลเป็นส่วนสำคัญในการให้ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง^{8,9}

การหยุดชะงักและความล้มเหลวของระบบข้อมูลเป็นเหตุการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การหยุดชะงักเหล่านี้มักจะเรียกว่าการหยุดทำงาน อาจจะเป็นไปตามแผนหรือหยุดทำงานโดยทันที การหยุดทำงานตามแผนกำหนดไว้สำหรับวัตถุประสงค์ของการดำเนินการบำรุงรักษา การซ่อมแซม อัปเดต และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ในระบบ การหยุดทำงานโดยทันทีเกิดขึ้นเป็นผลมาจากไฟดับหรืออุปกรณ์ล้มเหลวความล้มเหลวความร้อน/ระบบระบายความร้อน ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ความผิดพลาดของมนุษย์ และการหยุดชะงักของบริการอินเทอร์เน็ตหรืออินทราเน็ต การหยุดชะงัก

อื่น ๆ การหยุดทำงานโดยทันทีที่สามารถทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบข้อมูล เช่น การสูญหายของข้อมูล ความล้มเหลวของฮาร์ดแวร์และการเสียหายของข้อมูล โรงพยาบาลอาจจะต้องอยู่ในอันตรายของการสูญเสียข้อมูลถาวร หาก ระบบไม่ได้อยู่ในภาวะที่จะคัดลอกและเก็บข้อมูลได้^{๑๐}

เมื่อโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การจัดการข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในระดับที่แตกต่างกันมากขึ้นและมากขึ้น ผลกระทบของการหยุดทำงานจะกลายเป็นความท้าทายมากขึ้นและมีโอกาสที่จะมีนัยสำคัญถ้าหยุดทำงานรุนแรง การหยุดทำงานเป็นไปตามแผนหรือหยุดทำงานโดยทันทีที่กำหนดให้โรงพยาบาลที่พัฒนาวิธีการสองอย่างเพื่อความต่อเนื่องทางธุรกิจ วิธีการนี้ครอบคลุมการระบุและการดำเนินการ

- กลยุทธ์ความต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยยังคงปลอดภัยในระหว่างการหยุดชะงักที่วางแผนและเกิดขึ้น ทันที และ
- กลยุทธ์การกู้คืนการหยุดทำงานและการสำรองข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและรักษาบูรณภาพ ของข้อมูล

คุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถของโรงพยาบาลในด้านการรักษาบริการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาของการหยุดทำงานไม่ว่าจะวางแผนหรือไม่ได้วางแผน การกลับไปใช้กระดาษในช่วงระยะเวลา การหยุดทำงานอาจจะไม่ได้เป็นตัวเลือกหรืออาจจะซับซ้อนเกินไปที่จะสนับสนุน ดังนั้นโรงพยาบาลจะต้องพัฒนา กลยุทธ์และมาตรการในการดำเนินการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระหว่างการหยุดชะงักของระบบข้อมูล คอมพิวเตอร์หยุดทำงานอนุญาตให้ “เข้าถึงการอ่าน” ข้อมูลผู้ป่วยที่สำคัญเท่านั้น อาจจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ของการวางแผนการหยุดทำงาน การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการในช่วงเวลาหยุดทำงาน อาจจะต้องป้อนด้วยตนเอง หรือผ่านระบบการจัดการเอกสาร/สแกน

กลยุทธ์การกู้คืนการหยุดทำงานครอบคลุม “การกู้คืนในภาวะภัยพิบัติ” และ “การสลับการทำงาน” ของระบบการสำรอง การกู้คืนและการบำรุงรักษาระบบข้อมูล ระบบกู้คืนในภาวะภัยพิบัติปกติแล้วมักจะตั้งอยู่ที่สถานที่ห่างไกล การกู้คืนข้อมูลที่อาจได้รับความเสียหายหรือถูกลบโดยไม่ตั้งใจ ระบบเหล่านี้จะได้รับการสำรองเป็นระยะๆ โดยปกติทุกคืน ระบบสลับการทำงานจะลดการหยุดชะงักในการดูแลผู้ป่วยและการสูญหายของข้อมูล ระบบสลับการทำงานมักจะอยู่ในอาคารและสลับไปภายในไม่กี่วินาทีหรือนาทีเมื่อระบบหลักใช้งานไม่ได้เนื่องจากการหยุดทำงานตามแผนหรือเกิดขึ้นโดยทันที เครื่องมือมากมายที่มีใช้สำหรับการสำรองข้อมูล ในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบคลาวด์ที่ใช้ สำหรับการสำรองข้อมูล ผู้ขายของระบบคลาวด์ที่ใช้จะต้องมีระบบสำรองข้อมูลที่เพียงพอในการที่จะลดการหยุดชะงักในการดูแลป้องกันการสูญหายของข้อมูลและรักษาบูรณภาพของข้อมูล โซลูชันการสำรองข้อมูลที่ดีที่สุดสำหรับ แต่ละโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยรวมทั้งปริมาณของข้อมูลที่กำหนดให้การสำรองข้อมูล ความเร็วที่ข้อมูล สามารถสำรองและกู้คืน สถานที่ตั้งของระบบการกู้คืน ค่าใช้จ่ายและปัจจัยอื่น ๆ^{๑๑}

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทดสอบแผนกู้คืนข้อมูลของตนอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง อย่างไรก็ตามการสำรองข้อมูลง่าย ๆ ควร จะทดสอบอย่างน้อยไตรมาสละครั้งและเมื่อใดก็ตามที่มีการเปลี่ยนแปลงฮาร์ดแวร์หรือซอฟต์แวร์ที่สำคัญ เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำการทดสอบหลังจากการอัปเดตเพื่อให้แน่ใจว่าการอัปเดตทำงานอย่างเหมาะสมกับส่วนอื่น ของระบบ แผนของโรงพยาบาลสำหรับการหยุดชะงักโดยการฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับขั้นตอนทางเลือก การทดสอบ แผนงานการจัดการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล (ดู FMS.6 **ร่วมด้วย**) มีการดำเนินการที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ ในการสำรองข้อมูล และการทดสอบขั้นตอนการฟื้นฟูข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นองค์กรที่ใช้ระบบกระดาษที่ใช้หรือระบบ อิเล็กทรอนิกส์แผนควรจะมีความถี่ที่ตอบสนองกระบวนการความต่อเนื่องของสารสนเทศรวมทั้งสารสนเทศด้านความรู้ โรงพยาบาลที่วางแผนสำหรับการบำรุงรักษาการเข้าถึงระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์โดยใช้กระบวนการสำรอง

ข้อมูลและการกู้คืนที่แตกต่างกันหลากหลายมีแนวโน้มที่จะได้สัมผัสกับความต่อเนื่องราบรื่นของการดูแลผู้ป่วยและการสูญเสียข้อมูลน้อยที่สุด^{12,13} (ดู MOI.2 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MOI.14

- ☐ 1. โรงพยาบาลจัดทำและบำรุงรักษารวมทั้งการทดสอบแผนงานสำหรับการตอบสนองต่อการหยุดทำงานของระบบข้อมูลตามแผนและที่เกิดขึ้นทันทีอย่างน้อยปีละครั้ง
- ☐ 2. โรงพยาบาลระบุผลกระทบที่น่าจะเป็นในทุกแง่มุมของการดูแลและบริการจากการหยุดทำงานของระบบข้อมูลตามแผนและที่เกิดขึ้นทันที (ดู FMS.6, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. แผนงานครอบคลุมกลยุทธ์ความต่อเนื่องในการให้ความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการให้บริการในช่วงเวลาที่มีการหยุดทำงานของระบบข้อมูลตามแผนและที่เกิดขึ้นทันที (ดู FMS.6, ME 2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. โรงพยาบาลระบุและการดำเนินยุทธวิธีการกู้คืนการหยุดทำงานและ กระบวนการสำรองข้อมูลอย่างต่อเนื่องในการกู้คืนและรักษาข้อมูลและสร้างความมั่นใจในบูรณภาพของข้อมูล
- ☐ 5. บุคลากรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับกลยุทธ์และยุทธวิธีที่ใช้สำหรับการหยุดทำงานของระบบข้อมูลตามแผนและที่เกิดขึ้นทันที

ตอนที่ ๔ มาตรฐานโรงพยาบาล ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา



มาตรฐานการฝึกอบรมวิชาชีพแพทย์ (MPE) และ โครงการวิจัยในมนุษย์ (HRP) สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ การศึกษาทางการแพทย์ ได้รับการพัฒนาและตีพิมพ์ครั้งแรกในปี พ. ศ. 2555 เพื่อให้การยอมรับแหล่งที่เป็น เอกลักษณ์เฉพาะของศูนย์ดังกล่าวในการเป็นตัวแทนการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพและการวิจัยในชุมชน และประเทศของตน มาตรฐานเหล่านี้ยังนำเสนอกรอบสำหรับการรวมการศึกษาทางการแพทย์และการวิจัยใน มนุษย์เข้ากับกิจกรรมด้านคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ หาก ไม่ได้รวมไว้ในกรอบด้านคุณภาพกิจกรรมด้านการศึกษาและการวิจัยมักไม่ได้มีส่วนร่วมในการติดตามและปรับปรุง คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐานดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 บท เนื่องจากการศึกษาด้านการแพทย์และการวิจัยทางคลินิกมีการจัดระบบและ จัดการแยกกันโดยเฉพาะภายในศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ สำหรับโรงพยาบาลทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในส่วน "สรุปนโยบายการรับรองที่สำคัญ" ของเอกสารฉบับนี้ การปฏิบัติตามข้อกำหนดในสองบทดังกล่าว นอกเหนือจากข้อกำหนดอื่น ๆ ที่ระบุไว้ในคู่มือฉบับที่หกนี้ จะทำให้องค์กรได้รับการพิจารณา ได้รับการรับรอง ภายใต้มาตรฐานการรับรอง JCI สำหรับศูนย์การศึกษาทางการแพทย์

องค์กรที่มีคำถามเกี่ยวกับคุณสมบัติในการรับการรับรองจากโรงพยาบาลศูนย์การศึกษาทางการแพทย์ควรติดต่อ สำนักงานกลางการรับรองของ JCI ที่ jciaccreditation@jcrinc.com

การฝึกอบรมวิชาชีพแพทย์ (MPE)

ภาพรวม

การบูรณาการการศึกษาของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้ากับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจะต้องสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล แผนยุทธศาสตร์ การจัดสรรทรัพยากรและโปรแกรมคุณภาพ มาตรฐาน MPE เน้นความปลอดภัยและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมและนักเรียนเป็นส่วนหนึ่งของบริการของโรงพยาบาล องค์กรผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาลและคณะผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการสร้างความมั่นใจว่าการกำกับดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมในการจัดการเรียนการสอนทั้งหมด การสร้างความมั่นใจในประสบการณ์ที่หลากหลายและความหมายสำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องอาศัยปัจจัยหลายประการนอกเหนือไปจากความมุ่งมั่นขององค์กรผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้มีหน้าที่ของโรงพยาบาล

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมและนักศึกษา

- ได้รับการนิเทศที่มุ่งเน้นไปที่องค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เข้าใจและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ และ
- มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล

ผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้มีหน้าที่ของโรงพยาบาล

- สร้างกระบวนการในการกำหนดทิศทางและความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโปรแกรมการเรียนการสอนของโรงพยาบาล
- มีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการเรียนการสอนโดยอาศัยสารสนเทศที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูลที่ทันเวลา และ
- กำหนดกระบวนการพัฒนาในโปรแกรมการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีโอกาสพัฒนาเกิดขึ้น

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย, ระเบียบปฏิบัติ, แผนงาน หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านั้นจะมีการระบุสัญลักษณ์ **P** หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

- MPE.1** องค์กรผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาลและคณะผู้มีหน้าที่ของโรงพยาบาลอนุมัติและเฝ้าติดตามการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในแพทยศาสตรศึกษา
- MPE.2** บุคลากรทางคลินิกของโรงพยาบาล ประชากรผู้ป่วย เทคโนโลยีและอาคารสถานที่สอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการฝึกอบรม
- MPE.3** มีการระบบบุคลากรที่ทำการสอนทางคลินิกและกำหนดบทบาทและความสัมพันธ์ของบุคลากรแต่ละคน

- กับสถาบันการศึกษา
- MPE.4** โรงพยาบาลเข้าใจและจัดให้มีความถี่และความเข้มข้นในการกำกับนิเทศทางการแพทย์ (medical supervision) สำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละประเภทและระดับ (P)
- MPE.5** การศึกษาด้านการแพทย์ที่จัดให้ในโรงพยาบาลมีการประสานงานและบริหารจัดการโดยกลไกการปฏิบัติงานและโครงสร้างการจัดการที่กำหนดไว้
- MPE.6** นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมดของโรงพยาบาล และการดูแลที่ให้ทั้งหมดอยู่ภายใต้พารามิเตอร์คุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล (P)
- MPE.7** นอกเหนือจากพารามิเตอร์ของหลักสูตรการศึกษาของตน ผู้รับการฝึกอบรมทางการแพทย์ที่ให้การดูแลหรือบริการภายในโรงพยาบาล ได้รับอนุญาตให้บริการเหล่านั้นผ่านกระบวนการเก็บรวบรวมและตรวจสอบหลักฐานคุณสมบัติ สิทธิการรักษา ข้อกำหนดเฉพาะงาน หรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น

มาตรฐาน เจตจำนง และ องค์ประกอบที่วัดได้

มาตรฐาน MPE.1

องค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการของโรงพยาบาลและคณะผู้นำของโรงพยาบาลอนุมัติและเฝ้าติดตามการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลในแพทยศาสตร์ศึกษา

เจตจำนงของ MPE.1

การบูรณาการการศึกษาของ *นักศึกษาแพทย์* และผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้ากับการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลต้องอาศัยความมุ่งมั่นอย่างมากทั้งเวลา พลังงาน และทรัพยากร *ผู้เข้ารับการฝึกอบรม* ประกอบด้วยแพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด การตัดสินใจเกี่ยวกับการบูรณาการการศึกษาและการปฏิบัติงานทำได้ดีที่สุดในระดับการตัดสินใจสูงสุดของโรงพยาบาล เมื่อการตัดสินใจให้การศึกษาด้านการแพทย์เกี่ยวข้องกับเครือข่ายหรือกลุ่มขององค์กร องค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการได้รับแจ้งอย่างเต็มรูปแบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์และการะับผิดชอบทั้งหมด ในขณะที่ระดับขององค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการยังต้องรับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับพันธกิจของโรงพยาบาล แผนกลยุทธ์ การจัดสรรทรัพยากรและโครงการด้านคุณภาพ (ดู GLD.1.1 ถึง GLD.1.6 ร่วมด้วย) จำเป็นที่จะต้องทำการตัดสินใจแบบบูรณาการ ตัวอย่างเช่นมีความมุ่งมั่นที่จะฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลและวิธีการแสดงความมุ่งมั่นนี้ให้สาธารณชนและผู้ป่วยในโรงพยาบาลรับทราบ

องค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำของโรงพยาบาลยังต้องมีความรับผิดชอบในการได้รับ การทบทวนและเห็นพ้องกับพารามิเตอร์ของโปรแกรมการศึกษาของโครงการวิชาการที่ให้การสนับสนุน

ชุดของตัววัดที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการศึกษาภายในโรงพยาบาลได้รับการคัดเลือกและรายงานไปยังองค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำโรงพยาบาลเป็นประจำทุกปีเพื่อทบทวนขอบเขตและกิจกรรมของโปรแกรมความสำเร็จตามเป้าหมายของโปรแกรม การปฏิบัติตามกฎระเบียบใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง ปัญหาและความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรในโปรแกรม

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MPE.1

- ☐ 1. การตัดสินใจให้การศึกษาด้านการแพทย์ทำโดยองค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำของโรงพยาบาลสอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาลและได้รับการบันทึกไว้
- ☐ 2. องค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำของโรงพยาบาลได้รับ ทบทวนและยอมรับพารามิเตอร์ของโรงเรียนแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการและการดำเนินการนี้บันทึกเป็นเอกสาร
- ☐ 3. องค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำรับรองชุดของตัววัดเพื่อเฝ้าติดตามและประเมินการดำเนินงานที่ต่อเนื่องของโปรแกรมการศึกษาทางการแพทย์และมีการบันทึกการทบทวนข้อมูลเฝ้าติดตาม
- ☐ 4. องค์คณะผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำทำการทบทวนโปรแกรมการศึกษาด้านการแพทย์ภายในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละครั้งและมีการบันทึกการทบทวน
- ☐ 5. การทบทวนครอบคลุมความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีการให้การดูแลทางคลินิกภายใต้โปรแกรม

มาตรฐาน MPE.2

บุคลากรทางคลินิกของโรงพยาบาล ประชากรผู้ป่วย เทคโนโลยีและอาคารสถานที่สอดคล้องกับ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการฝึกอบรม

เจตจำนงของ MPE.2

การให้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ร่ำรวยและมีความหมายสำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องอาศัยปัจจัยหลายประการนอกเหนือไปจากความมุ่งมั่นขององค์กรผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำของโรงพยาบาล บุคลากรทางคลินิกของโรงพยาบาลต้องมีจำนวนและความชำนาญที่เพียงพอในการพัฒนานักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม ตัวอย่างเช่น จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่สนับสนุนโปรแกรมการศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์เข้าใจความสัมพันธ์กับโปรแกรมการศึกษา

ประชากรผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีจำนวนเพียงพอและจำเป็นต้องสนับสนุนการศึกษาและประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิก นอกจากนี้ยังต้องมีพื้นที่เพียงพอในห้องเรียน การศึกษานอกสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการพักผ่อนรวมถึงทรัพยากรสิ่งพิมพ์และออนไลน์เพื่อสนับสนุนสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรจัดให้มีโอกาสและเวลาในการเรียนรู้และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางคลินิกอย่างเพียงพอ เทคโนโลยีสมัยใหม่ต้องพร้อมใช้งานเพื่อให้สามารถสอนการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพตามหลักฐานทางวิชาการได้

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MPE.2

- ☐ 1. มีหลักฐานว่าบุคลากรทางคลินิกของโรงพยาบาลมีจำนวนเพียงพอและมีการศึกษา การฝึกอบรมและความสามารถในการสนับสนุนและยกระดับการศึกษาของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- ☐ 2. มีหลักฐานว่าประชากรผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีจำนวนและความต้องการทางคลินิกเพียงพอเพื่อสนับสนุนการศึกษาของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- ☐ 3. มีหลักฐานว่าสิ่งอำนวยความสะดวก เทคโนโลยี และ แหล่งข้อมูลอื่น ๆ ของโรงพยาบาลสนับสนุนการศึกษาของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม

มาตรฐาน MPE.3

มีการระบุบุคลากรที่ทำการสอนทางคลินิกและกำหนดบทบาทและความสัมพันธ์ของบุคลากรแต่ละคนกับสถาบันการศึกษา

เจตจำนงของ MPE.3

บุคลากรทางคลินิกที่มีหน้าที่รับผิดชอบการศึกษาและกำกับดูแลนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับการระบุอย่างชัดเจนเพื่อให้ นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมและบุคลากรของโรงพยาบาลอื่น ๆ เข้าใจถึงความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ด้านการศึกษา ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคลากรของโรงพยาบาลมีข้อคิดเห็น ประเด็นห่วงกังวลหรือเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการศึกษาหรือนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม บุคลากร

ดังกล่าวจะเข้าใจว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบในการรับและดำเนินการต่อข้อมูลดังกล่าว

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่สอนทางคลินิกของโรงพยาบาลกับสถาบันการศึกษาที่ให้การสนับสนุนต้องมีความชัดเจน **ตัวอย่างเช่น** เมื่อตำแหน่งทางวิชาการได้รับการจัดให้กับบุคลากรทางคลินิก วิธีการใช้และแสดงความหมายของตำแหน่งที่ได้รับหรือเป็นตำแหน่งเกียรติคุณต่อสาธารณชนต้องชัดเจน

โรงพยาบาลมีรายชื่อของบุคลากรที่สอนทางคลินิกตามตำแหน่งด้านการแพทย์และวิชาการ มีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามข้อกำหนดสำหรับการต่ออายุหรือการเลื่อนตำแหน่งทางวิชาการอีกครั้ง (ดู SQE.9 ถึง SQE.11)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MPE.3

- ☐ 1. มีการระบุบุคลากรที่ทำการสอนทางคลินิกแก่บุคลากรของโรงพยาบาลและมีรายชื่อของบุคลากรที่ทำการสอนทางคลินิกครอบคลุมทั้งตำแหน่งทางวิชาชีพและทางวิชาการ
- ☐ 2. บุคลากรได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับบุคคลเหล่านี้ ความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ของบุคคลดังกล่าว
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีกระบวนการในการเฝ้าติดตามตำแหน่งทางวิชาการและข้อกำหนดสำหรับการต่ออายุหรือการเลื่อนตำแหน่งใหม่และรักษาตำแหน่งดังกล่าวให้ทันสมัยอยู่เสมอ

มาตรฐาน MPE.4

โรงพยาบาลเข้าใจและจัดให้มีการกำกับนิเทศทางการแพทย์ (medical supervision) สำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละประเภทและระดับ **Ⓟ**

เจตจำนงของ MPE.4

การกำกับนิเทศเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมั่นใจว่าโปรแกรมการฝึกอบรมนี้เป็นประสบการณ์การเรียนรู้สำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม ระดับการกำกับนิเทศที่กำหนดต้องสอดคล้องกับระดับการฝึกอบรมที่อยู่ภายในสาขาเฉพาะทางและระดับความสามารถของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม โรงพยาบาลเข้าใจว่าความสามารถของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถสันนิษฐานเอาเองได้และต้องแสดงให้เห็นตั้งแต่เริ่มแรกในโปรแกรมการฝึกอบรม

นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคนเข้าใจกระบวนการกำกับนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) รวมถึงผู้ที่ให้การกำกับนิเทศและความถี่ของการกำกับนิเทศ **ตัวอย่างเช่น** นักศึกษาแพทย์เข้าใจว่าเมื่อใดที่การกำกับนิเทศกระทำโดยแพทย์ประจำบ้านหรือโดยแพทย์เจ้าของไข้หรือโดยคณาจารย์คณะแพทยศาสตร์ นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมยังเข้าใจด้วยว่าเมื่อใดที่การกำกับนิเทศนั้นต้องมีการลงนามในบันทึกและคำสั่งทั้งหมดทุกวัน การลงนามในแผนดูแลและบันทึกความคืบหน้าวันเว้นวัน หรือทำรายการแยกต่างหากในเวชระเบียนของผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันเป็นที่ชัดเจนว่าหลักฐานของการกำกับนิเทศที่ได้รับการบันทึกไว้อย่างไร ครอบคลุมความถี่และตำแหน่งของการบันทึก เพื่อให้แน่ใจว่าประสบการณ์ในการเรียนรู้เป็นรูปแบบเดียวกัน โรงพยาบาลกำหนดและเฝ้าติดตามความคาดหวังที่เป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับกระบวนการให้คำปรึกษา(mentoring)/การกำกับนิเทศ

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MPE.4

- ☐ 1. นโยบายของโรงพยาบาลระบุและจัดให้มีระดับการกำกับนิเทศที่กำหนดไว้ภายในสาขาเฉพาะทางสำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละระดับ
- ☐ 2. ระดับที่จะให้ขึ้นอยู่กับความสามารถที่ได้รับการพิสูจน์ของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- ☐ 3. นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคนเข้าใจระดับ ความถี่และการบันทึกการกำกับนิเทศของตน
- ☐ 4. มีกระบวนการที่เป็นรูปแบบเดียวกันสำหรับการบันทึกการกำกับนิเทศตามที่กำหนดซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล เป้าหมายของโปรแกรมและคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- ☐ 5. โรงพยาบาลจัดทำความคาดหวังในรูปแบบเดียวกันสำหรับบุคลากรทุกคนที่ให้การกำกับนิเทศเพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการส่งผลให้นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีประสบการณ์ที่เป็นรูปแบบเดียวกัน
- ☐ 6. มีการทบทวนการปฏิบัติตามข้อกำหนดและความถี่ในการบันทึกเวชระเบียน

มาตรฐาน MPE.5

การศึกษาด้านการแพทย์ที่จัดให้ในโรงพยาบาลมีการประสานงานและบริหารจัดการโดยกลไกการปฏิบัติงานและโครงสร้างการจัดการที่กำหนดไว้

เจตจำนงของ MPE.5

โปรแกรมการศึกษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลกำหนดโครงสร้างการบริหารที่มีประสิทธิภาพและข้อผูกพันด้านเวลาของบุคลากรในการประสานงานและการปฏิบัติงานประจำวัน จำเป็นต้องมีการจัดทำและเฝ้าติดตามข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ มีรายชื่อนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้งหมดในโรงพยาบาลที่ถูกต้องสำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคนมีเอกสารประกอบด้วย

- a) สถานะการลงทะเบียน
- b) การจำแนกทางวิชาการ
- c) ใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตรรับรองที่กำหนด
- d) รายงานผลการสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- e) การระบุสมรรถนะของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- f) บัญชีที่ทราบได้ ๆ เกี่ยวกับการผ่านกฤษฎีกาตามที่กำหนด และ
- g) บัญชีที่ทราบได้ ๆ ที่อาจมีผลต่อระดับการกำกับนิเทศตามที่กำหนด

เอกสารตามข้อ a) จนถึง g) สำหรับนักศึกษาแพทย์อาจจะมีข้อจำกัดขึ้นอยู่กับสถานะการลงทะเบียนและระดับการฝึกอบรมในปัจจุบัน เมื่อหลักสูตรการศึกษาได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจะมีการพิจารณาว่ากิจกรรมเหล่านี้จะอย่างไรและที่ไหน

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MPE.5

- ☐ 1. โครงสร้างการดำเนินงานสำหรับการศึกษาด้านการแพทย์ในโรงพยาบาลได้รับการพิจารณาและนำเข้ามาอยู่ในการทำงานตามที่กำหนด

- ☐ 2. โครงสร้างการจัดการสำหรับการศึกษาด้านการแพทย์ในโรงพยาบาลได้รับการพิจารณาและนำเข้ามาอยู่ในการทำงานตามที่กำหนด
- ☐ 3. มีรายชื่อนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมในโรงพยาบาลทั้งหมดที่สมบูรณ์และเป็นปัจจุบัน
- ☐ 4. สำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละรายมีเอกสารอย่างน้อย a) จนถึง g) ในเจตจำนง

มาตรฐาน MPE.6

นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติทั้งหมดของโรงพยาบาลและการดูแลที่ให้ทั้งหมดอยู่ภายใต้พารามิเตอร์คุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล (P)

เจตจำนงของ MPE.6

โปรแกรมการฝึกอบรมและนักศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในด้านคุณภาพโดยรวมของการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละคนที่จะได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในหลักสูตรการศึกษาของตน แต่ก็ไม่ค่อยเกิดขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลต้องมีโปรแกรมที่ได้รับการวางแผนไว้และมีเจตนาที่จะแนะนำแนวคิดดังกล่าว สนับสนุนนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้ปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางที่เกี่ยวข้องและรวมเอานักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้ามาในโปรแกรมการเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัยทั้งหมด ตัวอย่างเช่น นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะได้รับการศึกษาเพื่อให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล

นอกจากนี้แนวทางเวชปฏิบัติที่กำหนด ระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการขอเวลานอกก่อนผ่าตัด นโยบายการสั่งยาและกลไกอื่น ๆ เพื่อลดความแปรปรวนในกระบวนการดูแลและลดความเสี่ยงในกระบวนการเหล่านี้ เป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศเบื้องต้น การฝึกอบรมและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่องของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม การปฐมนิเทศสำหรับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมครอบคลุมอย่างน้อย

- a) โปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล (ดู GLD.4, GLD.4.1, GLD.5, GLD.11 และ GLD.11.2 ร่วมด้วย)
- b) โปรแกรมควบคุมการติดเชื้อ (ดู PCI.5 ร่วมด้วย)
- c) โปรแกรมความปลอดภัยด้านยา (ดู MMU.1 ร่วมด้วย)
- d) เป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล
- e) การปฐมนิเทศอื่น ๆ ที่โรงพยาบาลกำหนด รวมทั้งในระดับแผนกและระดับหน่วย (ดู SQE.7 ร่วมด้วย) และ
- f) การศึกษาต่อเนื่องตามที่กำหนด

ผู้ที่ให้การนิเทศกำกับนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องมั่นใจว่านักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมด้านคุณภาพและความปลอดภัยเหล่านี้และรวมอยู่ในกระบวนการเฝ้าติดตาม (ดู MOI.8.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MPE.6

- ☐ 1. นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมทั้งหมดจะได้รับการปฐมนิเทศครอบคลุมอย่างน้อย a) จนถึง

f) ในเจตจำนง

- ☐ 2. นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมถูกรวมมาอยู่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับโปรแกรมเฝ้าติดตามคุณภาพของโรงพยาบาล
- ☐ 3. ผู้กำกับนิเทศนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมสร้างความมั่นใจว่านักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และมีส่วนร่วมในโปรแกรม
- ☐ 4. นักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถแสดงความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมเหล่านี้ได้
- ☐ 5. ผู้กำกับนิเทศนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรมพิจารณาการปฏิบัติตามโปรแกรมเหล่านี้มาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์และผู้เข้ารับการฝึกอบรม

มาตรฐาน MPE.7

นอกเหนือจากพารามิเตอร์ของหลักสูตรการศึกษาของตน ผู้รับการฝึกอบรมทางการแพทย์ที่ให้การดูแลหรือบริการภายในโรงพยาบาล ได้รับอนุญาตให้บริการเหล่านั้นผ่านกระบวนการเก็บรวบรวมและตรวจสอบหลักฐานคุณสมบัติสิทธิการรักษา ข้อกำหนดเฉพาะงาน หรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น

เจตจำนงของ MPE.7

กฎหมายและระเบียบข้อบังคับในหลายประเทศอนุญาตให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถเข้ารับการฝึกในโรงพยาบาลนอกหลักสูตรการศึกษาได้ ตัวอย่างเช่น ผู้เข้ารับการฝึกอบรมอาจให้การดูแลรักษาทางการแพทย์ในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลในตอนเย็นหรือสุดสัปดาห์ หรืออาจทำหน้าที่เป็น "แพทย์ประจำบ้าน" ในช่วงกลางคืน ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละรายจะต้องได้รับการประเมินและได้รับอนุญาตในการให้บริการดังกล่าวผ่านทางกระบวนการที่ได้รับการยอมรับตามปกติสำหรับวิชาชีพดังกล่าวตามที่ได้อธิบายไว้ในมาตรฐานคุณสมบัติและการศึกษาของบุคลากร (SQE) ผลงานของเขาได้รับการประเมินตามที่กำหนดในมาตรฐาน SQE

องค์ประกอบที่วัดได้ของ MPE.7

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดประเภทของผู้รับการฝึกอบรมและสถานการณ์ที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถได้รับการว่าจ้างหรือมีส่วนร่วมกับโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหรือบริการอื่น ๆ
- ☐ 2. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ให้บริการดังกล่าวได้รับอนุญาตผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติและการมอบสิทธิคำบรรยายลักษณะงาน หรือกระบวนการที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ สำหรับบริการที่จัดให้ (ดู SQE.1.1, SQE.9 และ SQE.10 ร่วมด้วย)
- ☐ 3. ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ให้บริการดังกล่าวได้รับการประเมินสำหรับบริการที่จัดให้ (ดู SQE.3, ME 5 และ SQE.11 ร่วมด้วย)

โครงการวิจัยในมนุษย์ (HRP)

ภาพรวม

การวิจัยในมนุษย์เป็นข้อผูกพันที่สำคัญสำหรับโรงพยาบาลที่รวมเข้ากับความมุ่งมั่นในการให้การดูแลอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพสูง องค์ประกอบของความมุ่งมั่นในการทำวิจัยเกี่ยวข้องกับจริยธรรม การสื่อสาร ผู้นำที่รับผิดชอบ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และทรัพยากรทางการเงินและไม่ใช่ทางการเงิน มาตรฐาน HRP กำหนดให้คณะผู้กำกับดูแลกิจการและคณะผู้นำในองค์กรที่ดำเนินการวิจัยในมนุษย์คุ้มครองทุกคนที่เข้าร่วมโครงการตามหลักสากลและระดับชาติ รวมทั้งผู้สนับสนุนและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบข้อบังคับและนโยบายของโรงพยาบาลทั้งหมด

มีกระบวนการในการกำกับดูแลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรของโรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัยและหัวข้อวิจัยทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงว่าใครหรือองค์กรใดเป็นผู้สนับสนุนงานวิจัย ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกคนและครอบครัวจะได้รับทราบเกี่ยวกับการวิจัยที่ต่อเนื่องและสิทธิในการเข้าร่วมหากพวกเขามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย กลุ่มผู้รับการวิจัยหลักได้รับการขอความยินยอมในการเข้าร่วมในโปรโตคอลการวิจัยหลังจากกระบวนการที่กำหนดไว้ให้อธิบายถึงความเสี่ยงและผลประโยชน์ที่เป็นไปได้ (และองค์ประกอบที่กำหนดอื่น ๆ) ได้ดำเนินการโดยผู้ทำการวิจัยหลักหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการ

ผู้ที่ทำวิจัยในองค์กรมีคุณสมบัติตามที่โรงพยาบาลกำหนดและรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งหมดในระบบการบริหารความเสี่ยง/ระบบคุณภาพของโรงพยาบาลได้ทันที

หมายเหตุ ในบางมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำนโยบาย , ระเบียบปฏิบัติ , แผนงาน หรือ เอกสารอื่น ๆ สำหรับกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงเป็นลายลักษณ์อักษร มาตรฐานเหล่านั้นจะมีการระบุสัญลักษณ์ (P) หลังจากข้อความมาตรฐาน

มาตรฐาน

ต่อไปนี้เป็นรายการของมาตรฐานทั้งหมดในหมวดนี้ เป็นการนำเสนอเฉพาะมาตรฐานโดยไม่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเจตจำนงและองค์ประกอบที่วัดได้เพื่อความสะดวกแก่ผู้ใช้ รายละเอียดเพิ่มเติมของมาตรฐานดังกล่าวสามารถดูได้ใน “มาตรฐาน เจตจำนง และองค์ประกอบที่วัดได้” ซึ่งอยู่ในตอนถัดไปของบทนี้

HRP.1 คณะผู้นำของโรงพยาบาลมีภาระรับผิดชอบในการคุ้มครองงานวิจัยในมนุษย์

HRP.1.1 คณะผู้นำของโรงพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดและระเบียบข้อบังคับทางวิชาชีพทั้งหมดและจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพียงพอสำหรับการดำเนินโครงการวิจัยที่มีประสิทธิภาพ

HRP.2 คณะผู้นำในโรงพยาบาลกำหนดขอบเขตของโครงการวิจัย

HRP.3 คณะผู้นำโรงพยาบาลกำหนดข้อกำหนดสำหรับผู้สนับสนุนการวิจัยเพื่อให้มั่นใจในความมุ่งมั่นในการดำเนินการวิจัยอย่างมีจริยธรรม (P)

HRP.3.1 เมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยมีงานและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยมากกว่าหนึ่งอย่างในการให้บริการผ่านคู่สัญญาที่เป็นองค์กรวิจัยเชิงพาณิชย์หรือด้านการศึกษาภายนอก มีการกำหนดภาระ

รับผิดชอบขององค์กรคู่สัญญาด้านการวิจัยภายนอก ไว้อย่างชัดเจน ⑤

HRP.4 คณะผู้นำในโรงพยาบาลสร้างหรือทำสัญญาสำหรับกระบวนการทบทวนเบื้องต้นและต่อเนื่องของการวิจัยในมนุษย์ทั้งหมด ⑤

HRP.5 โรงพยาบาลระบุและจัดการความขัดแย้งทางผลประโยชน์ในการทำวิจัยทำในโรงพยาบาล ⑤

HRP.6 โรงพยาบาลบูรณาการโครงการวิจัยในมนุษย์ไว้ในโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล

HRP.7 โรงพยาบาลจัดตั้งและดำเนินกระบวนการขอความยินยอมที่ยินยอมโดยผู้ป่วยและตัดสินใจอย่างมีข้อมูลและโดยสมัครใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การค้นคว้าทางคลินิกหรือการทดลองทางคลินิก

HRP.7.1 โรงพยาบาลแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีเข้าถึงการวิจัยทางคลินิก การค้นคว้าทางคลินิกหรือการทดลองทางคลินิกรวมถึงการปกป้องสำหรับประชากรที่ล่อแหลมเพื่อลดการบีบบังคับหรือมีอิทธิพลเกินควรที่อาจเกิดขึ้น ⑤

ใช้ภายในเครือข่าย HCG เท่านั้น

มาตรฐาน เจตจำนง และ องค์ประกอบที่วัดได้

มาตรฐาน HRP.1

คณะผู้นำของโรงพยาบาลมีการรับผิดชอบในการคุ้มครองงานวิจัยในมนุษย์

มาตรฐาน HRP.1.1

คณะผู้นำของโรงพยาบาลปฏิบัติตามข้อกำหนดและระเบียบข้อบังคับทางวิชาชีพทั้งหมดและจัดให้มีแหล่งข้อมูลเพียงพอสำหรับการดำเนินโครงการวิจัยที่มีประสิทธิภาพ

เจตจำนงของ HRP.1 และ HRP.1.1

การวิจัยในมนุษย์เป็นความพยายามที่ซับซ้อนและมีนัยสำคัญสำหรับโรงพยาบาล คณะผู้นำโรงพยาบาลตระหนักถึงระดับของความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมส่วนตัวที่จำเป็นต่อการดำเนินการสืบค้นทางวิทยาศาสตร์ในบริบทของการปกป้องผู้ป่วยที่ตนได้ให้คำมั่นในการวินิจฉัยและรักษา

ความมุ่งมั่นของผู้นำภาควิชา / บริการในการวิจัยในมนุษย์ไม่ได้แยกออกจากความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วย โดยความมุ่งมั่นจะบูรณาการอยู่ในทุกระดับ คำนึงถึงหลักจริยธรรม การสื่อสารที่ดี ผู้นำ ของแผนกและบริการที่รับผิดชอบ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ และทรัพยากรทางการเงินและไม่ใช้ทางการเงินเป็นส่วนประกอบของความมุ่งมั่นนี้ หนึ่งในทรัพยากรดังกล่าวมีการประกันค่าสินไหมทดแทนที่เพียงพอเพื่อชดเชยผู้ป่วยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากโครงการวิจัย คณะผู้นำในโรงพยาบาลตระหนักถึงหน้าที่ในการปกป้องผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผู้สนับสนุนงานวิจัย

คณะผู้นำของโรงพยาบาลมีความรู้และปฏิบัติตามแหล่งที่มาของกฎระเบียบและมาตรฐานวิชาชีพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการวิจัยทางคลินิก เช่น จากที่ประชุมระหว่างประเทศเกี่ยวกับการประสานกัน (ICH) / องค์การอนามัยโลก (WHO) การปฏิบัติทางคลินิกที่ดี (GCP) (คู่มือจริยธรรมท้ายบทนี้ และดู GLD.12.1 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.1

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลจัดตั้งและส่งเสริมจรรยาบรรณในวิชาชีพ
- ☐ 2. คณะผู้นำโรงพยาบาลสื่อสารภายในโรงพยาบาลด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับความมุ่งมั่นเพื่อปกป้องผู้เข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์และสนับสนุนหลักจรรยาบรรณในวิชาชีพ
- ☐ 3. คณะผู้นำโรงพยาบาลระบุบุคลากรที่รับผิดชอบในการธำรงรักษาการพัฒนาและการปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติการทำวิจัยในมนุษย์ทั้งหมด
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลถือว่าเป็นความรับผิดชอบในการปกป้องผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงผู้สนับสนุนงานวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.1.1

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลตระหนักและกำหนดกลไกในการปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับและข้อกำหนดทางวิชาชีพทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

- ☐ 2. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลมีกระบวนการในการจัดทำงบประมาณเพื่อจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอเพื่อให้เกิดประสิทธิผลการดำเนินงานของโครงการวิจัย
- ☐ 3. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลจัดให้มีหรือสร้างความมั่นใจว่ามีการประกันค่าสินไหมทดแทนอย่างเพียงพอเพื่อชดเชยผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิกที่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

มาตรฐาน HRP.2

คณะผู้บริหารในโรงพยาบาลกำหนดขอบเขตของโครงการวิจัย

เจตจำนงของ HRP.2

การวิจัยทางการแพทย์ที่กระทำที่โรงพยาบาลแสดงถึงพื้นที่และ / หรือความชำนาญพิเศษทางการแพทย์ที่หลากหลายภายในองค์กรครอบคลุมการวิจัยพื้นฐาน การวิจัยทางคลินิกและการวิจัยการบริการด้านสุขภาพ การวิจัยดังกล่าวอาจรวมถึงการทดลองทางคลินิก การแทรกแซงการรักษา การพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ใหม่ ๆ และการวิจัยผลลัพธ์ ต่างๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการควบคุมและทรัพยากรที่เพียงพอในการสนับสนุนการวิจัยทั้งหมดภายในโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่คณะผู้บริหารจะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับขอบเขตของกิจกรรมการวิจัยรวมถึงประเภทและสถานที่ต่างๆ คณะผู้วิจัยต้องรับผิดชอบในการสร้างความมั่นใจว่าจำนวนบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมมีเพียงพอเพื่อทำหน้าที่เป็นนักวิจัยหลักและสมาชิกทีมวิจัยอื่น ๆ มีเอกสารเกี่ยวกับคุณสมบัติที่กำหนด คณะผู้วิจัยต้องตั้งค่าพารามิเตอร์เมื่อบุคลากรของโรงพยาบาลอาจจะเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมงานวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.2

- ☐ 1. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำหนดขอบเขตของโครงการวิจัย คณะผู้บริหารโรงพยาบาลระบุสถานที่และทรัพยากรที่สนับสนุนโครงการวิจัย
- ☐ 2. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลระบุคุณสมบัติของบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยในฐานะเป็นนักวิจัยหลักหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ของทีมวิจัย
- ☐ 3. มีเอกสารเกี่ยวกับคุณสมบัติของบุคลากรที่ได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย
- ☐ 4. คณะผู้บริหารโรงพยาบาลระบุถึงสถานการณ์ที่บุคลากรสามารถทำหน้าที่เป็นผู้เข้าร่วมงานวิจัย

มาตรฐาน HRP.3

คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำหนดข้อกำหนดสำหรับผู้สนับสนุนการวิจัยเพื่อให้มั่นใจในความมุ่งมั่นในการดำเนินการวิจัยอย่างมีจริยธรรม (P)

เจตจำนงของ HRP.3

ผู้สนับสนุนโปรโตคอลการวิจัยต้องจะมีคุณสมบัติและมีภาระรับผิดชอบ ดังนั้น คณะผู้บริหารโรงพยาบาลต้องมีข้อกำหนดที่ชัดเจนสำหรับผู้สนับสนุนการวิจัยภายในโรงพยาบาล ผู้สนับสนุนงานวิจัยมีความรับผิดชอบในทุกแง่มุมของงานวิจัยเฉพาะครอบคลุม

- การเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของงานวิจัย
- สร้างความมั่นใจว่าระเบียบวิธี และกระบวนการการวิจัยมีจริยธรรม
- โดยใช้ทีมวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมและมีคุณสมบัติแล้ว
- ปกป้องข้อมูลที่สร้างขึ้นในแง่ของความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง
- สร้างความมั่นใจว่าผลลัพธ์และการรายงานมีความถูกต้องทางสถิติ มีจริยธรรมและเป็นกลาง
- ปกป้องความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูลผู้เข้าร่วมงานวิจัย และ
- สร้างความมั่นใจว่าสิ่งจูงใจของผู้ป่วยหรือการวิจัยไม่ทำให้ความสมบูรณ์ของงานวิจัยเสียไป

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.3

- ☐ 1. ข้อกำหนดครอบคลุมว่าผู้ให้การสนับสนุนปฏิบัติตามนโยบายและกระบวนการของโรงพยาบาลสำหรับการเฝ้าติดตามและประเมินคุณภาพ ความปลอดภัยและจริยธรรมของการวิจัย
- ☐ 2. ข้อกำหนดครอบคลุมว่าผู้ให้การสนับสนุนใช้ทีมวิจัยที่ได้รับการอบรมและมีคุณสมบัติเหมาะสมดำเนินการวิจัย
- ☐ 3. ข้อกำหนดครอบคลุมว่าผู้ให้การสนับสนุนปกป้องความเป็นส่วนตัวและความลับของข้อมูลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย (ดู PFR.1.3 และ MOI.2 ร่วมด้วย)
- ☐ 4. ข้อกำหนดครอบคลุมว่าผู้ให้การสนับสนุนสร้างความมั่นใจว่าข้อมูลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและถูกต้อง ตลอดจนผลลัพธ์และการรายงานมีความถูกต้องทางสถิติ มีจริยธรรมและเป็นกลาง
- ☐ 5. ข้อกำหนดครอบคลุมว่าผู้ให้การสนับสนุนที่ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยหรือนักวิจัยมีแรงจูงใจที่อาจส่งผลต่อความสมบูรณ์ของงานวิจัย

มาตรฐาน HRP.3.1

เมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยมีงานและหน้าที่ที่เกี่ยวกับงานวิจัยมากกว่าหนึ่งอย่างในการให้บริการผ่านคู่สัญญาที่เป็นองค์กรวิจัยเชิงพาณิชย์หรือด้านการศึกษาภายนอก มีการกำหนดภาระรับผิดชอบขององค์กรคู่สัญญาด้านการวิจัยภายนอก ไว้อย่างชัดเจน ⑤

เจตจำนงของ HRP.3.1

การวิจัยในมนุษย์มีองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนอาจเลือกที่จะทำสัญญากับองค์กรภายนอกซึ่งมักเรียกกันว่าองค์กรวิจัยคู่สัญญา องค์ประกอบดังกล่าวอาจรวมถึงการสรรหาผู้เข้าร่วมงานวิจัย ดำเนินการวิจัย การจัดการข้อมูล หรือทำหน้าที่เป็นกลไกการทบทวนงานวิจัย โรงพยาบาลและผู้ให้การสนับสนุนเป็นผู้รับผิดชอบในการคัดเลือกองค์กรคู่สัญญาอย่างรอบคอบ การกำหนดขอบเขตและภาระรับผิดชอบอย่างชัดเจนและการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามสัญญา เมื่อระเบียบข้อบังคับเกี่ยวข้องกับหน้าที่ที่ถูกถ่ายโอนจากผู้ให้การสนับสนุนให้กับองค์กรวิจัยคู่สัญญา ผู้ให้การสนับสนุนจะต้องตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนสัญญา

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.3.1

- ☐ 1. โรงพยาบาลกำหนดและดำเนินกระบวนการเพื่อกำหนดกิจกรรมและความรับผิดชอบขององค์กรวิจัยคู่สัญญา

- ☐ 2. หน้าที่และการทำงานที่ถ่ายโอนจากผู้ให้การสนับสนุนไปยังองค์กรวิจัยคู่สัญญาที่มีอยู่ในสัญญาที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- ☐ 3. สัญญาระบุว่าองค์กรวิจัยคู่สัญญาหรือผู้ให้การสนับสนุนเป็นผู้รับผิดชอบการในการเฝ้าติดตามและประเมินคุณภาพ ความปลอดภัยและจริยธรรมของการวิจัย
- ☐ 4. ผู้ให้การสนับสนุนเป็นผู้รับผิดชอบในการเฝ้าติดตามสัญญา

มาตรฐาน HRP.4

คณะผู้นำในโรงพยาบาลสร้างหรือทำสัญญาสำหรับกระบวนการทบทวนเบื้องต้นและต่อเนื่องของการวิจัยในมนุษย์ทั้งหมด (P)

เจตจำนงของ HRP.4

หนึ่งในหน้าที่ที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์คือการทบทวนและการเฝ้าติดตามโดยกลุ่มบุคคลที่เป็นอิสระ ซึ่งโดยปกติจะเรียกว่าคณะกรรมการทบทวนระดับสถาบัน (IRB) คณะกรรมการด้านจริยธรรมหรือการแต่งตั้งที่คล้ายกัน องค์ประกอบ ขอบเขตของความรับผิดชอบและปัจจัยอื่น ๆ อาจอธิบายในกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ กลุ่มดังกล่าวเฝ้าติดตามทุกด้านของโปรโตคอลการวิจัยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการป้องกันและเป็นการวิจัยที่ปลอดภัย หน้าที่ดังกล่าวอาจทำเป็นสัญญากับองค์กรภายนอก เช่น องค์กรวิจัยคู่สัญญา นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ และโครงสร้างของหน้าที่การทบทวนงานวิจัยนี้มีการระบุไว้โดยคณะผู้นำโรงพยาบาลรวมถึงหน้าที่ที่อาจหรือไม่อาจโอนไปยังองค์กรวิจัยคู่สัญญา นอกจากนี้คณะผู้นำโรงพยาบาลยังมีหน้าที่ในการระบุประเภทของงานวิจัยที่ได้รับการยกเว้นจากการทบทวนและการบันทึกกิจกรรมของกลุ่มการทบทวน เอกสารดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญในหน้าที่ของผู้นำในการทบทวนอย่างน้อยปีละครั้งว่าการทำงานของหน้าที่การทบทวนงานวิจัยเป็นอย่างไร

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.4

- ☐ 1. คณะผู้นำโรงพยาบาลระบุและสนับสนุนโครงสร้างและข้อกำหนดในการปฏิบัติงานของหน้าที่การทบทวนงานวิจัย
- ☐ 2. หน้าที่การทบทวนการวิจัยเป็นไปตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง
- ☐ 3. คณะผู้นำโรงพยาบาลระบุข้อกำหนดของหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลที่ให้ไว้ทั้งหมดหรือบางส่วนของหน้าที่การทบทวนงานวิจัย เช่น องค์กรวิจัยคู่สัญญา
- ☐ 4. คณะผู้นำโรงพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ามีการระบุการวิจัยที่ได้รับการยกเว้นจากกระบวนการทบทวนงานวิจัย
- ☐ 5. คณะผู้นำโรงพยาบาลระบุข้อกำหนดสำหรับเอกสารประกอบการทำกิจกรรมของหน้าที่การทบทวนงานวิจัย
- ☐ 6. คณะผู้นำโรงพยาบาลจัดให้มีการทบทวนกระบวนการทบทวนงานวิจัยทั้งหมดอย่างน้อยทุกปี

มาตรฐาน HRP.5

โรงพยาบาลระบุและจัดการความขัดแย้งทางผลประโยชน์ในการทำวิจัยทำในโรงพยาบาล (P)

เจตจำนงของ HRP.5

ความขัดแย้งทางผลประโยชน์สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายแหล่งและในหลายรูปแบบสำหรับผู้สนับสนุนหรือเข้าร่วมในการวิจัยในมนุษย์ ความขัดแย้งอาจเป็นเรื่องทางการเงิน (เช่น การจ่ายเงินสำหรับการรับสมัครผู้เข้าร่วมงานวิจัยบางประเภท) หรือไม่ใช่ทางการเงิน (เช่น การเดินทางไปพบในที่ประชุม) กระบวนการทบทวนงานวิจัยสามารถระบุและถ่ายโอนความขัดแย้งได้หรือโรงพยาบาลสามารถใช้หรือพัฒนากลไกอื่นเพื่อเฝ้าติดตามและถ่ายโอนความขัดแย้งได้ กลไกครอบคลุมการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งและวิธีการจัดการความขัดแย้งที่ประสบความสำเร็จ (ดู GLD.12 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.5

- ☐ 1. โรงพยาบาลระบุข้อกำหนดในการจัดการความขัดแย้งทางผลประโยชน์ทั้งด้านการเงินและไม่ใช่งานการเงิน
- ☐ 2. โรงพยาบาลระบุบุคคล คณะกรรมการและบุคคลอื่นที่เข้ากับข้อกำหนด
- ☐ 3. โรงพยาบาลมีกระบวนการศึกษาและเฝ้าติดตามเพื่อสร้างความมั่นใจว่าเป็นไปตามข้อกำหนด

มาตรฐาน HRP.6

โรงพยาบาลบูรณาการโครงการวิจัยในมนุษย์ไว้ในโปรแกรมคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยของโรงพยาบาล

เจตจำนงของ HRP.6

การวิจัยในมนุษย์อาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการผ่าตัดรูปแบบใหม่ การใส่ยาใหม่หรือการใช้สูตรยาที่มีอยู่ในปัจจุบันแต่ไม่ระบุฉลาก การใช้วิธีการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่มาใช้กับวัยเด็กและหัวข้อรวมทั้งระเบียบวิธีวิจัยอื่น ๆ อีกมากมาย สิ่งสำคัญอันดับแรกคือการรวมกิจกรรมการวิจัยเข้ากับงานประจำในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น กระบวนการสั่งยา การจ่ายยาและการบริหารยาที่กำลังศึกษาวิจัยอยู่ กระบวนการปกติรวมถึงการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านกระบวนการเฝ้าติดตามคุณภาพและความปลอดภัยผู้ป่วย ดังนั้นการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลในโปรโตคอลการวิจัยควรเป็นกลไกการเฝ้าติดตามคุณภาพของโรงพยาบาลเช่นเดียวกับผู้สนับสนุนงานวิจัยหรือองค์กรวิจัยคู่สัญญา

การรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโปรโตคอลการวิจัยสามารถให้ข้อมูลที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญเมื่อใช้ยาสำหรับวัตถุประสงค์ off-label เป็นข้อมูลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล ความสำคัญอย่างเท่าเทียมกันนี้คือการจัดการและกำจัดยาวิจัยทดลองบางชนิด ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการวัสดุอันตราย นอกจากนี้ควรมีการเฝ้าติดตามและบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในกระบวนการทดลองด้วย

ดังนั้นโครงการวิจัยในมนุษย์ทุกแห่งจึงควรได้รับการประเมินตามที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมด้านคุณภาพและความปลอดภัยโรงพยาบาลและจากนั้นกระบวนการรายงานตลอดจนการเฝ้าติดตามผลอย่างต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลควรครอบคลุมโครงการวิจัย ทั้งนี้ยังรวมถึงกรณีที่กิจกรรมวิจัยบางอย่างได้มาจากองค์กรวิจัยคู่สัญญาด้วย (ดู GLD.4 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.6

- ❑ 1. โครงการวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของโรงพยาบาลเพื่อรายงานและดำเนินการต่อเหตุการณ์พึงสังวร เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ประเภทอื่น ๆ และกระบวนการที่จะเรียนรู้จากเหตุการณ์เกือบพลาด (ดู MMU.7.1, QPS.7, QPS.8 และ QPS.9 ร่วมด้วย)
- ❑ 2. โครงการวิจัยรวมอยู่ในโปรแกรมของโรงพยาบาลสำหรับการจัดการวัตถุนตราย การจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์และการจัดการด้านยา (ดู MMU.1; FMS.5 และ FMS.8 ร่วมด้วย)
- ❑ 3. การประเมินผลงานบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รวมไว้ในกระบวนการเฝ้าติดตามขีดสมรรถนะของวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (ดู SQE.11 ร่วมด้วย)

มาตรฐาน HRP.7

โรงพยาบาลจัดตั้งและดำเนินการขอความยินยอมที่ยินยอมโดยผู้ป่วยและตัดสินใจอย่างมีข้อมูลและโดยสมัครใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมในการวิจัยทางคลินิก การค้นคว้าทางคลินิกหรือการทดลองทางคลินิก

มาตรฐาน HRP.7.1

โรงพยาบาลแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีเข้าถึงการวิจัยทางคลินิก การค้นคว้าทางคลินิกหรือการทดลองทางคลินิก รวมถึงการปกป้องสำหรับประชากรที่ล่อแหลมเพื่อลดการบีบบังคับหรือมีอิทธิพลเกินควรที่อาจเกิดขึ้น ⑨

เจตจำนงของ HRP.7 และ HRP.7.1

โรงพยาบาลที่ดำเนินการวิจัยทางคลินิก การค้นคว้าทางคลินิกหรือการทดลองทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรู้ถึงความรับผิดชอบแรกต่อผู้ป่วยคือสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสุขภาพของผู้ป่วย โรงพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการเข้าถึงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

เพื่อช่วยผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมในการวิจัย โรงพยาบาลจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติในการให้ความยินยอมภายหลังได้รับแจ้ง (ดู PFR.5.1 ร่วมด้วย) ด้วยกระบวนการการให้ความยินยอมภายหลังได้รับแจ้งดังกล่าวผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความเข้าใจในการวิจัยและบทบาทของผู้ป่วยในการวิจัยเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจได้โดยอิสระที่เข้าร่วมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้รับในระหว่างขั้นตอนการให้ความยินยอมภายหลังได้รับแจ้งประกอบด้วย

- คำอธิบายของการวิจัย ระยะเวลาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และระเบียบปฏิบัติที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตาม
- ผลประโยชน์ที่คาดหวัง
- ความรู้สึกไม่สะดวกสบายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- วิธีการรักษาและวิธีการอื่น ๆ ที่อาจเป็นประโยชน์
- ขอบเขตการรักษาความลับของเวชระเบียน;
- การชดเชยหรือการรักษาพยาบาลที่มีอยู่หากเกิดการบาดเจ็บ;
- ถ้อยแถลงว่าการเข้าร่วมเป็นความสมัครใจ
- การรับประกันว่าการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการเข้าร่วมจะไม่ส่งผลต่อการดูแลหรือการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล และ
- ผู้ที่สามารถติดต่อได้หากมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย

การป้องกันจะถูกนำมาใช้ผ่านทางหน้าที่การทบทวนงานวิจัยของโรงพยาบาลเพื่อปกป้องผู้ป่วยที่ล่อแหลม ผู้ที่อาจมีความเสี่ยงต่อการบิดเบ่งบังคับหรือมีอิทธิพลอย่างเกินควรให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ป่วยที่ล่อแหลมรวมถึงเด็ก ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ บุคคลที่พิการทางจิต ผู้ที่ด้อยโอกาสในด้านเศรษฐกิจหรือด้านการศึกษาและคนอื่น ๆ ที่มีความสามารถลดลงหรือไม่มีความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลหรือโดยสมัครใจเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย อีกกลุ่มหนึ่งที่ถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่ล่อแหลมคือบุคลากรของโรงพยาบาล บุคลากรอาจรู้สึกกดดันให้เข้าร่วม ตัวอย่างเช่น เมื่อหัวหน้านักวิจัยเป็นหัวหน้างานของพวกเขา

เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยและให้ความยินยอม บุคคลที่ให้ข้อมูลและได้รับความยินยอมจะถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียน บางครั้งโปรโตคอลการวิจัยอาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับผลการวิจัยในช่วงต้น ตัวอย่างเช่น อาจมีการเปลี่ยนแปลงปริมาณยา จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยอีกครั้งภายใต้สถานการณ์เช่นนี้และในทำนองเดียวกัน (ดู PFR.5.2 ร่วมด้วย)

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.7

- ☐ 1. ผู้ป่วยที่ขอให้เข้าร่วมจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับการวิจัย ระยะเวลาของผู้ป่วยในการเข้าร่วม ระเบียบปฏิบัติที่จะต้องปฏิบัติตามและผู้ที่ติดต่อหากมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย.
- ☐ 2. ผู้ป่วยที่ขอให้เข้าร่วมจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดหวัง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและทางเลือกในการรักษาและเหตุการณ์ที่อาจช่วยให้พวกเขา
- ☐ 3. ผู้ป่วยที่ขอให้เข้าร่วมจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับขอบเขตการรักษาความลับของเวชระเบียน
- ☐ 4. ผู้ป่วยที่ขอให้เข้าร่วมจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับการชดเชยหรือการรักษาพยาบาลที่มีให้หากมีอาการบาดเจ็บ
- ☐ 5. ผู้ป่วยที่ขอให้เข้าร่วมจะมั่นใจได้ว่าการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจและการปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวในเวลาใด ๆ จะไม่กระทบการดูแลหรือการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล.
- ☐ 6. โรงพยาบาลจัดทำและดำเนินการวิธีการได้รับความยินยอมสำหรับการเข้าร่วมและบันทึกเป็นเอกสาร และภายใต้เงื่อนไขใดที่จะต้องขอความยินยอมอีกครั้งในระหว่างการวิจัยผ่านหน้าที่การทบทวนการวิจัย

องค์ประกอบที่วัดได้ของ HRP.7.1

- ☐ 1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการระบุและแจ้งเกี่ยวกับวิธีเข้าถึงการวิจัยทางคลินิก, การค้นคว้าทางคลินิก หรือการทดลองทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการรักษาของตน
- ☐ 2. โรงพยาบาลได้จัดทำและดำเนินการมาตรการป้องกันเพื่อคุ้มครองความปลอดภัย สิทธิและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยที่ล่อแหลมครอบคลุมเด็ก ผู้ต้องขัง หญิงตั้งครรภ์ บุคคลที่พิการทางจิตใจ คนที่ ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจหรือการศึกษาและคนอื่น ๆ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการถูกบังคับหรือมีอิทธิพลอย่างไม่เหมาะสม ผ่านหน้าที่การทบทวนงานวิจัย
- ☐ 3. โรงพยาบาลจัดทำและดำเนินการป้องกันเพื่อคุ้มครองความปลอดภัย สิทธิและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากรโรงพยาบาลซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการถูกบิดเบ่งบังคับหรือมีอิทธิพลอย่างไม่เหมาะสม ผ่านหน้าที่การทบทวนงานวิจัย

เชิงอรรถ

ที่ประชุมนานาชาติเรื่องการประสานกัน (ICH) / องค์การอนามัยโลก (WHO) มาตรฐานการปฏิบัติทางคลินิกที่ดี (GCP)

การศึกษาทางคลินิกควรดำเนินการตามที่ประชุมระหว่างประเทศเกี่ยวกับการประสานกัน (ICH) / องค์การอนามัยโลก (WHO) มาตรฐานการปฏิบัติทางคลินิกที่ดี (GCP) เป็นมาตรฐานที่เป็นเอกภาพสำหรับสหภาพยุโรป ญี่ปุ่น และสหรัฐอเมริกา ตลอดจนประเทศออสเตรเลีย แคนาดา ประเทศนอร์ดิค และองค์การอนามัยโลก ดังนั้นประเทศใดก็ตามที่น้อมรับแนวทางนี้ในเชิงเทคนิคถือปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันนี้ ICH เป็นโครงการที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งรวบรวมหน่วยงานด้านกฎระเบียบของยุโรป ญี่ปุ่นและสหรัฐอเมริกาและผู้เชี่ยวชาญจากอุตสาหกรรมเภสัชกรรมใน 3 ภูมิภาคเพื่อหารือเกี่ยวกับด้านวิทยาศาสตร์ และเทคนิคในการลงทะเบียนผลิตภัณฑ์

วัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกันมากขึ้นในการตีความและการใช้หลักเกณฑ์ด้านเทคนิคและข้อกำหนดสำหรับการลงทะเบียนผลิตภัณฑ์เพื่อลดหรือขจัดความต้องการทำการทดสอบซ้ำที่ดำเนินการในระหว่างการวิจัยและพัฒนาใหม่ วัตถุประสงค์ของการประสานกันดังกล่าวคือการให้ทรัพยากรมนุษย์ ลัทธิและวัสดุอย่างประหยัดมากขึ้นและการลดความล่าช้าที่ไม่จำเป็นในการพัฒนาระดับโลกและความพร้อมใช้งานของยาใหม่ในขณะเดียวกันก็รักษาความปลอดภัยต่อคุณภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิภาพ รวมทั้งการปฏิบัติตามข้อบังคับในการปกป้องสุขภาพของประชาชน พันธกิจดังกล่าวรวมอยู่ในข้อกำหนดในการอ้างอิงของ ICH

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับองค์กรวิจัยคู่สัญญา (CROs) ที่ให้บริการการทดลองทางคลินิก ICH-GCP (E6 1.20) กำหนด CRO ว่า "บุคคลหรือองค์กร (เชิงพาณิชย์ วิชาการหรืออื่น ๆ) ทำสัญญาโดยผู้สนับสนุนเพื่อดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากขึ้นในการสนับสนุนของหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการทดลองและการทำงาน. "นอกจากนี้ยังระบุไว้ว่า

- (5.2.1) ผู้สนับสนุนอาจโอนงานและหรือหน้าที่และการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทดลองของผู้สนับสนุนให้กับ CRO แต่ความรับผิดชอบสูงสุดสำหรับคุณภาพและความสมบูรณ์ของข้อมูลการทดลองมักจะอยู่กับผู้สนับสนุน CRO ควรดำเนินการประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ
- (5.2.2) หน้าที่และการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทดลองใด ๆ ที่ถูกถ่ายโอนและทำโดย CRO ควรระบุชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร
- (5.2.3) หน้าที่และการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทดลองใด ๆ ที่ไม่ได้ถ่ายโอนโดยเฉพาะและทำโดย CRO จะถูกเก็บไว้โดยผู้สนับสนุน
- (5.2.4) การอ้างอิงทั้งหมดต่อผู้สนับสนุนในแนวทางนี้จะใช้กับ CRO ตลอดจนส่วนขยายของ CRO ถือว่าได้ทำหน้าที่และการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการทดลองของผู้สนับสนุน