
SPA Part II (Developing)

แนวคิด.....	2
SPA II - 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1).....	3
SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)	14
SPA II - 2.1 การพยาบาล (PFG.1/NUR).....	23
SPA II - 2.2 องค์กรแพทย์ (PFG.2/MED).....	31
SPA II -3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1).....	36
SPA II - 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขภาค (ENV.2)	43
SPA II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3).....	47
SPA II - 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1).....	51
SPA II - 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)	59
SPA II - 4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)	64
SPA II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1).....	68
SPA II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2).....	73
SPA II - 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)	75
SPA II - 6.2 การใช้ยา (MMS.2)	86
SPA II-7A บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (ยังไม่เสร็จสมบูรณ์)	102
SPA II-7C บริการรังสีวิทยาและ Medical Imaging	111
SPA II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1).....	119
SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)	122

แนวคิด

SPA (Standards – Practice – Assessment)

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักขระที่เพิ่มขึ้นคือ “P” “P” คือ practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ๆ โดยใช้วิธีการ “คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย”

SPA เป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีการขยายความมาตรฐานครอบคลุมแนวคิดที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือเรียนรู้ที่ควรเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปีนี้มีการบอกรับข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล พรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดเจนระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)
- สิ่งที่น่าจะเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ รพ.พิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของ รพ. แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วนของ context และ study หรือ learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิด เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

SPA II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ

SPA II - 1.1 ภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพ (RSQ.1)

มีการพัฒนาคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. การสนับสนุนจากผู้นำ

(1) ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ ลำดับความสำคัญ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดหรือทบทวนทิศทางนโยบายในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของ รพ.
 - นโยบาย (policy) เป็นทิศทางทั่วไปขององค์กรเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยซึ่งประกาศโดยผู้บริหาร
 - เป้าประสงค์ (goals) คือข้อความที่กล่าวอย่างกว้างๆ ถึงผลลัพธ์ (ในที่นี้คือผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัย)
 - ลำดับความสำคัญ (priorities) หรือเข็มมุ่ง (Hoshin) คือจุดเน้นที่องค์กรต้องการพัฒนาในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งควรมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม
 - ความคาดหวัง (expectation) ควรมีทั้งเป้า (targets) ของประเด็นที่เป็นลำดับความสำคัญ และความคาดหวังต่อพฤติกรรมของบุคลากรในด้านคุณภาพและความปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในช่วงเวลาปัจจุบัน

(2) ผู้นำระดับสูงสร้างหลักประกันว่าบริการที่จัดให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดความปลอดภัยหรือความด้อยคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ และกำหนดมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
 - การเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาสู่การป้องกัน
 - การเตรียมบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ

- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง
- การเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันเวลาที่
- การดูแลผู้ป่วยในสถานการณหรือหน่วยงานที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ
- หลักประกันว่าผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกัน จะได้รับการรักษาที่จำเป็นเหมือนกัน ไม่ว่าจะได้รับการคุ้มครองด้วยระบบประกันสุขภาพอะไร

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปมาตรการที่เป็นหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัย

(3) ผู้นำทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตามกำกับความพยายามในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
 - การให้การฝึกอบรมและโอกาส
 - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
 - การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา
 - การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
 - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
 - การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ
- ผู้นำทบทวนบทบาทในการติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุป good practice ที่เป็นบทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนา และผลที่เกิดขึ้น

(4) ผู้นำระดับสูงส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมของการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำเน้นให้บุคลากรทำความเข้าใจกับรูปธรรมของการปฏิบัติตาม core values ในเรื่อง customer focus, continuous improvement และ learning ที่ได้จัดทำไว้ตามมาตรฐาน I-1.1ก (1)
- ผู้นำสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจ และติดตามพฤติกรรมของบุคลากรที่สะท้อนวัฒนธรรมทั้งสามประการ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปการสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และการเรียนรู้ รวมทั้งวิธีการติดตามพฤติกรรมของบุคลากร

ข. การเชื่อมโยงและประสานงาน

(1) มีการกำหนดความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่จะใช้ในการทำงานขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนความหมายของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่เข้าใจง่าย และสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจให้ตรงกัน เช่น
 - “คุณภาพ” คือ คุณลักษณะโดยรวมที่แสดงถึงควมมีคุณค่า สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ หรือเหมาะสมกับเป้าหมายที่กำหนด
 - มิติคุณภาพ คือแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพ ซึ่งอาจได้แก่ Accessibility, Acceptability, Appropriateness, Competency, Continuity, Coverage, Effectiveness, Efficiency, Equity, Humanized/Holistic, Responsive / Respect, Safety, Timeliness สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัด การกำหนดประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงานหรือกลุ่มผู้ป่วย
 - “ความเสี่ยง” คือ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ (The probability that an incident will occur)
 - อุบัติการณ์ (incident) คือ เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือ คำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย
 - เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (adverse event) คือ อุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
 - อันตราย (harm) คือ การที่โครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายผิดปกติไป และ/หรือผลเสียที่ตามมา อันตรายครอบคลุมถึงโรค การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และการเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านร่างกาย สังคม หรือจิตใจ
 - sentinel event คือ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงต่อผู้ป่วย ที่ต้องตื่นตัว ใส่ใจ ให้ความสำคัญสูง
 - ความผิดพลาด (error) คือ การกระทำ (ในสิ่งที่ผิด) หรือไม่กระทำ (ในสิ่งที่ถูกหรือที่ควรกระทำ) ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ (AHRQ) อาจจะเป็นในขั้นตอนของการวางแผนหรือการนำแผนไปปฏิบัติ การมิได้ให้การดูแลตามแผนที่วางไว้หรือประยุกต์แผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง (WHO)
 - near miss คือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกัน หรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง (IOM)
 - วัฒนธรรมความปลอดภัย (safety culture) คือคุณลักษณะขององค์กรในด้านความปลอดภัยดังนี้ (1) การรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด (2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือ near miss โดยไม่ต้อง

หวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่าช้าต่าง ๆ
(4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย (AHRQ)

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเข้าใจ การนำไปใช้ประโยชน์ และความต้องการในการกำหนดความหมายของคำสำคัญที่ควรเข้าใจให้ตรงกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปบทเรียนจากความเข้าใจหรือไม่เข้าใจในความหมายของคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความเสี่ยง

(2) โปรแกรมการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ เป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ แล้วหรือไม่ มีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานชัดเจนหรือไม่
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความก้าวหน้าและการบรรลุตามเป้าหมายของแผน และดำเนินการตอบสนองตามเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนกลยุทธ์และเป้าหมายของแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
- สรุปการประเมินความก้าวหน้า การบรรลุเป้าหมาย และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(3) มีการบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล.

ดู II-2.1 ข. (1)

(4) มีโครงสร้างคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับองค์กรเพื่อประสานและช่วยเหลือสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ. มีการกำหนดความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งอย่างน้อยควรประกอบด้วย
 - ทีมในระดับสูงที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพ (ถ้าเป็นไปได้ ควรเป็นทีมเดียวกับคณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์กร และควรรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาผลการดำเนินการทุกวิธี ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือหรือมาตรฐานใด)

- ทีมในระดับกลาง ซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาเฉพาะเรื่อง รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น Clinical Lead Team/Patient Care Team
- หน่วยงานและกลุ่มคนที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล สนับสนุน และจัดการความรู้ ในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนหรือกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) และพัฒนาผลการดำเนินงาน (performance improvement) ของโครงสร้างและตัวบุคคล ทั้งโครงสร้างบริหารปกติ และโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (ต้องไม่ลืมที่จะระบุหน้าที่ของผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับต่อการพัฒนา)
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ และวางแผนปรับปรุง ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
 - ผลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
 - ผลการประเมินประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ
 - การปรับปรุงที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์และประเมินข้างต้น

ค. การทำงานเป็นทีม

(1) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ, ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร, และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพทบทวนและวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการสื่อสารและการแก้ปัญหา
 - ภายในหน่วยงาน / วิชาชีพ
 - ระหว่างหน่วยงาน / วิชาชีพ
 - ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร
 - ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ (อาจครอบคลุมแล้วใน 1-3.2)
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำโอกาสพัฒนาที่พบไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การปรับปรุงการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

(2) บุคลากรร่วมมือกันให้บริการและดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพสูง โดยตระหนักในความรับผิดชอบของวิชาชีพต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ทีมในงานปกติประจำ).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วย ประเมินความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมในงานประจำ เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
 - กิจกรรมประจำวันทั่วไป เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม) การใช้ข้อมูลของแต่ละวิชาชีพ การให้ข้อเสนอแนะและระบุความต้องการของตนแก่เพื่อนร่วมงาน
 - นำอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาทบทวนเพื่อปรับปรุงแนวทางการทำงานร่วมกัน
- หัวหน้าหน่วยงานออกแบบระบบงานหรือกิจกรรมการทำงานที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม เช่น การจัดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ การกำหนดข้อบังคับที่ต้องมีการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ฯลฯ
- ศูนย์คุณภาพจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ

(3) องค์กรส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย ทั้งทีมที่รวมตัวกันเองและทีมที่ได้รับมอบหมาย, ทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน / สหสาขาวิชาชีพ, ทีมทางด้านคลินิกและด้านอื่นๆ (ทีมพัฒนาคุณภาพ).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานและทีมนำระดับกลางร่วมกันประเมินการก่อตัวและการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพต่างๆ
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่รวมตัวกันเอง (เช่น กลุ่ม QC/CQI) จากความต้องการแก้ปัญหาที่พบในงานของตนเอง
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพตามประเด็นสำคัญของหน่วยงาน (จากการวิเคราะห์ service profile)
 - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นตามการเชิญขององค์กรหรือการชี้แนะของทีมนำระดับต่างๆ (ซึ่งมักจะมีลักษณะเป็นทีมคร่อมสายงาน)
- ประเด็นที่ควรประเมินได้แก่
 - ความสามารถในการจัดให้มีทีมพัฒนาคุณภาพให้มีสมดุลระหว่างจำนวนเรื่องที่ต้องมีการพัฒนาและกำลังคนที่มีอยู่
 - การเลือกประเด็นที่สำคัญมาดำเนินการพัฒนาคุณภาพ
 - ความตื่นตัว ความต่อเนื่อง ความตั้งใจ ในการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งระบบและบรรยากาศที่สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
 - ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เพียงใด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำมาขยายผลอย่างไร
- ทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกับปรับปรุงการส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพ (เช่น การวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและการทำวิจัยร่วมกัน การจัดลำดับความสำคัญ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนต่างๆ การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินคุณค่าของผลงาน)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและปรับปรุงการส่งเสริมการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ

(4) องค์กรจัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมที่รับผิดชอบระบบงานสำคัญขององค์กร (ทีมกำกับดูแลภาพรวม).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำระดับสูงกำหนดให้มีการประเมินทีมคร่อมสายงาน/ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง (ทีมนำระดับกลาง) ในประเด็นต่อไปนี้
 - ความเหมาะสมของการมีทีมต่างๆ ในภาพรวม (เทียบกับบริบทขององค์กร)

- ความเหมาะสมขององค์ประกอบของสมาชิกในทีมต่างๆ (รวมถึงการที่สมาชิกแต่ละคนไม่ต้องรับภาระมากเกินไป)
- ช่องทางการสื่อสาร การประสานงาน การรายงาน และการติดตามกำกับ
- ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ
- ทีมนำระดับสูงนำผลการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินงานของทีมดังกล่าว (เช่น การปรับโครงสร้าง การปรับองค์ประกอบของทีม การกำหนดบทบาทหน้าที่และวิธีทำงานให้ชัดเจนขึ้น การปรับปรุงช่องทางการสื่อสารและการรายงาน การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและปรับปรุงการทำงานของทีมนำระดับกลางที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง

ง. การประเมินตนเอง

(1) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ศึกษา คัดเลือก พัฒนา เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ และนำไปส่งเสริมให้มีการใช้อย่างเหมาะสม
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินผลด้วยวิธีการเชิงคุณภาพซึ่งสามารถทำได้ง่ายและรวดเร็วอย่างกว้างขวาง เช่น การประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ความสำเร็จ ความรู้สึก ของการ การนำมาตรฐานไปปฏิบัติ หรือการพัฒนาคุณภาพด้วยเครื่องมือต่างๆ
 - ส่งเสริมให้มีการประเมินอย่างเป็นระบบ (systematic evaluation) สำหรับระบบงานที่สำคัญ (รวมทั้งระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ) เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและเป้าหมายให้ชัดเจน และประเมินการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น
 - ส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐาน HA/HPH ไปทำวิจัยในลักษณะ mini-research เพื่อรับรู้ระดับการปฏิบัติ ปัญหา ความพยายามในการแก้ปัญหา ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้น (ไม่จำเป็นต้องครบทุกหัวข้อตามนี้)
 - ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเต็มรูปแบบในเรื่องที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าวิธีการปฏิบัติเช่นใดเป็นวิธีการที่ให้ผลดีกว่กัน เน้นการทำวิจัยเพื่อนำคำตอบมาใช้มากกว่าการสร้างผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของการใช้เทคนิคประเมินผลต่างๆ และวิธีการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้มากขึ้น

(2) มีการประเมินผลโดยเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร / หน่วยงาน ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากลตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนดสิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบสำหรับการประเมินตนเอง เช่น
 - ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ทั้งในภาพรวม และเฉพาะกลุ่ม
 - เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร
 - มาตรฐานโรงพยาบาล ข้อกำหนดของวิชาชีพ กฎระเบียบของส่วนราชการ
 - ตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่มีให้เทียบได้

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาสิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบในหน้าที่รับผิดชอบของตน และดำเนินการประเมินผลเปรียบเทียบ

สิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบ	วิธีการ/ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม	ทีมงานผู้ป่วยสัมพันธ์วิเคราะห์ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ, วิเคราะห์การยอมรับได้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ระยะเวลา รอคอยในจุดต่างๆ
ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยเฉพาะจุดบริการ	หน่วยงานหรือทีมนำทางคลินิกวิเคราะห์การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในจุดที่เป็นความต้องการเฉพาะสำหรับบริการนั้น
เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร	ทีมงานที่รับผิดชอบกลยุทธ์และระบบงานสำคัญ ประเมินการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง (ควรจะได้ทำตามมาตรฐาน I-2 และ I-4 แล้ว)
มาตรฐานโรงพยาบาล	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้มาตรฐานเพื่อการตามรอยหรือการทำ mini-research
ข้อกำหนดของวิชาชีพ/CPG	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ gap analysis เพื่อวิเคราะห์ข้อแตกต่างระหว่างข้อกำหนดของวิชาชีพหรือข้อแนะนำบนพื้นฐานของ evidence กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง และวางแผนปรับปรุง
กฎระเบียบของส่วนราชการ	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ gap analysis
ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากล	ทีมนำทางคลินิกเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ หรือแสวงหาตัวชี้วัดที่นิยมใช้กัน แพร่หลายมาเปรียบเทียบกับผลงานของตน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของการเปรียบเทียบที่นำมาใช้ในการประเมินผล การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

(3) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและแบบประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจหรือตรวจสอบภายใน การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาและจัดให้มีกิจกรรมประเมินตนเองในรูปแบบต่างๆ โดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมการประเมินตนเองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง **มากกว่า** การจัดทำเพียงรูปแบบ หรือจัดทำเพื่อให้มีเอกสารไว้แสดง
 - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในบรรยากาศที่สบายๆ เป็นกันเอง เช่น ใช้เวทีสุนทรียสนทนา, การจัดกลุ่มชุมชนนักปฏิบัติ (CoP) โดยส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางและสม่ำเสมอ เน้นการดึงความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) หรือความรู้เชิงปฏิบัติออกมาแลกเปลี่ยนกันและเก็บบันทึกเพื่อใช้ประโยชน์ต่ออย่างเหมาะสม
 - การใช้ service profile เพื่อทำความเข้าใจเป้าหมายและกระบวนการทำงานของหน่วยงาน, วางแผน กำหนดเป้าหมายและติดตามการพัฒนา, บันทึกความก้าวหน้าในการพัฒนา, เรียนรู้ประเด็นสำคัญภายในทีมงาน, แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน
 - การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) เพื่อประเมินคุณภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีความสำคัญ โดยเน้นการเข้าไปดูในสถานการณ์จริง รวบรวมสิ่งดีๆ ไว้เผยแพร่และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง (ดู II-1.2)
 - การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย (self enquiry ของมาตรฐานตอนที่ III)
 - การเยี่ยมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ รับรู้บทเรียนและปัญหาการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ หรือการเยี่ยมสำรวจภายในด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร ผ่อนคลาย
 - ฯลฯ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของวิธีการประเมินตนเองที่นำมาใช้ การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ (RSQ.2)

มีระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ ของโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในลักษณะบูรณาการ.

ก. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย

(1) มีการประสานงานและประสานความร่วมมือที่ดีระหว่างระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงต่างๆ, รวมทั้งการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น ระบบบริหารอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม, ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ, ระบบบริการอาชีวอนามัย, ระบบยา, ระบบสารสนเทศ, ระบบพัฒนาบุคลากร, ระบบรายงานอุบัติการณ์, ระบบการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ, ระบบผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์, ระบบเวชระเบียน, ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกันอย่างไร
 - ข้อมูลของระบบหนึ่งจะนำไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับระบบอื่นๆ ได้อย่างไร เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบการพัฒนาบุคลากร ระบบการนิเทศงาน ฯลฯ ได้อย่างไร
 - วิเคราะห์ว่าระบบใดเป็นผู้รับผลงานของระบบที่เรารับผิดชอบ รับผิดชอบต่อความต้องการและดำเนินการตอบสนองความต้องการของระบบที่เป็นผู้รับผลงานของเราหรือทำงานต่อจากเรา
 - การวางแผนดำเนินการของระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง มีอะไรบ้างที่สามารถทำร่วมกันได้ เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริง การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง การจัดทำคู่มือ การฝึกอบรม การรายงาน การติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - การบูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน
 - การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบที่เหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นต่อไปนี้
 - ข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ในภาพรวมของโรงพยาบาล ซึ่งควรจะต้องมีความชัดเจนในวิธีการประมวลผลจากหน่วยย่อยมาสู่ภาพรวมเป็นลำดับขั้น ควรสามารถแสดงข้อมูลแนวโน้มตามลำดับเวลา (trend) และการจำแนกข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดที่จะดำเนินการปรับปรุงได้
 - การระบุหรือชี้แนะความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และการติดตามความก้าวหน้า

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมของการประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง และการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง

(2) มีการค้นหาความเสี่ยงทางด้านคลินิกและความเสี่ยงทั่วไป ในทุกหน่วยงานและในทุกระดับ จัดลำดับความสำคัญ เพื่อกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยและมาตรการป้องกัน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้
 - เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยงควรมุ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน และการนำไปปฏิบัติ มิใช่เพียงแต่การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง
 - การแบ่งประเภทของความเสี่ยง เป็นเพียงเพื่อให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นและช่วยให้ง่ายต่อการส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ไม่ควรก่อให้เกิดความกังวลว่าจะระบุประเภทของความเสี่ยงได้ถูกต้องหรือไม่
 - ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงอาจจะพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ร่วมกับสถิติอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
 - วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจจะทำได้โดย
 - เรียนรู้จากบทเรียนของผู้อื่น เช่น รายงานจากสื่อมวลชน การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้จากเครือข่าย การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการกับเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือช่องทางอื่นๆ
 - ทบทวนความรู้ทางวิชาการ เช่น การทบทวนวรรณกรรม (รวมทั้ง patient safety guide : SIMPLE)
 - ทบทวนบทเรียนของเราเอง
 - เหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว เช่น รายงานอุบัติการณ์ การทบทวนเวชระเบียน กิจกรรมทบทวนคุณภาพหรือการทบทวนทางคลินิก ตัวชี้วัดต่างๆ บันทึกตรวจราชการ
 - เหตุการณ์ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น เช่น การวิเคราะห์กระบวนการ, การตามรอยทางคลินิก, การวิเคราะห์ FMEA (โอกาสที่จะเกิดปัญหาขึ้นในอนาคตในระบบงานที่ยังไม่ได้นำไปใช้ปฏิบัติ)
 - ตรวจสอบสถานการณ์จริงของเรา เช่น การสำรวจในสถานที่จริง การตามรอยกระบวนการทำงาน การตามรอยทางคลินิก

- นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ
 - บัญชีรายการความเสี่ยง เป็นวิธีที่เรียบง่ายที่สุด
 - Risk matrix เป็นการจำแนกแยกแยะความเสี่ยงตามตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจจะเป็น 2x2, 3x3, 3x4 table
 - การวิเคราะห์ลักษณะ การกระจาย แนวโน้มของความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่างๆ และนำเสนอด้วยแผนภูมิ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง เพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่างๆ ใช้ปฏิบัติ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่างๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารใน รพ.

(3) มีการกำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม สื่อสารและสร้างความตระหนกอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ได้ผล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ (ทั้งระดับหน่วยงานและทีมในระดับกลาง) ดำเนินการเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้
 - กำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม โดยใช้การวิเคราะห์ root cause และใช้แนวคิด human factors engineering มาออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการทำในสิ่งที่ถูกต้อง แนวคิด human factors engineering สามารถนำมาใช้ในการออกแบบต่อไปนี้
 - การเขียนฉลาก
 - การส่งสัญญาณเตือน
 - การนำเสนอข้อมูล
 - แบบบันทึก
 - กระบวนการ/ขั้นตอนการทำงาน
 - ซอฟต์แวร์
 - สถานที่ทำงาน
 - การฝึกอบรม
 - เครื่องช่วยการจำ การคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)
 - นโยบายและระเบียบปฏิบัติ

- สื่อสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
- ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ออกแบบไว้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการออกแบบมาตรการป้องกันของทีมงานและระบบงานต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงใด และมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
- ตัวอย่างมาตรการที่ได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมโดยใช้แนวคิด human factor engineering

(4) มีระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่เหมาะสม. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้เพื่อการประเมินผล ปรับปรุง เรียนรู้ และวางแผน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงออกแบบรายงานอุบัติการณ์ (รวมทั้ง near miss) ที่เหมาะสมกับบริบทของรพ. เช่น
 - ระบบที่รวมศูนย์รายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องมาที่ศูนย์กลาง โดยผ่านการรับรู้ของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ระบบที่กระจายการรายงานอุบัติการณ์ไว้ตามกลุ่มงานต่างๆ มีการประมวลผลที่ระดับกลุ่มงานและรายงานมาที่ศูนย์กลาง รวมทั้งการกำหนดลักษณะอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องรายงานรายละเอียดมาที่ศูนย์กลาง
- การออกแบบรายงานอุบัติการณ์ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ด้วย
 - ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (เช่น อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าหน่วยงานทราบโดยทันที)
 - มีระบบที่ทำให้สามารถติดตามการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ต่างๆ ได้ เช่น การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง (risk register)
 - มีระบบที่จะ feed back ให้ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรายงาน
 - โอกาสในการดักจับหรือตรวจพบอุบัติการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจะนำมาสู่การประมวลผลข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ safety brief คือการพูดคุยกันสั้นๆ ระหว่างปฏิบัติงาน/ส่งเวร, การเขียนบันทึกเหตุการณ์ที่ทีม concern ใส่ในช่องที่ติดไว้บนแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย, กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นต้น

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำระดับกลางต่าง ๆ) วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เช่น ความถี่ แนวโน้ม การจำแนกอุบัติการณ์ตามประเภท การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการ
 - ประเมินผล - ประสิทธิภาพของมาตรการป้องกันต่างๆ
 - ปรับปรุง - นำอุบัติการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาไปออกแบบระบบและกำหนดมาตรการป้องกันเพิ่มเติม
 - เรียนรู้ - นำอุบัติการณ์และมาตรการป้องกันมาสร้างความตระหนักและสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่
 - วางแผน - เพื่อการดำเนินการในระดับกลยุทธ์ของ รพ. เช่น การปรับปรุงปัจจัยระดับองค์กร การปรับปรุงที่ต้องมีการลงทุน การสร้างแรงจูงใจ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และการนำไปใช้

(5) มีการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (root cause) เพื่อค้นหาปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลัง และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ root cause ต่าง ๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น
 - การวิเคราะห์ลำดับขั้นของการเกิดเหตุการณ์ และจุดเปลี่ยนในการกระทำหรือการตัดสินใจที่เป็นไปได้
 - การขอให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์พูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานในขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
 - การตั้งคำถามทำไมซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน
 - การวิเคราะห์โดยใช้กรอบ RCA เต็มรูปแบบ
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA เช่น
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์
 - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม
- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการทำ RCA ที่ผ่านมาเพื่อเรียนรู้ว่าจะทำ RCA ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ได้อย่างไร ได้มีการนำปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังมาพิจารณาเพียงใด เช่น IEC (Information, Education, Communication), ศักยภาพของบุคลากร, ภาระงาน, การนิเทศงาน, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี, การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการทำ RCA ที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานมีความเข้าใจและสามารถใช้ RCA ได้อย่างเหมาะสม

(6) มีการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย อย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้
 - วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
 - ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกัน
 - การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
 - ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ (เทียบกับอุบัติการณ์ทั้งหมดที่ประมวลได้จากวิธีต่าง ๆ)
 - ความสามารถในการป้องกันและลดอุบัติการณ์ รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดขึ้น
 - คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการปรับปรุง
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(1) มีการทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิกและหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ปฏิบัติผสมผสานในงานประจำอย่างเรียบง่าย สม่ำเสมอ ไม่ซ้ำซ้อน ไม่ติดรูปแบบ ได้แก่
 - การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการทบทวนโดยผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนเอง และการทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งควรทำให้อยู่ที่ระดับเท่าที่จะเป็นไปได้
 - การทบทวนเวชระเบียน / การตรวจสอบทางคลินิก / การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งอาจจะใช้ trigger tool เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียน
 - การทบทวนอุบัติการณ์ / ภาวะแทรกซ้อน / การเสียชีวิต โดยควรทำเร็วที่สุด
 - การทบทวนการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ทรัพยากรที่เป็นผลจากการตัดสินใจทางคลินิก เช่น การ investigate, การฉายยา, การทำหัตถการ โดยเลือกโอกาสที่จะลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นได้มากที่สุด
 - การทบทวนความเหมาะสมในการฉายยา (DUR) เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนการใช้ทรัพยากร
 - การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน ส่วนใหญ่ควรเป็นการดำเนินงานในระดับ รพ. แต่อาจมีการพิจารณาคำร้องเรียนในระดับหน่วยงานด้วย
 - การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ อาจเป็นการทบทวนด้วยตนเอง หรือทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
 - การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพิจารณาศักยภาพ และความเหมาะสมในการดูแล ควรทบทวนทุกครั้งที่มีการส่งต่อ
 - การทบทวนการใช้เลือด เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด
 - การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรมีทั้งการทบทวนในระดับภาพรวมของ รพ. โดยคณะกรรมการ IC และทบทวนในระดับหน่วยงานโดยทีมงานของหน่วยงาน
 - การทบทวนตัวชี้วัด แต่ละหน่วยงาน/ทีมงานควรทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/ทีมงาน
- ทีมงานเชื่อมโยงการทบทวนไปสู่การปรับปรุงระบบงานทั้งด้วยวิธีการง่ายๆ และการพัฒนาในรูปแบบโครงการที่ครอบคลุมแง่มุมต่างๆ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย
- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพประเมินความถี่และความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความถี่และความครอบคลุมของการทำกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่าง ๆ
- ตัวอย่างบทเรียนจากการทบทวนที่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการใช้การทบทวนทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก เป็นเป้าหมายที่จะพัฒนา กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพ.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) หรือทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (patient care team) ทำความเข้าใจกับคำว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) ว่าหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ทารกแรกเกิด, ผู้ป่วยวัณโรค, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้รับการผ่าตัดสมอง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกสำคัญที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนา ซึ่งอาจจะมีแนวทางพิจารณา ดังนี้
 - ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงสูง มีค่าใช้จ่ายสูง มีปริมาณมาก มีความหลากหลายในวิธีการรักษา มีผลลัพธ์ที่ยังไม่น่าพอใจ อย่างไม่อย่างหนึ่งหรือรวมกัน
 - ทบทวนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ที่ได้ทำมาแล้ว ด้วยเครื่องมือคุณภาพบางอย่าง เช่น CPG, clinical indicator และเห็นว่าสามารถขยายผลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
 - กลุ่มผู้ป่วยที่ทีมเห็นว่ามีความสำคัญหรือน่าสนใจด้วยเหตุผลอื่นๆ
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม วิเคราะห์ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกมา และกำหนดเป้าหมายการดูแลที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญดังกล่าว โดยพยายามพิจารณาให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบและทุกขั้นตอนของการดูแล (คือขั้นตอนแรกของการตามรอยทางคลินิกนั่นเอง)
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตารางแสดงกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมายการดูแล ตัวชี้วัด ของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายร่วมกันในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ วิทยาลัยร่วม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์ root cause นวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษาฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกขึ้นมาด้วยการตามรอยทางคลินิก
 - ตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนหรือความเสี่ยงในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย
 - ตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำแนวคิดและวิธีการที่ยังไม่ได้ใช้ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ และมีความสมดุลระหว่างแนวคิดต่างๆ
 - สมดุลระหว่างการดูแลแบบองค์รวม (holistic) กับการใช้ความรู้ทางวิชาการ (evidence-based) และเทคโนโลยี
 - สมดุลระหว่างการเรียนรู้จากความบกพร่องของตนเอง (RCA) กับการเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดีของคนอื่น (benchmarking)
 - สมดุลระหว่างการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน (CPG / protocol / CareMap) กับการสร้างนวัตกรรม (innovation)
 - สมดุลระหว่างการพัฒนา competency ของแต่ละคน แต่ละวิชาชีพ กับการทำงานร่วมในลักษณะทีมสหสาขา (multidisciplinary team)
 - ตามรอยระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำระบบดังกล่าวมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
 - ตามรอยผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายที่ท้าทายขึ้นอย่างต่อเนื่อง
 - ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- สรุปผลลัพธ์ของการตามรอยทางคลินิก (clinical tracer) โรคสำคัญของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยไว้ในภาคผนวกของแบบประเมินตนเอง โรคละไม่เกิน 3 หน้า

SPA II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

SPA II - 2.1 การพยาบาล (PFG.1/NUR)

มีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

ก. การบริหารการพยาบาล

(1) ผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านปฏิบัติการพยาบาล และด้านบริหารการพยาบาล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลระดับสูงประเมินความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับ และดำเนินการพัฒนาในส่วนขาด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การพัฒนาความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้นำทีมการพยาบาลในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา

(2) ระบบบริหารการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและปริมาณเพียงพอสำหรับบริการที่องค์กรจัดให้มี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างความมั่นใจในด้านความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการพยาบาลโดย
 - กำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
 - ตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติ สมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน
 - ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับบริการที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่อเนื่อง
- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างความมั่นใจในด้านความเพียงพอของบุคลากรทางการพยาบาลโดย
 - กำหนดอัตรากำลังที่เหมาะสมสำหรับบริการที่ โรงพยาบาลจัดให้มี
 - จัดให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย
 - วิเคราะห์ส่วนขาดของอัตรากำลังในหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยสูง เช่น ER, LR, ICU วางมาตรการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยในหน่วยงานดังกล่าวจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การจัดอัตราค่าลงในภาพรวม ตามตารางใน hospital profile ข้อ 2.3 (4)
- การจัดอัตราค่าลงและการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยงานและบริการที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่อเนื่อง
- มาตรการที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยในหน่วยงานที่มีอัตราค่าลงไม่เพียงพอ

(3) ระบบบริหารการพยาบาลมีโครงสร้างและกลไกที่ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล

- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
- การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
- การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล
- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม
- การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลประยุกต์ใช้แนวคิด Process Management ตามมาตรฐาน I-6 หรือ 3P ในการพัฒนาโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
กำกับดูแลและมาตรฐานและจริยธรรม			
นิเทศ กำกับดูแล			
ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย			
ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล			
ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม			
ควบคุมดูแลผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม			
การจัดการความรู้และการวิจัย			

- ผู้นำทีมพยาบาลทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องการนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) ซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่จะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพ และนำไปประยุกต์ใช้ เช่น
 - เป้าหมายของการนิเทศทางคลินิก: สร้างความมั่นใจในคุณภาพการดูแล, สร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี, พัฒนาทักษะพยาบาล
 - Model ของการนิเทศ
 - พัฒนาการหรือลำดับขั้นในความสามารถของผู้นิเทศ
 - บทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศ: การบริหาร, การประเมินผล, การดูแลผู้ป่วย
 - ทักษะพื้นฐาน:

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปเนื้อหาของ 3P ตามตารางในตัวอย่าง และผลการประเมิน
- รูปแบบการปฏิบัติที่ดีของการนิเทศทางคลินิก

(4) ระบบบริหารการพยาบาลประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการใช้จ่าย การควบคุม การติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมพยาบาลส่งตัวแทนพยาบาลเข้าร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการ เกสซ์กรรมและการบำบัดหรือคณะกรรมการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้จ่าย, คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ, คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัยต่างๆ
- ผู้นำทีมพยาบาลสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลและความคิดเห็นที่ตัวแทนพยาบาลนำเสนอต่อที่ประชุม เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์และครอบคลุมที่สุดที่วิชาชีพมีอยู่ และเป็นความคิดเห็นที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพพยาบาลอย่างแท้จริง รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่ามีการสื่อสารผลสรุปจากที่ประชุมให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลอย่างทั่วถึง
- ผู้นำทีมพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ ที่มีได้เป็นตัวแทนในคณะกรรมการดังกล่าว มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในระบบดังกล่าว ภายใต้กรอบความรับผิดชอบของวิชาชีพ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลในการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในเรื่องการใช้จ่าย การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย

(5) การบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย / วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนกระบวนการและผลลัพธ์ของระบบการบริหารความเสี่ยง การบริหารความปลอดภัย และการบริหารคุณภาพของวิชาชีพพยาบาล ว่ามีจุดแข็งจุดอ่อนอย่างไร ในการที่จะสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร และนำไปดำเนินการปรับปรุง
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาว่ากระบวนการและฐานข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยภายในวิชาชีพพยาบาลกับการพัฒนาในภาพรวมของโรงพยาบาลมีอะไรบ้าง และวางระบบเพื่อไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนและปรับปรุงเพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของวิชาชีพพยาบาลสอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร

(6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล ครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้
 - ความปลอดภัย
 - การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน
 - การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้รับบริการ
 - ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - การเสริมพลัง
 - ความพึงพอใจ
 - ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ออกแบบระบบเพื่อบูรณาการตัวชี้วัดดังกล่าวและกระบวนการเก็บข้อมูล เข้ากับตัวชี้วัดและระบบงานของโรงพยาบาล
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามตัวชี้วัดดังกล่าว นำมาใช้กำหนดประเด็นในการพัฒนา และตั้งเป้าหมายให้มีความท้าทายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ อาจจะมีการเทียบเคียงกับองค์กรอื่นตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- รายงานตัวชี้วัดใน Hospital Profile 2008
- การปรับปรุงที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัดทางการพยาบาล

ข. ปฏิบัติการพยาบาล

(1) พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพสูง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน และเป็นองค์รวม โดยมีการประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ mini – research เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล ในประเด็นดังนี้
 - ความครอบคลุมทั้งกระบวนการพยาบาล การดูแลองค์รวม สอดคล้องสภาวะสุขภาพผู้ป่วย การผสมผสานกับการดูแลต่อเนื่องและการเสริมพลัง ฯลฯ
 - การประสานความร่วมมือและการเชื่อมโยงในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับวิชาชีพอื่น แนวทางการประสานที่ลดการซ้ำซ้อน ปัญหา อุปสรรค
 - ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาล
 - คุณภาพการให้บริการจากการใช้กระบวนการพยาบาล
- ผู้นำทีมพยาบาลนำผลการทำ mini-research ไปใช้เพื่อปรับปรุงการใช้กระบวนการพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการศึกษาและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) พยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ mini-research เรื่องพยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ ในประเด็นดังนี้
 - ความตระหนักของพยาบาลในการพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ ในเรื่องใดบ้าง ประเด็นใดที่สามารถปฏิบัติได้ดี และประเด็นใดที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ และเป็นปัญหาหรืออุปสรรค
 - ความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตามจรรยาบรรณและจริยธรรมวิชาชีพ.
 - ความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย
- ผู้นำทีมพยาบาลสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย
- ผู้นำทีมพยาบาลนำผลการทำ mini-research ไปใช้เพื่อปรับปรุงการให้การพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการศึกษาและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) พยายามให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย เช่น
 - การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อวางแผนทางปฏิบัติในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
 - การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based CNPG ซึ่งเชื่อมโยงกับ CPG ของแพทย์)
 - การทำ gap analysis (ส่วนที่แตกต่างระหว่างข้อมูลจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง) กับโรคที่น่าสนใจทุกโอกาส
 - ส่งเสริมให้มีนำแนวคิด Human Factors Engineering มาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น การใช้แบบบันทึกประกอบ flow chart, การมีข้อความเตือน
 - ส่งเสริมให้มีการตามรอยทางคลินิก (clinical tracing) เพื่อประเมินการปฏิบัติตาม CNPG ที่กำหนดไว้ ร่วมกับประเด็นคุณภาพอื่นๆ
 - ส่งเสริมให้มีการทำ R to R หรือ mini-research เรื่องการให้บริการพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ช่องว่างระหว่างความรู้กับการนำไปใช้, ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาล
- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ mini-research ไปใช้เพื่อปรับปรุงการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปสถานะที่มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล, ประเด็นสำคัญที่นำมาปฏิบัติ และอัตราการปฏิบัติในประเด็นเหล่านั้น (ถ้ามีการติดตาม)
- ผลการศึกษาและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) พยายามให้การดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม ของผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง, โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนหลังจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้รับบริการ / ครอบครัว, เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และสามารถใช้แหล่งทรัพยากรในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ mini – research เรื่องการให้บริการพยาบาล ในประเด็นดังนี้
 - บริการพยาบาลที่จัดให้มีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้รับบริการเพียงใด

- แผนการพยาบาลครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเพียงใด แผนการดูแลในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับแผนการจำหน่ายอย่างไร
- ผู้รับบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ความคุมปัจจัยเสี่ยง และใช้แหล่งทรัพยากรได้เหมาะสมเพียงใด
- ความร่วมมือระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งแนวทางการประสานที่ลดการซ้ำซ้อน
- ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการใช้วางแผนการจำหน่ายของพยาบาล และคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย

- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ mini-research ไปใช้เพื่อปรับปรุงการให้บริการพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการศึกษาและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(5) บันทึกทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ในการสื่อสารการดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลออกแบบระบบการบันทึกทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการรับรู้และตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง
- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ mini – research เรื่องการบันทึกทางการพยาบาล ในประเด็นดังนี้
 - ประโยชน์ต่อการสื่อสารภายในวิชาชีพและกับวิชาชีพอื่น รวมทั้งข้อเสนอแนะ/ความต้องการจากวิชาชีพต่างๆ
 - ประโยชน์ต่อการดูแลต่อเนื่อง ความง่ายในการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
 - ประโยชน์ต่อการประเมินคุณภาพการพยาบาล
 - ประโยชน์ต่อการวิจัย

- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ mini-research ไปใช้เพื่อปรับปรุงบันทึกทางการพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการศึกษาและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

SPA II - 2.2 องค์กรแพทย์ (PFG.2/MED)

มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ รับผิดชอบต่อการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

(1) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง และด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาบทบาทหน้าที่ขององค์กรแพทย์ว่ามีเป้าหมายเพื่อแสดงจุดยืนที่เป็นเอกภาพของสมาชิกเพื่อธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพแพทย์ เป็น มิได้มีเป้าหมายเพื่อทำหน้าที่พิทักษ์ผลประโยชน์ เพื่อต่อรองหรือคานอำนาจกับฝ่ายบริหาร รวมทั้งทำความเข้าใจว่าองค์กรแพทย์ที่ประสบความสำเร็จมีได้อยู่ที่โครงสร้างหรือรูปแบบ แต่อยู่ที่การทำหน้าที่ ดังนั้นเวทีขององค์กรแพทย์ใน โรงพยาบาลที่มีแพทย์อยู่ 2-3 คน อาจจะเป็นการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการระหว่างรับประทานอาหารกลางวันก็ได้
- ทบทวนกิจกรรมที่มีการรวมตัวของแพทย์อยู่แล้ว ใช้เป็นจุดเริ่มในการทำงานขององค์กรแพทย์
- คัดเลือกประเด็นที่มีความหมายและท้าทายต่อความน่าเชื่อถือและไว้วางใจต่อวิชาชีพแพทย์ เชิญชวนสมาชิกร่วมขบคิดเพื่อพัฒนา
- เมื่อสมาชิกเห็นประโยชน์ของการมีจุดยืนร่วมกัน จึงเริ่มก่อตั้งองค์กรแพทย์ที่เป็นทางการ กำหนดเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ โครงสร้าง (พึงระวังว่าโครงสร้างขององค์กรแพทย์มิใช่การเลือกตัวแทนมาทำงานแทนแพทย์ แต่เป็นการเลือกตัวแทนมาเพื่อขับเคลื่อนจุดยืนของสมาชิกแพทย์ทั้งหมด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ลักษณะการก่อตั้ง ลักษณะการทำงาน ความพยายามในการทำหน้าที่ในภาพรวมขององค์กรแพทย์ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ

(2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะและร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้บริหารระดับสูงกำหนดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรแพทย์กับคณะกรรมการบริหาร ว่าประเด็นใดที่ควรให้องค์กรแพทย์มีบทบาทในการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับคณะกรรมการบริหาร
- องค์กรแพทย์ประเมินบทบาทในส่วนนี้เป็นประจำทุกปี และปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเด็นสำคัญที่มีการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ วางแผนร่วมกัน และผลการดำเนินงาน

(3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และมาตรฐานวิชาชีพ มีการติดตามกำกับและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์ร่วมกับ PCT ต่างๆ กำหนดบทบาทในการส่งเสริมการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพให้ชัดเจน (เช่น องค์กรแพทย์เป็นผู้ดูแลในภาพรวม และดูแลในส่วนที่ไม่มี PCT รับผิดชอบชัดเจน)
- องค์กรแพทย์ร่วมกับ PCT ต่างๆ กำหนดแนวทางในการส่งเสริมให้มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น
 - การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อวางแผนทางปฏิบัติในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
 - การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based CPG)
 - การทำ gap analysis (ส่วนที่แตกต่างระหว่างข้อมูลจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง) กับโรคที่น่าสนใจทุกโอกาส
 - ส่งเสริมให้มีนำแนวคิด Human Factors Engineering มาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น การใช้แบบบันทึกประกอบ flow chart, การมีข้อความเตือน
 - ส่งเสริมให้มีการตามรอยทางคลินิก (clinical tracing) เพื่อประเมินการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดไว้ ร่วมกับประเด็นคุณภาพอื่นๆ
 - ส่งเสริมให้มีการทำ R to R หรือ mini-research เรื่องการให้บริการทางการแพทย์บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การประเมินความคุ้มค่าของการใช้เทคโนโลยี, การศึกษาระบาดวิทยาของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ, การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลในกรณีที่มี controversy หรือมีความหลากหลายในวิธีการรักษา
- องค์กรแพทย์ร่วมกับ PCT ต่างๆ วิเคราะห์ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะถูกละเมิดสิทธิ หรือโอกาสที่สมาชิกจะไม่ปฏิบัติตามจริยธรรมวิชาชีพและวางมาตรการป้องกันตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปโรคที่มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตาม PCT ต่างๆ, ประเด็นสำคัญที่นำมาปฏิบัติ และอัตราการปฏิบัติในประเด็นเหล่านั้น (ถ้ามีการติดตาม)

(4) มีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ใช้บริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์กำหนดโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหาต่อไปนี้

- ภายในกลุ่มแพทย์
- ระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่น
- ระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ
- องค์กรแพทย์ประเมินประสิทธิภาพของกลไกการติดต่อสื่อสาร และความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งแสวงหาวิธีการใหม่ๆ ในการทำงานร่วมกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสารและความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา
- ตัวอย่างการจัดการข้อร้องเรียนในองค์กรแพทย์

(5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้ได้อย่างได้ผล:

- การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์
- การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ
- การศึกษาต่อเนื้อหาของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ
- การกำกับดูแลการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- การกำกับดูแลคุณภาพเวชระเบียน
- การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
- การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์ประยุกต์ใช้แนวคิด Process Management ตามมาตรฐาน I-6 หรือ 3P ในการพัฒนาโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการให้ทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์ทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ได้ผล

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์			
การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความชำนาญ			

การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้			
การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ			
การกำกับดูแลการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย			
การกำกับดูแลคุณภาพเวชระเบียน			
การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม			
การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย			
การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมและแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ			

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปเนื้อหาของ 3P ตามตารางในตัวอย่าง และผลการประเมิน

(6) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์มีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดหรือคณะกรรมการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา, คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ, คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัยต่างๆ

- องค์กรแพทย์วางกลไกให้ผู้แทนขององค์กรแพทย์ในคณะกรรมการต่างๆ เป็นจุดเชื่อมต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรแพทย์กับคณะกรรมการดังกล่าว

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทบาทขององค์กรแพทย์และสมาชิกองค์กรแพทย์ในการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในเรื่องการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย

(7) มีข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, ประเด็นทางจริยธรรม / กฎหมาย / สังคม, คุณภาพและความปลอดภัย, การพัฒนาความรู้ความสามารถ, บันทึกลงและการจัดทำเอกสาร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์สนับสนุนให้สมาชิกจัดทำข้อตกลง / แนวทางปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ในประเด็นดังต่อไปนี้: การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม / กฎหมาย / สังคม, คุณภาพและความปลอดภัย, การพัฒนาความรู้ความสามารถ, บันทึกลงและการจัดทำเอกสาร
- องค์กรแพทย์ติดตามการปฏิบัติตามข้อตกลง ข้อคิดเห็นและความรู้สึกของสมาชิก รวมทั้งมองหาโอกาสปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นสำหรับแพทย์และผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการติดตามการปฏิบัติตามข้อตกลง ข้อคิดเห็น และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

SPA II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

SPA II -3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (ENV.1)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ¹

(1) โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคารสถานที่. การออกแบบและการจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยของอาคารเอื้อต่อความปลอดภัย ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- รวบรวมและศึกษาแบบแปลนอาคารสถานที่ รวมทั้งศึกษากฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอาคาร สถานที่ในโรงพยาบาล
- ตรวจสอบและปรับปรุงอาคาร สถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการต่อเติมปรับปรุงอาคาร สถานที่ แบบแปลนจะต้องได้รับการรับรองจากหน่วยงาน/บุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง เช่น วิศวกร ช่างโยธาขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น
- ปรับปรุงออกแบบอาคาร สถานที่และจัดพื้นที่ใช้สอยให้เป็นไปตามมาตรฐาน(ขนาดพื้นที่ จำนวนให้เป็นไปตามมาตรฐาน) เหมาะสมกับการให้บริการตามประเภทของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบโครงสร้างอาคารสถานที่ และสิ่งที่ได้มีการแก้ไขปรับปรุงให้เป็นไปตามกฎหมาย รวมทั้งแผนที่จะปรับปรุงในอนาคต

¹ ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ ในที่นี้ครอบคลุมทั้งความปลอดภัยจากความเสียหายทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม (safety) และความปลอดภัยจากการกระทำของบุคคลที่ไม่ประสงค์ดี (security) เช่น การควบคุมการเข้าไปในพื้นที่ควบคุมซึ่งองค์กรกำหนด การป้องกันการลักพาตัวทารกหรือเด็กเล็ก การป้องกันการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการโจรกรรมทรัพย์สิน

- สถานที่ ความสะดวกต่อการเข้าถึง และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มีการจัดให้เหมาะสมกับการให้บริการตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น

(2) มีผู้ได้รับมอบหมายให้กำกับดูแล² ระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย (อาจเป็นบุคคลเดียวกันหรือหลายคน). มีการติดตามและปรับปรุงระบบงานดังกล่าวในทุกแง่มุม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มอบหมายให้ทีมที่ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้อง/บุคคลทำหน้าที่ในบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย (การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การทดสอบและติดตามกำกับแผนงาน การทบทวนและปรับปรุงแผนงานที่เกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย)
- วางแผนการบริหารจัดการอาคารสถานที่(แผนการตรวจสอบ แผนการบำรุงรักษา แผนปรับปรุง แผนการก่อสร้าง แผนการรักษาความปลอดภัย) กำหนดผู้รับผิดชอบ ติดตามการปฏิบัติตามแผนและนำผลจากการดำเนินการมาปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของโรงพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แผนการบริหารจัดการอาคารสถานที่(แผนการตรวจสอบ แผนการบำรุงรักษา แผนปรับปรุง แผนการก่อสร้าง แผนการรักษาความปลอดภัย) รวมทั้งผลการดำเนินการที่ผ่านมา

(3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุกหกเดือนในพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทำการตรวจสอบพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง และพื้นที่ต่างๆอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปีโดย ทีมผู้รับผิดชอบบริหารอาคารสถานที่และความปลอดภัย หรือทีมช่างของโรงพยาบาล และตรวจสอบโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกในภาพรวมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- นำผลจากการตรวจสอบมาจัดลำดับความสำคัญ และดำเนินการพัฒนาและปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบในรอบปีที่ผ่านมา(สถานที่ สิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัย)และการแก้ไขปรับปรุง

² การกำกับดูแล (oversight) ครอบคลุมการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การทดสอบและติดตามกำกับแผนงาน การทบทวนและปรับปรุงแผนงานปีละ

(4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก จัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่ระบุไว้ ป้องกันการเกิดอันตราย ตอบสนองต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ชำรงไว้ซึ่งสภาพอาคารสถานที่ที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย / ผู้มาเยือน และบุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดให้มีการค้นหาความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุกโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและทีมผู้เกี่ยวข้อง
- ทีมผู้รับผิดชอบวิเคราะห์และกำหนดความเสี่ยงที่สำคัญ กำหนดแนวทางการป้องกันและการแก้ไข กำกับให้มีการดำเนินการตามแนวทางอย่างเคร่งครัด
- วางระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เชื่อมโยงกับระบบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล
- นำรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ และกำหนดแนวทางในการแก้ไขและป้องกันทั้งระบบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบ การปรับปรุงแก้ไขและแผนการปรับปรุงแก้ไขในอนาคต

(5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้รับผิดชอบค้นหาวิเคราะห์สิ่งที่ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล
- จัดอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมเบื้องต้นในสถานที่ทำงาน(เช่น 5 ส. การตรวจสอบสถานที่ สิ่งแวดล้อม การแพร่กระจายเชื้อ เป็นต้น) และอบรมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการตรวจสอบค้นหาความเสี่ยง และการดำเนินการที่จะก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บทบาทหน้าที่ และผลการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในการจัดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงาน

ข. วัสดุและของเสียอันตราย³

³ วัสดุและของเสียอันตราย (hazardous materials and waste) ได้แก่ สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื่อมทั้งของมีคม

(1) องค์กรจัดการต่อวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น, ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการเลือก สัมผัส⁴ จัดเก็บ⁵ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สำรวจและจัดทำรายการวัสดุ/ของเสียอันตรายที่มีใช้อยู่ และที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ เช่น สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื่อมทั้งของมีคม เป็นต้น
- จัดทำแนวทางการใช้ การรวบรวม การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ และการกำจัดวัสดุ/ของเสียอันตราย
- จัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย อุปกรณ์ป้องกัน และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดการหกเลอะเทอะหรือปนเปื้อน
- จัดอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการจัดเก็บที่เหมาะสม โดยมีการแยกสถานที่เป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน
- จัดอบรมและเผยแพร่แนวทางที่กำหนดให้หน่วยงาน/เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ และนำลงสู่การปฏิบัติ
- ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวนอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วัสดุและของเสียอันตรายที่มีอยู่ในโรงพยาบาล อุบัติการณ์หรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากวัสดุและของเสียดังกล่าว

ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน⁶

(1) องค์กรดำเนินการวิเคราะห์ความอ่อนแอต่อการเกิดอันตราย⁷ เพื่อระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปได้และองค์กรต้องเข้าไปมีบทบาทในการให้บริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

⁴ การสัมผัสวัสดุและของเสียอันตราย ควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย อุปกรณ์ป้องกัน และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดการหกเลอะเทอะหรือปนเปื้อน

⁵ การจัดเก็บวัสดุและของเสียอันตราย ควรมีอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการจัดเก็บที่เหมาะสม โดยมีการแยกสถานที่เป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน

⁶ ภาวะฉุกเฉิน (emergency) ได้แก่เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (อาวุธชีวภาพ ตึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่)

⁷ การวิเคราะห์ความอ่อนแอต่อการเกิดอันตราย (hazard vulnerability analysis) คือการระบุภาวะฉุกเฉินที่เป็นไปได้ และผลกระทบที่จะมีต่อการดำเนินงานขององค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งความต้องการบริการจากองค์กร

- วิเคราะห์เหตุการณ์ซึ่งเกิดจากธรรมชาติหรือน้ำมือของมนุษย์ที่มีผลสร้างความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย (พายุ น้ำท่วม แผ่นดินไหว) ทำให้บริการผู้ป่วยต้องหยุดชะงัก (ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ไม่สามารถใช้งานได้) หรือทำให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลัน (อาวุธชีวภาพ ดึกถล่ม อุบัติเหตุหมู่)
- ระบุภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้น และผลกระทบที่จะมีต่อการดำเนินงานขององค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งความต้องการบริการจากโรงพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่โรงพยาบาลมีโอกาสประสบ หรือต้องเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง

(2) องค์กรจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน ครอบคลุมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ⁸, การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน⁹ และนำไปใช้ปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุการณ์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่าง ๆ ได้แก่ วิธีการดำเนินการ วัสดุอุปกรณ์ที่ต้องเตรียม ระบบสื่อสาร ประสานงาน ทีมงานที่และองค์ความรู้ที่จำเป็น และผู้รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและการสร้างศักยภาพเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินแต่ละประเภท รวมทั้งวางแผนการฝึกซ้อม
- จัดทำแผนการดำเนินการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น การจัดระบบสาธารณสุขโรค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น และการรายงาน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆที่เกี่ยวข้อง และมีการจัดทำ

(3) องค์กรดำเนินการฝึกซ้อมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทดสอบการจัดการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดฝึกอบรมและดำเนินการฝึกซ้อมเจ้าหน้าที่ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง

⁸ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ควรระบุกลยุทธ์ กิจกรรม และผู้รับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรและการสร้างศักยภาพเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินแต่ละประเภท

⁹ การดำเนินงานเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ควรครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การแยกผู้ป่วยและการจัดการสิ่งปนเปื้อน กิจกรรมช่วยเหลือเจ้าหน้าที่และครอบครัว การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ระบบสาธารณสุขโรค การรักษาความปลอดภัย การสื่อสาร การเคลื่อนย้าย การจัดเตรียมสถานที่สำรอง การประสานงานกับองค์กรอื่น และการรายงาน

- สรุปผลการฝึกซ้อมและนำผลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแผน รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แผนที่มีการฝึกซ้อม วันที่ฝึกซ้อม หน่วยงานที่ร่วมฝึกซ้อม ผลการฝึกซ้อม และสิ่งที่มีการปรับปรุงแก้ไข

ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย

(1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุม การป้องกัน / การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย¹⁰, การตรวจจับแต่เริ่มแรก, การดับเพลิง, และการเคลื่อนย้าย / ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาล ที่ครอบคลุมการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย การตรวจจับ การดับเพลิง การเคลื่อนย้าย/ขนย้ายคน สิ่งของออกจากอาคาร รวมทั้งการจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์แล้ว
- หน่วยงานมีการจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับหน่วยงาน
- จัดทำแผนสำรวจและค้นหาจุดเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอัคคีภัย หรือยากลำบากในการจัดการเมื่อเกิดอัคคีภัย และปรับปรุงจุดเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดอัคคีภัย หรือยากลำบากในการช่วยเหลือเมื่อเกิดอัคคีภัย
- จัดเตรียมอุปกรณ์ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน อุปกรณ์ในการแจ้งเหตุไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ ระบบน้ำสำรอง ตามมาตรฐานกำหนด(เช่นถึงดับเพลิงทุก 200 ตารางเมตรควรมี 1 ถัง หรือห่างกันไม่เกิน 20 เมตร อาคารสูงต้องมีระบบเครื่องยนต์ดับเพลิง ระบบอัดอากาศ เป็นต้น)และอุปกรณ์ผจญเพลิงอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับพื้นที่
- จัดทำแผนผังเส้นทางหนีไฟ การติดตั้งป้ายบอกทางหนีไฟที่ชัดเจนตามมาตรฐานครอบคลุมทั่วทั้งโรงพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ¹¹. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา, ประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ, ประเมินประสิทธิภาพของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย, และประเมินความรู้ของบุคลากร¹² จากการฝึกซ้อม.

¹⁰ การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย รวมถึงการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย, การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย

¹¹ การฝึกซ้อมแผนอัคคีภัย บุคลากรทุกคนควรเข้าร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างน้อยปีละครั้ง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบค้นหาความเสี่ยง และวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อพบเหตุการณ์เพลิงไหม้ การบำรุงรักษาและการใช้อุปกรณ์ในการแจ้งเตือน อุปกรณ์ในการป้องกันระงับอัคคีภัย การกำหนดประเภทของสิ่งของที่ต้องเคลื่อนย้าย และวิธีการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง
- จัดการประเมินความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการป้องกันและระงับอัคคีภัย เช่น วิธีการแจ้งเหตุ, การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย, การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง
- วางแผนการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย การจัดเก็บและลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย
- ทำการฝึกซ้อมการป้องกันและระงับอัคคีภัยโดยบุคลากรทุกคนควรเข้าร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สถานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย และยากลำบากในการเข้าช่วยเหลือเมื่อเกิดอัคคีภัยรวมทั้งแนวทางในการจัดการ
- ผลการฝึกซ้อมการป้องกันระงับอัคคีภัย ได้แก่วันที่อบรม จำนวนผู้เข้ารับการอบรม วันที่ฝึกซ้อมและจำนวนผู้เข้าร่วมฝึกซ้อม ผลการฝึกซ้อมและการแก้ไขปัญหา

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย¹³ อย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการวางแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) เครื่องยนต์ดับเพลิง อุปกรณ์ผจญเพลิง
- มีการตรวจสอบตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด มีปรับปรุงระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมให้มีความพร้อมใช้
- มีการรายงานผลการตรวจสอบให้ทีมผู้รับผิดชอบทราบตามระยะเวลาที่ทำการตรวจสอบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ และการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง

¹² การประเมินความรู้ของบุคลากร เช่น วิธีการแจ้งเหตุ, การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย, การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง

¹³ ระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน เครื่องแจ้งสัญญาณไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ) อุปกรณ์ผจญเพลิง

SPA II - 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณสุขปโภค (ENV.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณสุขปโภคที่จำเป็นอยู่ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ. แผนประกอบด้วยกระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ, การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน, การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก, การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด, การให้ความรู้แก่ผู้ใช้, และแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ¹⁴.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มอบหมายให้บุคคลหรือทีมรับผิดชอบในการบริหารจัดการเครื่องมือในภาพรวมของโรงพยาบาล
- กำหนดแนวทางการจัดหา คัดเลือก และวางแผนความต้องการเครื่องมือที่จะนำมาใช้โรงพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการใช้
- กำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่ต้องมีอยู่ในหน่วยงาน (ครอบคลุมเครื่องมือในการช่วยชีวิต และเครื่องมือตามขีดความสามารถหรือตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล)
- เก็บรักษาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบและปลอดภัย สามารถเข้าถึงได้ง่ายในกรณีที่เป็น
- กำหนดแนวทางในการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือ และมีการประเมินตามแนวทางเพื่อนำผลมาใช้ในการวางแผนกำหนดความต้องการเครื่องมือ
- กำหนดแนวทางและมีการทดสอบสมรรถนะ ความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก
- กำหนดแนวทางการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมใช้ วางแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน วางแผนการสอบเทียบอย่างเหมาะสมตามระยะเวลาที่กำหนดในคู่มือหรือจากความจำเป็นระยะเวลาการใช้งาน
- มีการให้ความรู้แก่ผู้ใช้งานเครื่องมือที่ได้รับมาใหม่ และมีการทบทวนความรู้ในการใช้งานเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการใช้งาน หรือเมื่อไม่ได้ใช้งานเครื่องมือนั้นอย่างสม่ำเสมอ
- กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้, การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้งานได้, การจัดระบบสำรองเครื่องมือ, การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือที่ทันที่

¹⁴ แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้, การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้งานได้, การมีเครื่องมือสำรอง, การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือในหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เช่น ER LR OR ICU หน่วยไตเทียม เป็นต้น
- เครื่องมือที่มีโอกาสไม่เพียงพอในการให้บริการของโรงพยาบาล และผลการดำเนินการ/การจัดการเมื่อไม่เพียงพอ
- เครื่องมือที่มีการจัดระบบสำรอง ผลการดำเนินการที่ผ่านมา
- แผนการจัดหาเครื่องมือตามความต้องการของโรงพยาบาล

(2) การจัดเตรียมเครื่องมือที่จำเป็น มีความพร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำในแต่ละหน่วยงาน
- กำหนดลักษณะ/ประเด็นสำคัญของความพร้อมที่ต้องการ และวิธีการตรวจสอบให้เหมาะสมตามประเภทของเครื่องมือ
- หน่วยงานมีการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมใช้ตามระยะเวลาที่กำหนด ลักษณะความพร้อมที่ต้องการและบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้ง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบความพร้อมใช้ที่ผ่านมา ประเด็นปัญหาที่พบจากการเตรียมความพร้อมใช้ทั้งในส่วนปัญหาของเครื่องมือ/อุปกรณ์และปัญหาที่เกี่ยวกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ เช่น ความรู้ ความเข้าใจ เป็นต้น

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือ เช่น อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ เครื่องมือไม่สามารถใช้งาน เครื่องมือชำรุดขณะใช้งาน เครื่องมือไม่พอใช้ การยืมเครื่องมือในระหว่างหน่วยงาน Downtime ค่าใช้จ่ายในการซ่อม เป็นต้น
- ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ประกอบในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเครื่องมือ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาหรือความต้องการเครื่องมือที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีการรวบรวมไว้
- แผนหรือแนวทางในการแก้ไข/ป้องกันปัญหาหรือการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือที่เป็นรูปธรรม

ข. ระบบสาธารณสุขูปโภค¹⁵

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณสุขูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ. แผนประกอบด้วยการจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบในการปฏิบัติงานของระบบ, แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบ, การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด, แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคมีปัญหา¹⁶, การลดปริมาณเชื้อโรคใน cooling tower และระบบน้ำ, ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ¹⁷.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการใช้สาธารณสุขูปโภค(ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สทางการแพทย์และศัลยกรรม ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล)ในภาพรวมของโรงพยาบาล และนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนจัดระบบสาธารณสุขูปโภคที่จำเป็นต้องมีในโรงพยาบาล (ประเภท ปริมาณ)
- จัดทำแผนผังที่ตั้ง รายละเอียดของระบบสาธารณสุขูปโภคทั้งหมดภายในโรงพยาบาล
- จัดทำแนวทางและกำหนดผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบ ทดสอบระบบ บำรุงรักษาตามระยะเวลาที่เหมาะสม(โดยควรดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานของระบบ ข้อมูลทางเทคนิคและข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง)
- ส่งตรวจน้ำในระบบ cooling tower (กรณีที่มีโรงพยาบาลมีระบบ) อย่างน้อย 4 เดือน/ครั้ง น้ำในระบบประปาเพื่อค้นหาการปนเปื้อนของสารเคมี เชื้อโรคต่างๆอย่างสม่ำเสมอ(อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)
- ตรวจวัดการระบายอากาศ ตรวจวัดการปนเปื้อนในอากาศ(ได้แก่ เชื้อโรค แก๊ส คาร์บอน ผุ่น) บริเวณโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- จัดทำแนวทางปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคมีปัญหา ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคขัดข้อง การเตรียมความพร้อมของแหล่งสำรองต่างๆ และการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองดังกล่าว

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการวิเคราะห์และผลการตรวจสอบ แนวทางการจัดการ และผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินการแก้ไขปัญหา

¹⁵ ระบบสาธารณสุขูปโภค ได้แก่ ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบแก๊สทางการแพทย์และศัลยกรรม ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล

¹⁶ แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคมีปัญหา ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเมื่อระบบสาธารณสุขูปโภคขัดข้อง การเตรียมความพร้อมของแหล่งสำรองต่างๆ และการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองดังกล่าว

¹⁷ การปนเปื้อนในอากาศ ได้แก่ เชื้อโรค แก๊ส คาร์บอน ผุ่น

(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด¹⁸ โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดไฟฟ้าสำรองในจุดบริการที่จำเป็น ได้แก่ ระบบเตือนภัย, ไฟทางออก, ป้ายบอกทางออก, ระบบสื่อสารฉุกเฉิน, ที่เก็บเลือด กระจก และเนื้อเยื่อ, ห้องฉุกเฉิน, ลิฟท์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้), เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์, ระบบสัญญาณภาค, จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต, ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ห้องผ่าตัด, ห้องพักฟื้น, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด, ห้องผู้ป่วยหนัก, หอผู้ป่วย
- มีการตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- หน่วยงานที่ต้องมีระบบไฟสำรอง ระยะเวลาที่ระบบไฟจะสำรองได้ อุบัติการณ์/ปัญหา/ข้อขัดข้องที่เคยเกิดขึ้น และการแก้ไขป้องกัน

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค และใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ความไม่เพียงพอ ความไม่พร้อมใช้ การชำรุดในขณะใช้งาน ปริมาณการ Downtime ของระบบ ผลการทดสอบ ผลการบำรุงรักษา ค่าใช้จ่ายในการซ่อม การบำรุงรักษา
- วิเคราะห์ข้อมูลและใช้ประกอบในการพัฒนาระบบสาธารณูปโภค

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการรวบรวมข้อมูล/ปัญหาที่เกี่ยวข้องของระบบสาธารณูปโภคที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา และแผนการพัฒนาและปรับปรุงระบบสาธารณูปโภค

¹⁸ จุดบริการที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าสำรอง ได้แก่ ระบบเตือนภัย, ไฟทางออก, ป้ายบอกทางออก, ระบบสื่อสารฉุกเฉิน, ที่เก็บเลือด กระจก และเนื้อเยื่อ, ห้องฉุกเฉิน, ลิฟท์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้), เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์, ระบบสัญญาณภาค, จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต, ห้องผ่าตัด, ห้องพักฟื้น, ห้องคลอด, หน่วยทารกแรกเกิด

SPA II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ เอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ

(1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจ¹⁹ ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมในการให้บริการที่เหมาะสมกับประเภทของผู้ป่วย(เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ศาสนา การรักษา ความลับและสิทธิผู้ป่วย เป็นต้น) สถานที่ในการให้บริการมีความเป็นส่วนตัว สะอาด เป็นระเบียบ มีกระบวนการเผื่อระวังการแพร่กระจายเชื้อ มีระบบในการควบคุมอุณหภูมิ แสงสว่าง การระบายอากาศที่เหมาะสม
- จัดสถานที่พักผ่อน พักรอในขณะรอตรวจ สถานที่พบปะญาติที่มาเยี่ยม สถานที่ประกอบศาสนกิจ สถานที่ในการออกกำลังกาย สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่น น้ำดื่ม หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์
- จัดทีมให้การต้อนรับและแนะนำให้ความช่วยเหลือในขณะที่มารับการตรวจรักษาภายในโรงพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการจัดสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพทางด้านสังคม จิตใจ ที่ดีสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร.และผลการประเมินความพึงพอใจจากผู้รับบริการ

(2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และประชาชนทั่วไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดสถานที่มุมการเรียนรู้ บอร์ดสื่อความรู้ เอกสารหรือสื่ออื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยจัดให้เหมาะกับสิ่งที่ผู้รับบริการควรจะได้เรียนรู้หรือเพิ่มพูนทักษะจากการมารับบริการของหน่วยงานต่างๆ หรือตามสถานการณ์ในขณะนั้น
- มีการประเมินการเข้าถึง ความสามารถในการสร้างความเข้าใจ การเรียนรู้ แก่ผู้รับบริการโดยสื่อต่างๆที่มีการจัดทำและนำเสนอ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(3) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภคอาหาร / ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบุคคล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

¹⁹ เช่น ความรู้สึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศของโรงพยาบาลเป็นเสมือนบ้านของผู้ป่วย

- จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่หรือผู้ผลิตหรือผู้รับบริการ
- จัดร้านอาหาร ร้านค้าภายในโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
- จัดให้มีร้านค้าหรือจัดให้มีการนำเสนอ/จำหน่ายผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาล ร้านค้าภายในโรงพยาบาลไม่จำหน่ายบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างอาหาร / ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลนำมาส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ และผลการดำเนินการที่ผ่านมา

(4) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดนโยบายการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ กำหนดประเภทของวัสดุครุภัณฑ์ที่ลด/ห้ามใช้ในโรงพยาบาล
- สร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่และสื่อสารให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยได้รับทราบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบายการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ กำหนดประเภทของวัสดุครุภัณฑ์ที่ลด/ห้ามใช้ในโรงพยาบาล และผลการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:

- มีขนาดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล
- มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม
- มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง
- น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาแบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล(ประเภทของการบำบัด ขนาด ความจุ ปริมาณน้ำเข้ามากที่สุด/น้ำออกมากที่สุดในแต่ละวัน การดูแลบำรุงรักษา การตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัด)
- กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียตลอด 24 ชั่วโมง
- ผู้รับผิดชอบต้องได้รับการอบรมในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และต้องได้รับการทบทวนความรู้ความเข้าใจในการดูแลระบบอย่างสม่ำเสมอ

- กำหนดแผนการดูแล บำรุงรักษาระบบ การตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดทั้งการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ (ประจำวัน ประจำสัปดาห์) และการตรวจโดยหน่วยงานภายนอกตามกฎหมาย/มาตรฐานของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง
- กำกับให้มีการดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่องและบันทึกผลการตรวจสอบ เพื่อใช้ในการติดตาม วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาที่อาจจะทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเภท (ขนาด/ความสามารถในการรองรับ)ของระบบบำบัดน้ำเสีย ปริมาณน้ำเสียสูงสุดในแต่ละวัน
- ผู้ดูแลระบบและความรู้ความสามารถ
- ปัญหาและการดำเนินการแก้ไขระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ
- การตรวจสอบคุณภาพน้ำทั้งที่ผ่านการบำบัด และผลการตรวจคุณภาพน้ำทั้งที่ผ่านการบำบัดจากหน่วยงานภายนอก 3 ครั้งสุดท้าย ตามมาตรฐานตามที่หน่วยงานราชการกำหนด

(2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ใหม่ การลดปริมาณการใช้ การแปรรูป และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ปริมาณของเสียที่เกิดจากการให้บริการของโรงพยาบาลโดยรวม กำหนดแนวทางการลดการใช้วัสดุที่จะก่อให้เกิดของเสีย
- ทบทวนและกำหนดวิธีการใช้วัสดุ ครุภัณฑ์ให้คุ้มค่าก่อนทิ้ง เช่น การใช้กระดาษรีไซเคิล การนำน้ำที่ผ่านการบำบัดและมีคุณภาพน้ำทิ้งตามมาตรฐานมาใช้ใหม่
- กำหนดข้อห้าม/ลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.เช่น กล้องโฟม โฟม ถุงพลาสติก การใช้น้ำยา สารเคมี เป็นต้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ของเสียและของใช้/วัสดุวัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อมที่องค์กรต้องการลดปริมาณใช้ และผลการดำเนินการที่ผ่านมา และแผนการดำเนินการในอนาคต

(3) มีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:

- มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ
- มีระบบ / อุปกรณ์ในการแยกรับ / ขนย้าย / จัดที่พัก ขยะทั่วไป / ขยะติดเชื้อ / ขยะอันตราย ที่รัดกุม
- มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
- มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม
- มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสมกับประเภทขยะ (ประเภท สี ขนาด) และจำนวนให้เพียงพอกับปริมาณขยะ

- กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลการจัดการขยะในภาพรวมของโรงพยาบาล ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่อง การเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
- กำหนดแนวทางในการจัดเก็บ ระยะเวลา การขนย้ายขยะ อุปกรณ์ในการขนย้าย เส้นทางในการขนย้ายจากหน่วยงาน และผู้รับผิดชอบในการขนย้าย
- จัดทำสถานที่พักขยะทุกประเภทเพื่อรอการกำจัดให้เป็นไปตามมาตรฐาน ลดโอกาสในการปนเปื้อน ป้องกันสัตว์ แมลง ล้างทำความสะอาดได้ น้ำล้างลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย
- กำจัดขยะให้เหมาะสมกับประเภทของขยะ เป็นไปตามมาตรฐานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การจ้างกำจัดขยะ ทำการคัดเลือกผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้กำจัดขยะ ติดตามดูกระบวนการขนย้าย อุปกรณ์ในการ ขนย้าย การป้องกันตนเองของผู้ขนย้าย วิธีการกำจัดขยะ รวมทั้งผลการตรวจประสิทธิภาพเตาเผาของผู้รับจ้าง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการดำเนินการตามแนวทางการจัดการขยะ ปัญหาข้อขัดข้อง และสิ่งที่มีการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้ เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด
- ผลการดำเนินการเพื่อลดปริมาณขยะประเภทต่างๆ และผลการตรวจสอบผู้รับเหมาช่วง

(4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม, รวมทั้งมีการ ประเมินและฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น/ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม(เช่น ขยะ น้ำเสีย ฝุ่น ละออง) ร่วมกันจัดการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้อง มีการให้ความรู้ การดูแลและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย
- จัดระบบและกำหนดช่องทางในการรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชน ผู้รับเหมาช่วง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการ จัดการของเสีย และนำเสียงสะท้อนมาใช้กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการของเสีย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่างการจัดการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นการร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ
- ผลการรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมขององค์กร รวมทั้งผลการแก้ไขปรับปรุง

SPA II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

SPA II - 4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (IC.1)

ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. การออกแบบระบบ

(1) มีการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมกับขนาดขององค์กร บริการที่จัด และผู้ป่วยที่ให้บริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์บริบทขององค์กร (จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรุนแรงของผู้ป่วย โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น การติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายในสถานพยาบาล)
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันจัดทำหรือทบทวนเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในเรื่อง IC ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร
 - เป้าประสงค์
 - วัตถุประสงค์
 - กลยุทธ์
 - มาตรการ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บริบทขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบ IC
- สรุปเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ในเรื่อง IC

(2) มีการกำหนดการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา (Epidemiological important infections) รวมทั้งตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อ (จากการเฝ้าระวังที่ทำอยู่ จากการทำ prevalence survey ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่)
 - ประเภท / ตำแหน่งของการติดเชื้อ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง

- อุบัติการณ์การติดเชื้อแต่ละประเภท / ตำแหน่ง (เทียบกับฐานที่เหมาะสม เช่น 1,000 วันที่สอดใส่เครื่องมือ และอาจวิเคราะห์จำแนกตามหอผู้ป่วยต่าง ๆ)
- จำนวนผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยาในแต่ละปี
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันพิจารณาการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาตามความหมายของ CDC
 - ลักษณะนิสัยของการแพร่กระจายเชื้อภายในสถานพยาบาลจากรายงานที่มีการตีพิมพ์และการเกิด clusters ที่มีผู้ป่วยมากกว่า 2 รายในพื้นที่หรือช่วงเวลาเดียวกัน, (เช่น C.difficile, norovirus, respiratory syncytial virus (RSV), influenza, rotavirus, Enterobacter spp; Serratia spp., group A streptococcus). การเกิด healthcare-associated invasive disease โดยเชื้อโรคบางตัว (เช่น group A streptococcus post-operatively, in burn units, or in a LTCF; Legionella sp., Aspergillus sp.) เพียงรายเดียวก็ถือว่าเป็น trigger สำหรับการสืบสวนและยกระดับมาตรการควบคุมเนื่องจากความเสี่ยงของที่จะมีจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจากการติดเชื้อเหล่านี้.
 - เชื้อที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ใช้เป็น first-line therapies (เช่น MRSA, VISA, VRSA, VRE, ESBL producing organisms).
 - เชื้อจุลชีพซึ่งมีแบบแผนการดื้อยาที่ไม่ปกติภายในสถานพยาบาล
 - การติดเชื้อที่ยากจะรักษาเนื่องจากดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายกลุ่ม (classes) (เช่น Stenotrophomonas maltophilia, Acinetobacter spp.).
 - มีความเกี่ยวข้องกับโรคที่รุนแรง มี morbidity & mortality สูง (เช่น MRSA & MSSA, group A streptococcus)
 - เชื้อโรคที่อุบัติใหม่หรือกลับเป็นซ้ำใหม่ เช่น ไข้หวัดนก วัณโรค
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันกำหนดการติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม เช่น
 - การแพร่กระจายของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ OPD และพื้นที่ที่ติดเครื่องปรับอากาศ
 - การติดเชื้อแผลฝีเย็บและ CAUTI ใน รพ.ชุมชน
 - การติดเชื้อ VAP, SSI, CAUTI, CA-BSI, MDR ใน รพ.ขนาดใหญ่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งข้อมูลหรือเหตุผลสนับสนุน

(3) ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย การปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ เป็นไปตามข้อกำหนดในกฎหมาย และจัดทำแนวทางปฏิบัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันเลือกสรร scientific evidence (หลักฐานวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลจากการศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์) ที่ update จากแหล่งที่เหมาะสม เช่น CDC, ชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

- นำข้อมูลหลักฐานดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ (ถ้ามีการจัดทำไว้แล้ว) มบทวนแนวทางปฏิบัติให้ทันสมัยกับ evidence
- ทำ gap analysis เพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติกับมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว กำหนดเป้าหมายและแผนการปรับปรุง
- จัดทำแนวทางปฏิบัติงานเท่าที่จำเป็น เพื่อเป็นที่ใช้อ้างอิง ทำความเข้าใจ และธำให้การปรับปรุงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวอย่าง scientific evidence ที่นำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(4) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และผู้มาเยือน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในส่วนที่เป็นพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยและพื้นที่ปฏิบัติงานของบุคลากร
 - พื้นที่ในที่นี่ครอบคลุมโอกาสต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น อาชีวอนามัยของบุคลากร โอกาสเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน
- กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ดังกล่าว
- ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันในพื้นที่ต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ที่สำคัญ และมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดขึ้น
- ผลการตรวจติดตามการปฏิบัติ

(5) กระบวนการควบคุมการติดเชื้อเชื่อมประสานเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยขององค์กรโดยรวม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันผู้รับผิดชอบระบบงานพัฒนาคุณภาพ/ความปลอดภัยของโรงพยาบาล ร่วมกันวางแผนเชื่อมประสานระบบงานทั้งสองเข้าด้วยกัน เช่น
 - การกำหนด Patient Safety Goal ของ รพ. ในเรื่องการติดเชื้อ
 - การกำหนดและ monitor ตัวชี้วัดของระบบ IC ในระดับต่างๆ และประมวลเป็นตัวชี้วัดระดับ รพ.
 - การสนับสนุนวิธีการทำ CQI เพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่เป็นปัญหาของหอผู้ป่วย
 - การทบทวนเวชระเบียนเพื่อวินิจฉัย adverse event ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อใน รพ. แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าติดเชื้อตามเกณฑ์ของ IC
 - การเยี่ยมสำรวจภายใน

○ อื่นๆ

- กำหนดกรอบเวลาของการนำแผนไปปฏิบัติและระบบการติดตามกำกับ
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- สิ่งที่มีการเชื่อมประสานและผลงานที่เกิดขึ้น

(6) มีการประสานกระบวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งได้รับการนำไปปฏิบัติโดยบุคลากรทุกคนทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ และอาจรวมถึงบ้านของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สำคัญที่จะต้องมีการติดตามกำกับในแต่ละหน่วยงาน
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางแผนติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญ และประสานกับ ICN เพื่อปรับปรุงในจุดอ่อนที่พบ
- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วย
 - จัดทำแนวทางการให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค การสวนปัสสาวะด้วยตนเอง หรือการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ที่บ้าน การป้องกันแผลกดทับหรือ aspiration ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
 - สร้างความมั่นใจว่าแนวทางดังกล่าวได้รับการปฏิบัติ
 - ติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- มาตรการสำคัญในหน่วยงานต่างๆ ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติโดยหัวหน้าหน่วยงาน และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. การจัดการและทรัพยากร

(1) มีบุคคลหรือคณะกรรมการได้รับมอบให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงาน กำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน ประสานงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานรวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดหรือทบทวนองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) หรือทีมงานที่ทำหน้าที่ดังกล่าว ว่ามีผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (แพทย์จากกลุ่มงานทางคลินิกที่สำคัญ ฝ่ายการพยาบาล ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เภสัชกรรม ฝ่ายบริหาร) และมีผู้ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อร่วมอยู่ด้วย
- ทบทวนการทำหน้าที่ของคณะกรรมการ IC ถึงบทบาทหน้าที่ที่ประสบความสำเร็จ และบทบาทหน้าที่ที่ยังทำได้น้อย วางแผนที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวให้เข้มข้นขึ้น
 - การกำหนดนโยบายและมาตรการ
 - การวางแผน
 - การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - การติดตามประเมินผล (ควรให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่นี้ให้มาก)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การใช้ความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อในการกำหนดนโยบายและมาตรการ การวางแผน การวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุรูปธรรมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล)
- การตัดสินใจของคณะกรรมการ IC ที่มีความสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา
- การประเมินผลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ และการตอบสนองของคณะกรรมการ IC

(2) มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินงานระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสม ผ่านการศึกษาฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่ามีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่ ICN ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
 - การที่ ICN จะต้องปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลาหรือไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
 - จำนวน ICN ที่ควรมีคือ 1 คนต่อ 200 เตียง

- สนับสนุนให้ ICN ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับที่มีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ ถ้าเป็นไปได้ควรเข้ารับการอบรมในหลักสูตร 4 เดือน (ICN ในโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 90 เตียง อย่างน้อยควรได้รับการอบรมในหลักสูตร 2 สัปดาห์)
- กำหนดบทบาทหน้าที่ของ ICN ให้ชัดเจน และกำหนด performance ที่จะใช้ประเมินความสำเร็จในการทำหน้าที่ บทบาทหน้าที่ของ ICN ควรประกอบด้วย
 - ประสานนโยบาย กลวิธี และกิจกรรมการดำเนินงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย และมาตรการต่างๆ
 - พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในตำแหน่ง IC
 - เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่างๆ ในตำแหน่ง IC
 - เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม รวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังฯ และแปลผลข้อมูล นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ IC
 - ค้นหาการระบาดและสอบสวนการระบาดของ NI
- ICN ควรมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล เช่น การระบาดของเชื้อดื้อยา การป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้ออุบัติใหม่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- จำนวน ICN และการศึกษาอบรมของ ICN แต่ละคน
- จุดเน้นในการทำงานของ ICN แต่ละปี ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

(3) มีทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC วิเคราะห์ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC เช่น PPE, alcohol handrub, antiseptic, ระบบทำให้ปราศจากเชื้อ ห้องแยกโรค ฯลฯ
- ICN ร่วมกับสมาชิกในคณะกรรมการ IC ตรวจสอบหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC ของหน่วยงานต่างๆ วางแผนปรับปรุงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง
- ICN ร่วมกับคณะกรรมการ IC วางแผนการเตรียมสำรองอุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็นให้พร้อม (พิจารณาทั้งจำนวน ขนาด) หากมีการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาล หรือการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่หรือในสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ
- ควรมีการทำ Fit test/fit check ในบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการสวม mask N95

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการสำรวจการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) ระบบสารสนเทศขององค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับทีมสารสนเทศ ตรวจสอบและวิเคราะห์ความต้องการใช้สารสนเทศของผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบ IC เช่น
 - ข้อมูลและความรู้ที่ช่วยให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น นโยบาย, แนวทางปฏิบัติ, scientific evidence และ guideline ต่างๆ
 - การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและการรายงาน
 - การเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยเข้ากับฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
 - ข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในภาพรวมและข้อมูลของส่วนย่อยต่างๆ (ซึ่งจะเอื้อต่อการประมวลผลเป็นตัวชี้วัดที่ผู้ใช้ต้องการ)
- ICN (หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC) ร่วมกับทีมสารสนเทศพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อตอบสนองความต้องการข้างต้น
- ICN (หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC) ร่วมกับทีมสารสนเทศติดตามประเมินการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในระบบ IC

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระบบ IC

(5) บุคลากรได้รับอบรมความรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อ นโยบายขององค์กร และบทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC กำหนด training need ในเรื่อง IC สำหรับบุคลากรประเภทต่างๆ โดยอาศัยปัญหาที่พบจากการปฏิบัติเป็นตัวชี้้นำ และการวิเคราะห์ในมาตรฐาน II-4.1 ก (6) และครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้
 - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำคัญในจุดต่างๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นและเป็นจุดเน้นขององค์กร รวมทั้งข้อมูลจากการเฝ้าระวัง
 - นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร
 - บทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อในส่วนที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบ
- ดำเนินการฝึกอบรมให้ความรู้ตาม training need
- ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานหน่วยงานกลางเป็นพิเศษ
- ประเมินการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และนำปัญหาที่พบมากำหนดรูปแบบการฝึกอบรมใหม่

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน, training need, การฝึกอบรม, การประเมินผล, และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรม

(6) มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ครอบครัว / ชุมชน ถึงวิธีการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน / ชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลที่ควรรู้ และแนวทางการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว/ชุมชน ในวิธีการลดความเสี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน/ชุมชน
 - ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อซึ่งสามารถแพร่กระจายสู่สมาชิกในครัวเรือน หรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดต่อได้
 - ชุมชนทั่วไป
- ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินประสิทธิผลของการให้ข้อมูล เพื่อนำมาปรับปรุงวิธีการให้ข้อมูล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- กลุ่มเป้าหมายสำคัญและแนวทางการให้ข้อมูลได้มีการปรับปรุง

SPA II - 4.2 การป้องกันการติดเชื้อ (IC.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การป้องกันการติดเชื้อ

(1) มีการระบุความเสี่ยงจากการติดเชื้อในหัตถการและกระบวนการต่างๆ และมีการดำเนินการตามกลยุทธ์เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อมุ่งต่อไปนี้:

- การใช้ standard precautions และ isolation precautions
- การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การจัดการ (สัมผัส จัดเก็บ กำจัด) กับสิ่งที่ปนเปื้อนเชื้อโรค
- การส่งเสริมการล้างมือและสุขอนามัยของบุคคล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องขอทบทวนมาตรการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่สำคัญว่าเป็นไปตาม scientific evidence ที่ทันสมัย (ใช้ gap analysis ช่วยตรวจสอบ) มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวเพียงพอ (ใช้แนวคิด human factors engineering) และโครงสร้างทางกายภาพเอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อ
- ICN ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องวิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะมีการติดเชื้อในการทำหัตถการและขั้นตอนหรือกระบวนการทำงานต่างๆ และสร้างความตื่นตัวหรือจัดให้มีข้อความเตือนใจ (reminder) ที่จำเป็นในจุดที่จะเกิดความเสี่ยง
- ใช้ FMEA วิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่จะไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม (เช่น การทำความสะอาดเครื่องมือที่มี lumen)
- ใช้การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอสำหรับมาตรการบางอย่าง เช่น การส่งเสริมการล้างมือ
- ติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญเป็นระยะ ทั้งด้วยการทำ focus group / สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงาน และการสังเกตการทำงาน
 - Standard precaution : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ปฏิบัติครบถ้วนเพียงใด
 - Transmission-based (Isolation) precaution : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ การจัดสถานที่ที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
 - การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ การทำให้ปราศจากเชื้อ : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
 - การส่งเสริมการล้างมือและอนามัยส่วนบุคคล : มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

- การจัดโครงสร้าง การระบายอากาศ และบำรุงรักษาอาคารสถานที่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค
- การจัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ การทำความสะอาด และการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการในเรื่องต่อไปนี้
 - ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในจุดต่างๆ และดำเนินการปรับปรุง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน
 - จัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ (เช่น อ่างล้างมือ, alcohol handrub, ผ้าเช็ดมือ) การทำความสะอาดอาคารสถานที่
 - กำหนดแนวทางการบำรุงรักษาและทำความสะอาดอาคารสถานที่ (รวมทั้งเตียงผู้ป่วย) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค และนำสู่การปฏิบัติ
 - ตรวจสอบโอกาสที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อในระบบระบายอากาศ และดำเนินการปรับปรุง เช่น
 - การควบคุมฝุ่นละอองในอากาศ (โดยเฉพาะระหว่างการก่อสร้าง)
 - การติดตามประสิทธิภาพของการกรองอากาศ
 - การป้องกันการปนเปื้อนทางอากาศ (airborne contamination) ในห้องผ่าตัดเมื่อมีการผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค
 - การติดตามความดันอากาศในห้องที่ใช้ negative airflow หรือ positive airflow
 - ตรวจสอบ endotoxin ในน้ำที่ใช้สำหรับ hemodialysis ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไต
 - การจัดการขยะ (การแยกทิ้งขยะ การจัดการกับขยะมีคม)
 - การควบคุมแมลงและสัตว์
- ICN ดำเนินการเฝ้าระวังการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้, น้ำยาฆ่าเชื้อ, cooling tower ฯลฯ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมิน/ตรวจสอบ และการปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

- (3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ต่อไปนี้: ห้องผ่าตัด, ห้องคลอด, หอผู้ป่วยวิกฤติ, หน่วยซักฟอก, หน่วยจ่ายกลาง, โรงครัว, หน่วยกายภาพบำบัด, ห้องเก็บศพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่างๆ และจัดทำ check list เพื่อใช้ในการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงโครงสร้างในส่วนที่จำเป็น
- ตัวอย่าง check list เพื่อใช้ในการตรวจสอบ
 - ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยซักฟอก
 - การบรรจุถุงผ้าเปื้อนที่จุดใช้งาน
 - การขนส่งผ้าเปื้อนโดยพาหนะที่เหมาะสม
 - การทำความสะอาดพาหนะใส่ผ้าอย่างสม่ำเสมอ
 - การแบ่งโซน
 - การดูแลบริเวณที่รับผ้าเปื้อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนไปยังบริเวณที่สะอาด
 - การแยกผ้าเปื้อนและผ้าสะอาด
 - การรักษาความสะอาด ป้องกันฝุ่นและสิ่งสกปรกระหว่างการเคลื่อนย้ายและรับส่งผ้าสะอาด
 - การป้องกันบุคลากรที่ต้องสัมผัสผ้าเปื้อน
 - การล้างมือหลังจากสัมผัสกับผ้าเปื้อน
 - ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยจ่ายกลาง
 - การมีสถานที่แยกเฉพาะ
 - การมีพื้นที่ทำงานเพียงพอและออกแบบพื้นที่ทำงานเหมาะสม
 - การจราจรแบบเดินทางเดียว
 - การจำกัดบุคคลที่จะเข้ามาในหน่วยงาน
 - การไหลเวียนของอากาศจากบริเวณสะอาดไปสู่บริเวณที่ปนเปื้อน
 - การล้างมือ
 - การดำเนินการทำลายเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อตามมาตรฐาน
 - การติดตามประสิทธิภาพของการเตรียมอุปกรณ์และการทำให้ปราศจากเชื้อ
 - การขนส่งของสะอาด
 - การมีบุคลากรที่เพียงพอและได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสม
 - ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงครัว (สามารถใช้แบบประเมินงานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย)
 - การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการเตรียมอาหารและสุขอนามัยส่วนบุคคล
 - การใช้อุปกรณ์ป้องกัน
 - การจับต้องอาหารที่ยังไม่ได้ปรุง

- การปรุงอาหาร
- การทำความสะอาดบริเวณที่เตรียมอาหาร
- การเก็บอาหาร
- การควบคุมอุณหภูมิที่ใช้ปรุงอาหารและเก็บอาหาร
- การลดการปนเปื้อน, อุณหภูมิที่ใช้ทำความสะอาดภาชนะ
- การทำความสะอาดเครื่องทำน้ำแข็ง
- การล้างมือ
- การจัดการกับเศษอาหาร
- การกำจัดแมลง
- สุขอนามัยของเจ้าหน้าที่
- การสอบสวนโรคเมื่อมีการระบาดของโรกระบบทางเดินอาหาร
- ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยกายภาพบำบัด
 - การทำความสะอาดและทำลายเชื้ออุปกรณ์ธาราบำบัด
 - การล้างมือ
 - การทำความสะอาดอุปกรณ์ออกกำลังกาย
- ห้องเก็บศพ
 - ระบบระบายอากาศ
 - การใช้ PPE ที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่างๆ

(4) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำและการติดเชื้อในกระแสเลือด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกันทบทวนการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร ตาม II-4.1 ก (2)
- มอบหมายให้ทีมรับผิดชอบในการทำ clinical CQI เพื่อลดอัตราการติดเชื้อดังกล่าว (อาจใช้ model ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน) ควรรวมพลังในการพัฒนาเข้าด้วยกันแทนที่จะต่างคนต่างทำในแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อลดความซ้ำซ้อน
- ดำเนินการปรับเปลี่ยนโดยใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง evidence-based practice (ด้วยการทำ gap analysis), การทำ RCA จากอุบัติการณ์ที่พบ, การเรียนรู้ good practice จากที่อื่น, การใช้ human factors engineering เน้นการทดลองหลายๆ เรื่อง และทำหลายๆ รอบ

- ในการใช้ evidence หากมี guideline อยู่แล้ว ควรนำมาใช้ทั้ง bundle คือพัฒนาทุกองค์ประกอบที่มีความสำคัญ (ดูตัวอย่างใน HA Patient Safety Goals: SIMPLE) มิใช่เลือกมาทำเพียงบางประเด็น ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- การปรับเปลี่ยนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (ควรนำเสนอด้วย control chart)

(5) มีนโยบายและวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิตและผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การจัดการกับการติดเชื้อที่ดื้อยาและการติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ระบุกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องดูแลด้วยความระมัดระวังสูงเป็นพิเศษ ที่โรงพยาบาลมีโอกาสรับไว้
 - ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต เช่น HIV, hepatitis B & C
 - ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น HIV, ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด, ผู้ป่วยโรคเลือด
 - ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เช่น MRSA, VRE
 - ผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่อุบัติขึ้นใหม่ เช่น Bird Flu, SARS
- จัดทำแนวทางปฏิบัติและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
- สร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องและซ้อมปฏิบัติเป็นระยะ
- ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เคยเกิดขึ้น ร่วมกับการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่แนวทางดังกล่าวจะไม่ได้รับการปฏิบัติ หรือปฏิบัติแล้วไม่ได้ผล และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ป่วย การซ้อมปฏิบัติ การทำ FMEA และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

SPA II - 4.3 การเฝ้าระวัง ติดตามกำกับ และควบคุมการระบาด (IC.3)

องค์กรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและติดตามกำกับ เพื่อค้นหาและควบคุมการติดเชื้อ และจัดการกับสถานการณ์ที่มีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

ก. การเฝ้าระวังและติดตามกำกับ

(1) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับองค์กรอย่างต่อเนื่อง. องค์กรติดตามความเสี่ยง อัตรา และแนวโน้มของการติดเชื้อในเชิงรุก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ทบทวนวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ และไม่เป็นภาระในการเก็บข้อมูลมากเกินไป
- ข้อเสนอแนะจาก พรพ.
 - ใช้การเฝ้าระวังแบบจำเพาะเจาะจง (priority directed, targeted surveillance) คือเฝ้าระวังการติดเชื้อในตำแหน่งที่เป็นปัญหา และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาในทุกหน่วยงานที่มีโอกาสรับผู้ป่วยดังกล่าว
 - ไม่ต้องรายงานอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยรวมทุกตำแหน่งที่ได้จากการเฝ้าระวังให้ พรพ. ทราบ (ยกเว้นเป็นอัตราที่ได้จากการทำ prevalence survey ใน รพ.ขนาดใหญ่)
 - ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐานซึ่งอ้างอิงจาก CDC หรือชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 - ผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อได้สะดวก ใช้เครื่องมือที่ง่ายต่อการนำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลทุกวิชาชีพพร้อมกันประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยการติดเชื้อ
 - การเฝ้าระวัง SSI ควรเฝ้าระวังตามประเภทของการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ควบคู่ไปกับการรายงานการติดเชื้อเป็นรายกรณีสำหรับการผ่าตัดที่ไม่ได้มีการเฝ้าระวัง
 - ประสานงานกับ OPD ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง OPD สูติรีเวชและศัลยกรรม อาจใช้ IT เข้ามาช่วยในการรายงานและเชื่อมโยงข้อมูล หากสามารถประสานต่อได้ถึงสถานพยาบาลใกล้บ้านได้จะยิ่งเป็นการดี
 - กำหนดเกณฑ์คัดกรองเพื่อให้หน่วยเวชระเบียนเลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสพบการติดเชื้อให้ ICN ทบทวนเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ทั้งที่อยู่ในเป้าหมายการเฝ้าระวังและไม่อยู่ในเป้าหมาย)
 - นำเวชระเบียนที่สงสัยว่าอาจจะมีการติดเชื้อแต่ไม่สามารถวินิจฉัยว่าติดเชื้อได้ตามเกณฑ์ มาทบทวนโดยใช้มุมมองของการเกิด adverse event หากพบว่ามี adverse event ให้ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อาจจะก่อให้เกิด under report ในอัตราการติดเชื้อของ รพ.

- สำหรับ รพ.ชุมชนที่มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำ อาจจะเน้นความสำคัญไปที่การเฝ้าระวังในด้านกระบวนการ
- ICN วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังเพื่อดูแนวโน้มของอัตราการติดเชื้อที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในภาพรวมของโรงพยาบาลและจำแนกตามระดับวิทยา (หน่วยงาน, เวลา, บุคคล-กรณี SSI)
- ทำ point prevalence survey ปีละครั้งใน รพ.ขนาดใหญ่
- เผยแพร่ผลการวิเคราะห์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยทันที (หน่วยดูแลผู้ป่วยควรรับทราบอัตราการติดเชื้อในหน่วยงานของตนเทียบกับหน่วยงานอื่นและของ รพ.ภายใน 1 เดือน)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาล มาตรการต่าง ๆ ที่จะรับทราบโอกาสเกิด under report
- อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งที่มีการเฝ้าระวัง และโอกาสเกิด under report
- ตัวอย่างรายงานที่ส่งให้ผู้เกี่ยวข้องและการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(2) มีการติดตามเฝ้าดูการเกิดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รุนแรง ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC กำหนดแนวทางการรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่รุนแรงหรือมีความสำคัญ แต่ไม่ได้อยู่ในเป้าหมายการเฝ้าระวังในข้อ (1) เพื่อให้มั่นใจว่ามีการรับรู้การติดเชื้ออย่างรวดเร็วและครบถ้วน
- ICN รวบรวมข้อมูลและรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ โดยใช้สถิติจำนวนผู้ป่วยเป็นหลัก หากสามารถคำนวณอัตราได้ไม่ยากและได้อัตราที่มีความหมาย ก็อาจจะนำเสนอข้อมูลอัตราการติดเชื้อในตำแหน่งนั้นร่วมด้วยเมื่อครบรอบปี

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลการติดเชื้อในตำแหน่งที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายของการเฝ้าระวังในข้อ (1) และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(3) มีการติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพ และความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ (ถ้าเป็นไปได้) และสื่อสารให้บุคคลและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์วิเคราะห์ความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ทั้งของปีที่ผ่านมาและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ หากสามารถแยกแยะเชื้อที่เกิดจากชุมชนและเชื้อที่เกิดจากการติดต่อในโรงพยาบาลได้ก็ยิ่งดี
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับหน่วยเภสัชกรรมและผู้เกี่ยวข้อง ติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพภายในโรงพยาบาล แนวโน้มการเพิ่มของการใช้ยาแต่ละตัว เทียบกับความไวของเชื้อต่อยาดังกล่าว และการคาดการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาที่จะเกิดขึ้น

- สื่อสารแนวโน้มนำการใช้ยาต้านจุลชีพและการคาดการณ์ปัญหาให้องค์กรแพทย์ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และอาจรวมไปถึงการทำ Drug Use Evaluation

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แนวโน้มนำการใช้ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ แนวโน้มนำการดื้อยา และการตอบสนองที่เกิดขึ้น

(4) มีการนำสารสนเทศจากการติดตามเฝ้าระวังมาใช้ในการวางแผน ค้นหาการระบาด ให้ความรู้ ประเมินผลและปรับปรุงระบบงาน รวมทั้งตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ประเมินกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลแต่ละราย ให้ข้อเสนอแนะต่อผู้เกี่ยวข้อง และรวบรวมเพื่อทำแผนปรับปรุงในภาพรวม
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันศึกษาข้อมูลทิววิเคราะห์ที่ได้จากการติดตามเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ
 - ใช้ประโยชน์โดยคณะกรรมการ IC เช่น การวางแผน การค้นหาการระบาด การให้ความรู้ การประเมินประสิทธิภาพของระบบ IC
 - เผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และการปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น

(5) องค์กรทำงานร่วมกับส่วนราชการ องค์กรอื่น และชุมชน เพื่อค้นหาและตอบสนองต่อการอุบัติของเชื้อโรคใหม่ และเชื้อโรคที่ดื้อยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันกำหนดปัญหาการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคดื้อยาที่โรงพยาบาลต้องเผชิญ พร้อมทั้งวิเคราะห์ส่วนราชการ องค์กร และชุมชนที่โรงพยาบาลควรไปสร้างความร่วมมือในการทำงาน เช่น
 - ความร่วมมือกับสถานีอนามัยและร้านขายยาชุมชนในการลดจ่ายยาต้านจุลชีพให้แก่ประชาชนโดยไม่มีข้อบ่งชี้ โดยเฉพาะในกรณีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน บาดแผลจากของมีคม ท้องร่วง
 - ความร่วมมือกับภาคการเกษตรและปศุสัตว์ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้หวัดนก
- ทบทวนบทเรียนและผลลัพธ์ของความร่วมมือเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความร่วมมือที่เกิดขึ้น และข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพของความร่วมมือ

ข. การควบคุมการระบาด

- (1) มีการบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง, รับประทาน ข้อมูลจากบุคลากรทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ, ทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยาเพื่อตรวจหาการ เพิ่มขึ้นผิดปกติของเชื้อบางชนิดอย่างสม่ำเสมอ (ถ้าเป็นไปได้).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์การระบาดของการติดเชื้อที่มีโอกาสเกิดขึ้นใน รพ. เช่น การติดเชื้อ MRSA, การติดเชื้อใน NICU
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันทบทวนบทเรียนในการตรวจพบการระบาดของการติดเชื้อว่าสามารถทำได้รวดเร็วทันการณ์เพียงใด มีโอกาสจะปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างไร
- ในกรณีที่ รพ.ไม่เคยมีประสบการณ์การระบาดของการติดเชื้อ ให้ร่วมกันวางแผนว่าจุดที่มีสัญญาณเตือนว่ามีการระบาดอยู่ที่ใดบ้าง ร่วมกันซักซ้อมความเข้าใจและจัดให้มีช่องทางการสื่อสาร/รายงานที่มีประสิทธิภาพ
 - การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง
 - การรับทราบข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
 - การทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยา
- กำหนดแนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยาเพื่อวินิจฉัยว่ามีการระบาดเกิดขึ้น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

- (2) เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น ทีมผู้รับผิดชอบในการควบคุมการติดเชื้อมีทรัพยากรและอำนาจในการสืบค้นและใช้ มาตรการควบคุมที่เหมาะสม อย่างรอบด้านและทันกาล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN, คณะกรรมการ IC และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำแนวทางควบคุมเมื่อเกิดการระบาดของการติดเชื้อ จัดทำแผนเตรียมความพร้อมรับการระบาด โดยระบุทรัพยากรที่ต้องการ การสืบค้นและมาตรการควบคุมที่ จำเป็นในสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งผู้มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการดังกล่าว
- ซักซ้อมความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ
- ดำเนินการตามแผน จัดทำรายงาน และเฝ้าระวังต่อเนื่องจนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีปัญหา

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สถานการณ์ที่ รพ.มีโอกาสประสบ และแผนรองรับสถานการณ์ดังกล่าว

SPA II-5 ระบบเวชระเบียน

SPA II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (MRS.1)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ

(1) มีการกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง. เป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- เชิญทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกเวชระเบียนมาร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ฯลฯ)
- เป้าหมายพื้นฐานที่จำเป็นของระบบเวชระเบียนได้แก่ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา การประเมินคุณภาพ
- เป้าหมายที่ทีมอาจจะกำหนดเพิ่มเติม เช่น การเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การเรียนรู้ การวิจัย
- แต่ละวิชาชีพใช้เป้าหมายในการประเมินหาส่วนขาดของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ และวางแผนปรับปรุงทั้งในส่วนของแต่ละวิชาชีพ และในส่วนของภาพรวม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิชาชีพและวันที่มาร่วมกันกำหนดเป้าหมาย
- เป้าหมายที่ได้กำหนดร่วมกัน
- ส่วนขาดที่ประเมินได้

(2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งบุคคลและหน่วยงานภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ผู้ใช้เวชระเบียนทั้งภายในและภายนอก
- ประเมินความต้องการของผู้ใช้ทั้งหมด (รวมทั้งแผนการปรับปรุงที่แต่ละวิชาชีพจัดทำขึ้นในข้อ (1))
- ปรับปรุงและ redesign แบบบันทึกต่าง ๆ ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก ตัดการบันทึกที่ไม่จำเป็นออก ใช้ความคิดใหม่ ๆ ในการออกแบบบันทึก รักษาสมดุลระหว่างการใช้ check list กับการบันทึกแบบอิสระ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความต้องการของผู้ใช้เวชระเบียน
- การปรับปรุงและ redesign ที่เกิดขึ้น
- การประเมินว่าระบบที่ปรับปรุงแล้วตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้เพียงใด

(3) องค์กรมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยที่เหมาะสม ในด้านการบันทึก การแก้ไข การรับคำสั่ง การใช้รหัสมาตรฐาน การจัดเก็บ การเข้าถึง และการทำลาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ (คู่มือ) เกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้
 - การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน
 - การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน
 - การบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญและแบบฟอร์มมาตรฐาน
 - การระบุชื่อผู้บันทึก วันที่และเวลาที่บันทึก
 - การบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทในเวลาที่กำหนดไว้
 - การแก้ไขบันทึกเวชระเบียน
 - การจัดเก็บ การรักษาความปลอดภัย และการค้นหาเวชระเบียน
 - การเข้าถึงเวชระเบียนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งการใช้เพื่องานวิจัย
 - การเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน
 - การรับคำสั่ง การบันทึก และการรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา
 - การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสเหตุการณ์ที่เป็นมาตรฐาน
- ตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสุ่มตรวจเวชระเบียน
- นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ หรือจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินซ้ำเป็นระยะ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาที่พบจากการสำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการ และผลการประเมินรอบสุดท้าย

(4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกที่รหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มกับผู้มีหน้าที่บันทึกหัตถ์เพื่อประเมินปัญหาการปฏิบัติ
- ประสานกับ CLT/PCT ต่างๆ เพื่อขอทราบความต้องการสารสนเทศที่จะใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- ประมวลผลสารสนเทศที่ CLT/PCT ต้องการ และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ติดตามการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ประมวลผลให้ และปัญหาที่ผู้ใช้แจ้งให้ทราบ
- นำปัญหามาปรับปรุงการบันทึกหัตถ์และการประมวลผล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาการบันทึกหัตถ์ การประมวลผลสารสนเทศ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น
- การใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ประมวลผลให้ CLT/PCT

(5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน อย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้
 - ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่างๆ เทียบกับเป้าหมายและความต้องการของผู้ใช้
 - การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในแง่ของเนื้อหา ความรวดเร็ว
 - การปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่วางไว้
 - ประสิทธิภาพของระบบการจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน
 - ความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน
 - คุณภาพในการให้หัตถ์
 - การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียนและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ

(1) เวชระเบียนได้รับการป้องกันการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ และการแก้ไขเปลี่ยนแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตรวจสอบสถานที่เก็บเวชระเบียนว่ามีโอกาสที่จะสูญหาย เกิดความเสียหายทางกายภาพ หรือเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ได้หรือไม่ และดำเนินการปรับปรุง
- วิเคราะห์ทางเดินของเวชระเบียนว่ามีโอกาสสูญหายในขั้นตอนใดบ้าง และดำเนินการปรับปรุง
- วิเคราะห์ระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้อยู่ว่ามีโอกาสที่ข้อมูลในเวชระเบียนจะสูญหาย เข้าถึง/ใช้/ถูกแก้ไขเปลี่ยนแปลง โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่หรือไม่ อย่างไร และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความเสี่ยงที่สำรวจและวิเคราะห์ได้ และการดำเนินการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ (คู่มือ) เกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้
 - การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล
 - ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้
 - มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์
 - การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
 - หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล
 - วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด
 - ลักษณะข้อมูลบางอย่างที่ควรมีมาตรการพิเศษ เช่น เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือทำแท้ง, ผลการตรวจ HIV ที่เป็นผลบวก
- ตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสุ่มตรวจเวชระเบียน
- นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ หรือจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินซ้ำเป็นระยะ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ปัญหาที่พบจากการสำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการ และผลการประเมินรอบสุดท้าย

(3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- นำข้อมูลจากการสำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติมาจัดเวทีแลกเปลี่ยนกับผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันค้นหาวิธีการที่รัดกุมยิ่งขึ้น
- การปลูกจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการปลูกจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการรักษาความลับ

(4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตนได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมอยู่ด้วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของตน
- กำหนดผู้มีหน้าที่ให้คำอธิบายข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย และฝึกอบรมให้มีทักษะในการแปลความหมายข้อมูลในเวชระเบียน
- เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา ให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลในเวชระเบียนของตนให้เร็วที่สุดโดยมีผู้ที่ได้รับมอบหมายร่วมให้คำอธิบาย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ประเมินผลด้วยวิธีเชิงคุณภาพ (จุดแข็ง จุดอ่อน เรื่องเล่า) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานข้อนี้

SPA II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (MRS.2)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอสำหรับ:

- การระบุตัวผู้ป่วย
- มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค
- ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา
- ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา
- เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล
- ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง
- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง และการบันทึกในเวลาที่กำหนด.
กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ส่งเสริมให้มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในงานประจำ เช่น การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย (R ใน C3THER) การทบทวนโดยหัวหน้าเวร และปรับปรุงบันทึกให้สมบูรณ์ที่หน้างานทันที
- จัดให้มีการทบทวนเวชระเบียนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลและโอกาสพัฒนาในแต่ละประเด็นต่อไปนี้ (ใช้การประเมินเชิงคุณภาพ)
 - การระบุตัวผู้ป่วย มีอยู่ครบถ้วนในเอกสารทุกหน้าหรือไม่ มีที่อยู่ที่สามารถใช้ติดตามผู้ป่วยและญาติได้หรือไม่
 - มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคมีความเหมาะสมหรือไม่ มีข้อมูล (ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคหรือไม่ มีการใช้ guideline หรือ scientific evidence ในการประเมินผู้ป่วยหรือไม่
 - ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา ข้อมูลมีเพียงพอที่จะประเมินได้ว่าการตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนเป็นองค์รวมหรือไม่ มีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตเหมาะสมหรือไม่ มีการใช้ guideline หรือ scientific evidence ในการวางแผนการดูแลรักษาหรือไม่
 - ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา ข้อมูลมีเพียงพอที่จะทำให้ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษาได้หรือไม่
 - เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล ข้อมูลทำให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนในเวลารวดเร็วหรือไม่
 - ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง ให้ผู้ทำหน้าที่บันทึกรหัสบอกเล่าว่ามีปัญหาในการให้รหัสหรือไม่ อย่างไร

- การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ตั้งสมมติฐานว่าผู้ป่วยรายนี้มีการร้องเรียนเกิดขึ้น ตรงจุดไหนคือจุดที่อาจจะถูกฟ้องร้องได้ ข้อมูลที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่ที่จะแสดงให้เห็นคุณภาพของการดูแลในช่วงเวลานั้น
- การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประเด็นคุณภาพ ความเสี่ยง ความคลาดเคลื่อน เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยรายนี้คืออะไร ข้อมูลที่มีอยู่เพียงพอหรือไม่ที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้ให้การดูแลด้วยความระมัดระวัง มีมาตรฐานวิชาชีพ
- นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนร่วมกันไปแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกันกำหนดลำดับความสำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุง ดำเนินการปรับปรุงและประเมินผล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- โอกาสพัฒนาที่ได้จากการทบทวน การปรับปรุงที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์หลังจากการปรับปรุง

SPA II-6 ระบบการจัดการด้านยา

SPA II - 6.1 การวางแผน การจัดการ การเก็บและสำรองยา (MMS.1)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล พร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย.

ก. การวางแผนและการจัดการ

(1) มีคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่มาจากสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงทบทวนการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางและส่งเสริมให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ
 - ลักษณะของคณะกรรมการควรสอดคล้องกับบริบทขององค์กร เช่น
 - ใน รพ.ขนาดเล็กอาจจะควบกับคณะกรรมการอื่น
 - ใน รพ.ขนาดใหญ่ควรตั้งเป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด-PTC และอาจแยกเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ เช่น คณะกรรมการความปลอดภัยทางยาก คณะอนุกรรมการตามประเภทกลุ่มยา
 - ควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการประสานงานระหว่างคณะกรรมการ อนุกรรมการและทีมพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
 - คณะกรรมการฯ ควรประกอบด้วยบุคลากรจากสาขาวิชาชีพ เช่น
 - ผู้อำนวยการหรือผู้ที่ผู้อำนวยการมอบหมายเป็นประธาน
 - เภสัชกร 1-2 คน ทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการ และ/หรือผู้ช่วยเลขานุการ
 - แพทย์ผู้แทนจากสาขาหลัก และทันตแพทย์ ตามความเหมาะสม
 - หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานการพยาบาล
 - บุคลากรสายสนับสนุนทางการแพทย์ที่เหมาะสมเช่น เทคนิคการแพทย์
 - คณะกรรมการฯ ควรมีหน้าที่กำหนดทิศทางในด้าน
 - การวางแผน การคัดเลือก การจัดหา การเก็บสำรองยา เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพสูง
 - การสั่งจ่าย การเตรียม จัดจ่าย และให้ยา เพื่อการใช้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล

- คณะกรรมการฯ ควรกำหนดแนวทางการประเมินผล และสนับสนุนให้มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการรายงานตามวงรอบเวลาที่กำหนด
 - คณะกรรมการฯ ประเมินบทบาทหน้าที่ของตน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน การใช้เวลา การตัดสินใจ และดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- ผลการประเมินการทำบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนสูง รวมทั้งมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ทบทวนระบบการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ
 - เป้าหมายเพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ให้บริการ และมีรายการยาเท่าที่จำเป็น
 - กระบวนการพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาล
 - ข้อมูลที่ต้องนำเสนอ ซึ่งควรมีข้อมูลทั่วไปของยาที่นำเสนอ ข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพ อันตรกิริยาของยา ข้อมูลความปลอดภัย
 - เกณฑ์การคัดเลือกควรพิจารณาความปลอดภัย และความคุ้มค่าเป็นอย่างน้อย
 - มาตรการเพื่อความปลอดภัยและคุ้มค่า
 - มาตรการสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความปลอดภัยเคลื่อนสูงหรือเป็น high alert drug เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนใจ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา การเก็บรักษา ยา การติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วย
 - มาตรการสำหรับการขอใช้ยานอกบัญชี เช่น การขออนุญาต การจัดหา การเบิกจ่าย การติดตามผล โดยพิจารณาความจำเป็นและความเสี่ยง
 - การทบทวนเมื่อมีรายงานอุบัติการณ์รุนแรงจากการใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาล (ทั้งภายในองค์กรและจากวารสารที่น่าเชื่อถือ) ที่ทันต่อเหตุการณ์
 - ยาที่มีการใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย อาจพิจารณารับเข้าเป็นยาในโรงพยาบาล แต่ยังไม่ต้องดำเนินการจัดซื้อมาสำรอง ซึ่งจะดำเนินการเมื่อเกิดความต้องการเป็นครั้งคราว
- คณะกรรมการ PTC กำหนดระบบและรอบเวลาในการทบทวนบัญชียาที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง (อย่างน้อยปีละครั้ง) และดำเนินการตามที่กำหนดไว้
- คณะกรรมการ PTC ส่งเสริมให้บุคลากรสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบัญชียาโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (เช่น การจัดทำบัญชียา on-line, การระบุข้อบ่งใช้ที่สำคัญและใช้บ่อย ฯลฯ)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดทำบัญชียา รายการยาประเภทต่างๆ ในบัญชียาโรงพยาบาล

(3) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน

- สร้างหลักประกันเรื่องความพร้อมใช้
 - คณะกรรมการ PTC ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขาจำแนกยาในบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อช่วยพิจารณาลำดับความสำคัญในการจัดหา เช่น แบ่งเป็นยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิต (vital drug) ยาที่จำเป็นในการรักษาโรคที่สำคัญ (essential drug) และยาทั่วไปที่ใช้ในการบำบัดหรือบรรเทา
 - จัดสรรงบประมาณโดยคำนึงถึงความสำคัญของยาแต่ละประเภท โดยเฉพาะยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิต วัคซีน หรือยาจำเป็นที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยปริมาณมากหากเกิดการขาดคลัง
- การจัดการกับปัญหาขาดแคลน
 - ผู้รับผิดชอบในการจัดหา มีระบบในการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเกี่ยวกับรายการยาที่ขาดชั่วคราว หรือรายการยาที่ไม่มีการผลิตอีก และขอแนะนำว่าควรดำเนินการอย่างไร
 - ฝ่ายเภสัชกรรมโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทนยาในบัญชีที่ไม่สามารถดำเนินการจัดหาได้ทัน
- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับฝ่ายเภสัชกรรม วางระบบที่ชัดเจนในการจัดหาที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรุ่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญ รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ การสร้างระบบเครือข่าย
- มีระบบการติดตามยาที่มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดทำบัญชียา รายการยาประเภทต่างๆ ในบัญชียาโรงพยาบาล

(4) องค์กรระบุยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง, ออกแบบกระบวนการที่เหมาะสม ปลอดภัยในการจัดหา เก็บรักษา ส่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่าย ให้ และติดตามกำกับยา เพื่อลดความเสี่ยงในการใช้ยาเหล่านี้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC หรือคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา (Medication Safety Team) กำหนดรายการยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง โดยมีแนวทางกว้างๆ ดังนี้
 - ลักษณะของยา เป็นยาที่

- มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น ยาเสพติด ยาควบคุมพิเศษบางรายการ
 - มีรายงานความถี่ของการเกิดตลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บ่อยในองค์กร
 - มีรายงานว่า เป็นปัจจัยสาเหตุ หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์พึงสังวร (sentinel events) ทั้งในวารสารวิชาการ หรือในองค์กร หรืออาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน (look alike-sound alike drugs)
- วิธีการกำหนด
- อยู่ในดุลยพินิจของทีมสหสาขา หรือทีมดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม หรือบริบทของงาน/หอผู้ป่วย
 - ปัจจัยที่อาจคำนึงร่วมด้วยคือแบบแผนการใช้ยาของแต่ละองค์กร ข้อมูลอุบัติการณ์ภายในองค์กร
 - อาจใช้แบบสำรวจอย่างง่าย สืบหาความคิดเห็นบุคลากร ต่อการจัดประเภทยาที่ต้องระมัดระวังสูง ร่วมกับการรายงานอุบัติการณ์
 - สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกรายการ ควรให้ความสำคัญพิเศษในกลุ่ม heparin, insulin, morphine, potassium chloride และ warfarin
- จัดทำแนวทางการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูงอย่างเป็นระบบ
 - ครอบคลุมกระบวนการรักษาด้วยยาตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดหา การเก็บรักษา การส่งจ่าย การถ่ายถอดคำสั่ง การเตรียม การกระจาย การส่งมอบ การให้ยา และการติดตาม
 - มีสัญลักษณ์หรือเครื่องหมาย ที่รับรู้ร่วมกันทั้งระบบว่าเป็นยาที่ต้องระมัดระวังสูง อาจแยกเก็บเป็นสัดส่วนหรือเป็นกลุ่ม เพื่อให้เกิดความระมัดระวังทั้งในกระบวนการเก็บรักษา การสำรองในแต่ละจุด
 - สร้างสื่อความรู้ที่สามารถนำลงสู่การปฏิบัติในลักษณะ drug tips ที่ง่ายต่อการนำไปใช้ หรือเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวางแผนติดตามผู้ป่วยภายหลังได้รับยาที่ต้องระมัดระวังสูง (โดยอาจแนบไปพร้อมกับยาที่จัด)
 - สร้างระบบการตรวจสอบอิสระซ้ำสำหรับยาที่ต้องระมัดระวังสูง โดยเฉพาะในขั้นตอนของการรับคำสั่งใช้ยา การกระจาย การส่งมอบ การเตรียม การบันทึก และการให้ยา
 - ผู้บริหารสนับสนุนให้มีแหล่งข้อมูลสารสนเทศทางยาอย่างเหมาะสม หรือมีศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางยา ทั้งในส่วนของกลุ่มงานฝ่ายเภสัชกรรม และในส่วนของหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสำคัญ

- สร้างความรู้ความเข้าใจ ประเมินความรู้ความเข้าใจ และประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- สำหรับองค์กรที่มีการศึกษาวิจัยด้านเภสัชกรรมคลินิก ให้มีระบบการจัดการยาดังกล่าวที่ชัดเจน แยกจากยาที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล และต้องดำเนินการครอบคลุมระบบการจัดการยาทุกด้าน โดยดำเนินการในลักษณะโครงการที่ได้รับการรับรองให้มีการศึกษาได้ และเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- รายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง
- ตัวอย่างมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยา และผลการตามรอยการปฏิบัติหรือการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง
- ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มนี้

(5) องค์กรกำหนดนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และนำสู่การปฏิบัติ. มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีคณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดนโยบาย มาตรการ ติดตามและกำกับดูแล ในเรื่องความปลอดภัยด้านยา โดยอาจตั้งเป็นคณะกรรมการภายใต้ PTC หรือมอบหมายให้ PTC ทำหน้าที่นี้ด้วย
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบกำหนดหรือทบทวนนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่
 - การป้องกันการสั่งใช้ยาที่มีอันตรายรุนแรง
 - การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา
 - การป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา (เช่น การใช้คำสั่ง PRN การใช้คำสั่งยีน การใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ การใช้คำสั่งเติมต่อ การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา การใช้คำสั่งลดยา การใช้คำสั่งที่ระบุพิสัย การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดทดลอง การสั่งยาสมุนไพร การสั่งยาเมื่อจำหน่าย)
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบออกแบบระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
 - กำหนดความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือความคลาดเคลื่อนที่ง่ายต่อการนำลงสู่การปฏิบัติ และเป็นไปตามความหมายที่ถูกต้องในระบบความปลอดภัย เช่น เหตุการณ์พึงสังวร (sentinel event) ความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา อาการไม่พึงประสงค์ด้านยา เหตุเกือบสูญเสียชีวิต (Near miss)

- กำหนดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์เพื่อการรายงานอย่างเหมาะสมและการวิเคราะห์ข้อมูลในทางคลินิกอาจใช้การแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา 9 ระดับ ตาม NCC-MERP และสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งระบบ
- กำหนดรูปแบบรายงานหรือการบันทึก
- ทบทวนความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
- กำหนดแนวทางการตอบสนองที่เหมาะสมเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ครอบคลุมการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย การให้ข้อมูล การสื่อสารที่เหมาะสมทันเหตุการณ์
- มีการป้อนกลับข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม และการติดตามประเมินผล ผ่านตัวบ่งชี้คุณภาพในระดับต่าง ๆ
- นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาไปวิเคราะห์และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง (ใช้หลัก human factors engineering ถ้าเป็นไปได้)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ข้อมูลอุบัติการณ์เกี่ยวกับยา ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา
- การประเมินความเหมาะสมทันการณ์ในการตอบสนองเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา รวมทั้งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

(6) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา และการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดเนื้อหาความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาและการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัย สำหรับการประเมินและให้ความรู้ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่าง ๆ (ครอบคลุม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล) เช่น
 - นโยบาย เป้าหมาย มาตรการสำคัญ
 - ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ
 - กรณีศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุ
 - ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบรายงาน
 - การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

- PTC มอบหมายให้ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องระบบยาและการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัย การประเมินควรครอบคลุมถึงการปฏิบัติจริงด้วย
- PTC จัดให้มีการประชุมและเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพ โดยเน้นจุดอ่อนจากผลการประเมิน และควรมีทั้งการฟื้นฟูความรู้ประจำปีและการสอดแทรกในกิจกรรมวิชาการต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ และจุดเน้นของการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา

(7) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารจัดการด้านยาเปรียบเทียบกับเป้าประสงค์ของระบบ มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC ทบทวนเป้าประสงค์ของระบบยา ประเมินการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา และประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา
 - ความพร้อมใช้ คุณภาพของยา ผลกระทบของการจัดหายาไม่ทันต่อผู้ป่วย
 - ประสิทธิภาพของการเก็บสำรองยา
 - ความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยา (โดยเฉพาะในกลุ่มยาใหม่ ยาที่มีมูลค่าการจัดซื้อสูง หรือยาที่มีความเสี่ยงอื่นๆ)
 - การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา รวมทั้งความเหมาะสมในการตอบสนอง
- PTC มอบหมายให้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการจัดการด้านยาที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ
- PTC สนับสนุนให้นำผลการประเมินและการทบทวนวรรณกรรมมาปรับปรุงระบบการจัดการด้านยา

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

ข. การเก็บสำรองยา

(1) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะมียาใช้อย่างเพียงพอ, มีคุณภาพและความคงตัว, พร้อมใช้, ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่, ป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

และผลไม่พึงประสงค์จากยา, สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา, มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ, โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วางระบบ และ/หรือ ทบทวนระบบการตรวจรับยาและเวชภัณฑ์
 - จัดระบบเพื่อป้องกันการปะปนกับยาที่มีอยู่เดิม ให้คงคุณภาพระหว่างการตรวจรับ และดำเนินการตรวจรับให้เร็วที่สุด หรือไม่เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด
 - กำหนดรายการยาที่ต้องมีการตรวจรับ หรือการตรวจสอบคุณภาพการขนส่งเป็นพิเศษ เช่นยาที่ต้องอยู่ในระบบห่วงโซ่ความเย็น ทั้งนี้เน้นให้มีการตรวจสอบจริง มีการบันทึกผลการตรวจรับ หากพบว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ให้มีระบบการจัดการ การเก็บรักษาเพื่อรอส่งคืนที่ชัดเจน
 - บันทึกข้อมูลการตรวจรับเข้าคลังหรือการลงบัญชีควบคุม ให้ดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงที่กระบวนการตรวจรับเสร็จสิ้น
- วางแนวทาง และ/หรือ ทบทวนแนวทางการเก็บสำรองยาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันในทุกจุดที่มีการเก็บสำรองยา
 - ยึดข้อมูลความคงตัวของผู้ผลิตเป็นสำคัญ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขด้านอุณหภูมิ การป้องกันแสง) ในกรณีที่ไม่มีข้อเสนอแนะจากผู้ผลิตชัดเจน สามารถดำเนินการตามแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
 - การควบคุมสิ่งแวดล้อม
 - คลังยามีการจัดการเรื่องอุณหภูมิและความชื้นที่เป็นไปตามข้อกำหนด มีความสะอาด และแข็งแรง มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดเก็บ การเปิด
 - ดูแลสิ่งแวดล้อมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ เป็นพิเศษ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิและแสง โดยจัดให้มีเทอร์โมมิเตอร์ที่สามารถระบุอุณหภูมิต่ำสุดหรือสูงสุดในแต่ละรอบวัน รวมทั้งให้มีอุปกรณ์ตรวจสอบความชื้น การบันทึกผลอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำ
 - คลังยามีระบบป้องกันการโจรกรรมและป้องกันการเข้าถึงโดยบุคคลที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ หลีกเลี่ยงการเปิดคลังค้างไว้ทั้งวัน การถือกุญแจอาจมีมากกว่า 1 รายที่ร่วมรับผิดชอบ
 - ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์เหมาะสม เพียงพอ และมีระบบการติดตามอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอทุกวัน มีระบบการสำรองไฟทันทีที่ไฟฟ้าจากภายนอกดับสำหรับตู้เย็นเก็บวัคซีนหรือยาที่จำเป็นต้องควบคุมอุณหภูมิเข้มงวด
 - ระบบและลักษณะการจัดเก็บ
 - คลังยามีระบบการจัดเก็บที่สามารถระบุสถานที่จัดเก็บ มีความเพียงพอ อยู่ในบริเวณเดียวกัน หลีกเลี่ยงการเก็บรักษารายการเดียวกันแยกจากกัน ควรมีบัตรควบคุมที่คลังเพื่อสอบทานกับรายการยาและปริมาณในฐานข้อมูล

- เก็บยาในภาชนะหรือหีบห่อเดิม มีฉลากครบถ้วน และจัดเก็บในระบบ first expired first out สามารถบอกได้ถึงกำหนดวันหมดอายุ
 - ความคุมเก็บรักษา ยากลุ่มพิเศษ เช่นยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และรัดกุม หลีกเลี่ยงการเข้าถึงโดยง่าย และในกระบวนการเบิกจ่ายกลุ่มยาดังกล่าวเภสัชกรจะต้องรับรู้ก่อนทุกครั้ง
 - ยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพหรือยาที่เรียกเก็บกลับคืนเนื่องจากปัญหาคุณภาพ ต้องแยกออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน และระมัดระวังสำหรับรายการยาที่เสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งนี้ให้มีระบบการบันทึกรายการ ปริมาณที่ชัดเจน สำหรับยาที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยนให้มีระบบการกำจัดตามความเหมาะสม เช่น การละลายน้ำ การเผา หรือการกำจัดโดยวิธีเฉพาะ
- มีระบบการสุ่มตรวจสอบปริมาณคงคลังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทุกวัน กำหนดเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพและใช้เป็นแนวทางการพัฒนา หรือสามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันต่อเหตุการณ์ เช่น ร้อยละความถูกต้องของยาคงคลัง (ครอบคลุมร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด เป็นต้น) และการตรวจสอบตามวงรอบปี
 - การสำรองยาบนหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มีใช้ห้องยา
 - ให้มีเฉพาะรายการยาที่จำเป็น กำหนดโดยทีมดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ให้มีระบบการสำรองที่สามารถควบคุมและมีการคืนกลับตามความเหมาะสม เช่น นำคืนกลับตามระบบการเบิกจ่ายปกติ
 - หลีกเลี่ยงการสำรองอิเล็กทรอนิกส์ความเข้มข้นสูงบนหอผู้ป่วย ยกเว้นรายการที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ทันทีเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งต้องมีระบบหรือข้อควรระวังในการเข้าถึงเพื่อป้องกันการบริหารคลาดเคลื่อนโดยไม่ได้ตั้งใจ
 - ยาที่สำรองนอกหน่วยงานเภสัชกรรม ควรอยู่ในรูปที่พร้อมบริหารที่ผลิตจากผู้ผลิตโดยตรง หรืออยู่ในรูปหนึ่งหน่วยการใช้ที่มีฉลากและข้อมูลครบถ้วน
- การควบคุม เบิกจ่าย เรียกคืน
 - เน้นให้มีการตรวจสอบ การตัดจ่าย และการอนุมัติการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุฯ ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจผ่านการรับรู้ อนุมัติก่อนที่จะมีการตัดจ่าย
 - ระบบการเบิกจ่ายจากคลังโดยภาพรวม ควรดำเนินการตัดจ่ายในลักษณะที่เป็นกล่องบรรจุ หลีกเลี่ยงการจ่ายหน่วยย่อย เพราะยากในการควบคุม
 - กรณีที่มีปัญหาด้านคุณภาพยา ให้มีระบบที่สามารถเรียกเก็บกลับคืนยา และหากจำเป็นจะต้องสามารถเรียกเก็บกลับคืนยาที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่แพทย์พยาบาล บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ป่วย ถึงเหตุผล ความจำเป็น
 - มีระบบการติดตามรายการยาที่ไม่มีการเคลื่อนไหว โดยต้องประสานแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อรับรู้เหตุผล หรือปัจจัยสาเหตุ ที่จะดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดการค้างคลังยา หรือความเสียหาย

- มีระบบการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาในทุกจุดที่มีการเก็บสำรองยาอย่างสม่ำเสมอ และนำผลมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยา และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีการจัดให้มียา และ / หรือ เวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ อยู่ตลอดเวลา, มีระบบควบคุมและดูแลให้เกิดความปลอดภัย, และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดรายการยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และหน่วยดูแลผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อให้มีการสำรองไว้ในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งพิจารณาการสำรองวัสดุการแพทย์หรือส่วนประกอบที่จำเป็นอื่นๆ ร่วมด้วย
- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดระบบควบคุมยาฉุกเฉินให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และนำไปสู่การปฏิบัติ เช่น
 - การจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ
 - แนวทางในการเติมยาเมื่อมีการใช้ไป อาจดำเนินการในลักษณะที่เป็นกระเป๋ายาฉุกเฉินที่นำไปแลกหรือมีระบบการส่งต่อข้อมูลว่ามีการใช้ โดยฝ่ายเภสัชกรรมเข้ามาร่วมรับผิดชอบเรื่องความพร้อมใช้
- หากเป็นไปได้ยาฉุกเฉินที่สำรองควรอยู่ในรูปที่พร้อมใช้ทันที มีฉลากครอบคลุม และอาจสอดคล้องกับกลุ่มอายุผู้ป่วย ให้มีระบบการขนหรือทวนซ้ำชื่อยาเพื่อการรับรู้ร่วมกัน เป็นการตรวจสอบอิสระ เพื่อลดความเสี่ยงจากการบริหารคลาดเคลื่อน
- สนับสนุนแหล่งข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากความรีบด่วน จำเป็นที่จะต้องมีไว้เพื่ออ้างอิง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
- มีระบบการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และนำผลมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) มีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาห้องยาปิด

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาแนวทางการจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิดซึ่ง รพ. ใช้อ้อยู่ และทางเลือกอื่นๆ โดยพิจารณาความเสี่ยงของทางเลือกต่างๆ และโอกาสที่จะป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว เพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด
- มาตรการที่ควรกำหนดเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น
 - คุณสมบัติของผู้ที่จะจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิด
 - ระบบการติดตามหรือขอคำปรึกษาจากเภสัชกร
 - การกำหนดรายการยาเท่าที่จำเป็นในการสำรองที่จัดจ่าย โดยอยู่ในรูปแบบหรือภาชนะที่พร้อมจ่าย
 - ระบบการควบคุม และการตรวจสอบปริมาณยาที่ใช้ไป
 - การตรวจสอบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
 - แนวทางปฏิบัติในกรณีที่ต้องใช้ยาที่ไม่มีการสำรอง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปวิธีการจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด และมาตรการความปลอดภัยที่สำคัญ

(4) มีการจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ฝ่ายเภสัชกรรมประสานกับหน่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อวางระบบให้มีการส่งคืนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ หรือไม่จำเป็นต้องใช้มาที่ห้องยาโดยเร็วที่สุด ตลอดจนการเขียนคำสั่งหยุดใช้ยาที่เหมาะสม
- ฝ่ายเภสัชกรรมมีระบบหรือแนวทางการประเมินสภาพของยาที่ถูกส่งคืนว่ามีคุณภาพที่ดีในการนำไปใช้ต่อ เช่น เม็ดยาเปลี่ยนพิจารณาทำลาย ยาที่อยู่ในแผงสามารถนำมาไว้บริการต่อ รวมถึงแนวทางการทำลายที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปวิธีจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา

SPA II - 6.2 การใช้ยา (MMS.2)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการสั่งใช้ยาและการให้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล.

ก. การสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง

(1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา, และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาประโยชน์ของการใช้ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยต่อการสั่งใช้ จัดจ่าย และให้ยา
 - ข้อมูลทั่วไป เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิว
 - ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
 - ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น
- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดหรือพัฒนาวิธีการที่จะเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว เช่น
 - การพัฒนาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้
 - การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบสั่งยา เช่น ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
 - การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบคำสั่งการรักษาทุกใบ เช่น ข้อมูลการแพ้ยา
- PTC มอบหมายให้มีการประเมินความพร้อมและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงการตีประโยชน์จากข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย และนำไปปรับปรุง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(2) มีข้อมูลยาที่จำเป็นในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะที่สั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ฝ่ายเภสัชกรรมวิเคราะห์ความต้องการใช้ข้อมูลยาในสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ ขณะที่แพทย์สั่งใช้ยา เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรจัดยา และพยาบาลให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ง่าย หรือมีเทคนิคการให้ยาที่ต้องระมัดระวัง
- ฝ่ายเภสัชกรรมสร้างสื่อ บัตรยา บันทึก ไปสเตอร์ คู่มือ ฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ที่ง่ายต่อการใช้งานในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความเข้ากันได้ของยากับสารละลาย แนวทางการติดตามผู้ป่วยซึ่งได้รับยาที่ต้องระมัดระวังสูง

- ฝ่ายเภสัชกรรมประเมินว่าข้อมูลที่จัดให้มีความเหมาะสมและเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานเพียงใด และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการจัดให้มีข้อมูลที่จำเป็น

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(3) องค์กรจัดทำนโยบายเพื่อป้องกันความผิดพลาด / คลาดเคลื่อน และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่ง พร้อมทั้งนำสู่การปฏิบัติ, ครอบคลุมการระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา, การระมัดระวังเป็นพิเศษสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน, มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา และการป้องกันการใส่คูยาที่มีอันตรายรุนแรง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนด / ทบทวนนโยบายเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสั่งใช้ยาและการถ่ายถอดคำสั่ง
 - การระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา เช่น การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ การใช้ชื่อสามัญ ขนาดและวิธีการใช้ยา
 - มาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน
 - มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา เช่น
 - คำสั่งใช้ยาที่มีการกำหนดปริมาตรชัดเจนในฝั่ง 24 ชั่วโมง ถ้าหมดก่อนจะต้องให้ต่อหรือไม่
 - การระบุข้อบ่งชี้และวัน/เวลาที่สิ้นสุดของคำสั่ง PRN
 - การมีคำแนะนำสำหรับการใช้คำสั่งยืน (standing orders) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องใช้อย่างชัดเจน
 - การระบุวันหรือระยะเวลาที่ชัดเจนในการใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ (automatic stop orders)
 - การกำหนดช่วงที่ยินยอมในการใช้คำสั่งเพื่อปรับขนาดยา (titrating orders) เพื่อป้องกันการบริหารยาที่มากเกินไป
 - การใช้คำสั่งลดขนาดยา (taper orders) ในปริมาณที่ชัดเจน ตามแต่ละช่วงเวลา
 - การใช้คำสั่งที่ระบุเป็นช่วง (range orders) เป็นคำสั่งที่ระบุขนาดยา หรือช่วงระยะเวลาให้ยา ผันแปรอยู่ในช่วงของการสั่งใช้ ขึ้นกับเงื่อนไข หรือ สภาวะของผู้ป่วย
 - การระบุความชัดเจนของตัวยาสำคัญหรือยาพื้นที่ต้องการในการสั่งเตรียมยา หรือยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย

- การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยาตามเงื่อนไขผู้ป่วยที่แตกต่างกัน เช่น nebulizers หรือ catheters
 - การกำหนดมาตรการสำหรับสั่งใช้ยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาดลอง เช่น ผู้สั่งใช้ แบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง การรวบรวมข้อมูล และการติดตาม
 - การสั่งยาสมุนไพร ต้องทราบข้อมูลรายการยาที่มี และเภสัชกรควรตรวจสอบอันตรกิริยากับยาอื่น ๆ ที่มีการสั่งใช้ หรือผู้ป่วยมีการใช้เองในปัจจุบัน
 - การสื่อสารที่ชัดเจนในการสั่งยาเมื่อจำหน่าย หรือการส่งต่อ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลการสั่งใช้ยาครั้งสุดท้าย หรือยาที่จำหน่ายอย่างถูกต้องลงในเอกสารที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วย หรือประวัติในเล่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง สื่อสาร/สร้างความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำนโยบายที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ
 - PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว และตอบสนองผลการประเมิน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

(4) มีการเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการกำหนดมาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยา เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งใช้ยาที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้าให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรฐานเขียนคำสั่งใช้ยา การสื่อสารและถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน
 - นโยบายหรือแนวทางการเขียนใบสั่งยาที่สมบูรณ์
 - องค์ประกอบของใบสั่งยาควรมีข้อมูลใดบ้าง
 - วางระบบเพื่อลดการคัดลอกคำสั่งระหว่างบุคลากรการแพทย์ โดยมุ่งเน้นให้ทุกกลุ่มสาขาอาชีพสามารถเข้าถึงคำสั่งใช้ยา โดยตรง เพื่อต้องการลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการคัดลอกยา อันเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนอื่นๆตามมา
 - เงื่อนไขการสั่งใช้ยาที่ควรระบุชื่อการค้าหรือชื่อทั่วไปรวมด้วยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน
 - เงื่อนไขที่ต้องระบุข้อบ่งใช้ในการสั่งใช้ยาบางรายการ ที่มีข้อบ่งใช้หลักที่แตกต่างกันโดยเฉพาะขนาดที่ใช้ในการรักษา
- ข้อควรระวัง หรือแนวทางการสั่งใช้ยาที่ชื่อพ้อง มองคล้าย

- มาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน เช่น การสั่งโดยวาจาหรือทางโทรศัพท์ จะสามารถทำได้ในกรณีใด และกระบวนการรับคำสั่งเพื่อลดความคลาดเคลื่อน เช่น การอ่านทวน หรือการสะกดที่ละอักษร
- ตัวอย่างที่ไม่ควรใช้ แนวทางการดำเนินการหากพบว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด
- ควรมีข้อมูลการวินิจฉัย เจ็บป่วย และ ข้อบ่งใช้ สำหรับการสั่งใช้ยาทุกครั้ง
- กำหนดกลุ่มโรค หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการระบุค่าต่างๆที่เป็น เช่น น้ำหนัก
- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องประเมินการเขียนคำสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่งในประเด็นต่อไปนี้ และนำไปปรับปรุงตามความเหมาะสม
 - ความชัดเจนในการเขียนคำสั่งใช้ยา ลักษณะการเขียนและลายมือที่เป็นปัญหา
 - การปฏิบัติตามมาตรฐานการสื่อสารและถ่ายทอดคำสั่งใช้ยา

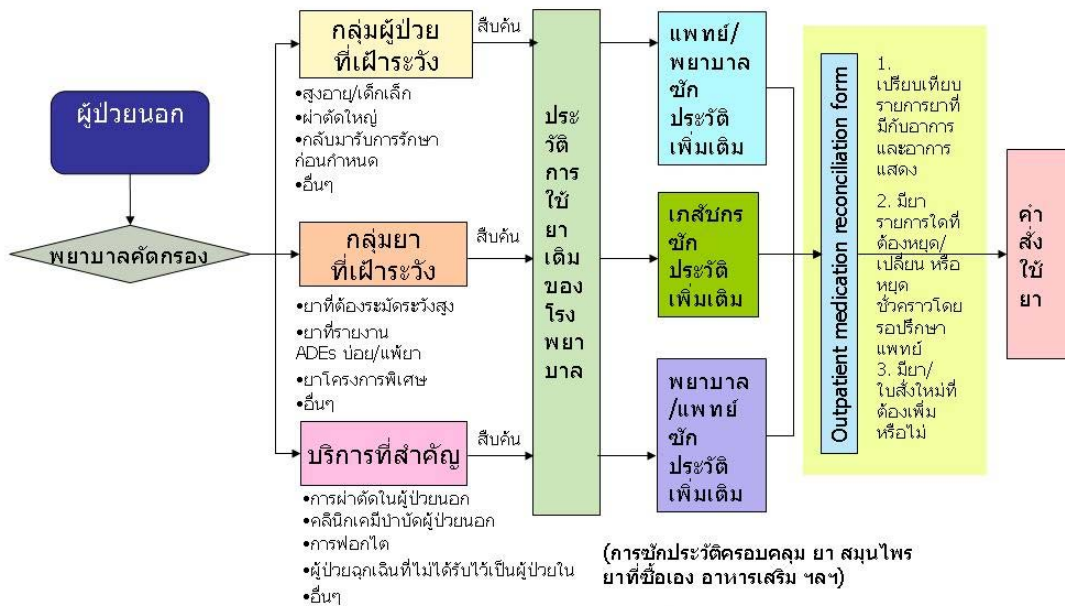
(5) มีกระบวนการในการระบุ จัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับหรือมีการใช้อยู่ในปัจจุบันอย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บันทึกรายการยานี้ในการสั่งใช้ยาที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในทุกจุดของการให้บริการ. มีการเปรียบเทียบบันทึกรายการยาของผู้ป่วยที่ใช้อยู่ในปัจจุบันกับคำสั่งแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีการรับไว้ ย้ายหอผู้ป่วย และ / หรือ จำหน่าย.

(Admission, transfer, and discharge medication reconciliation)

- กำหนดนโยบายการดำเนินการเรื่อง การเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยา (medication reconciliation) วัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติ และการกำหนดงาน กลุ่มยา กลุ่มโรคที่จะดำเนินการตามความเหมาะสม
- ในระยะเริ่มต้นเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลามาก และไม่สามารถที่จะดำเนินการได้ในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศไม่เอื้ออำนวย อาจดำเนินการในผู้ป่วยนอก หรือในกลุ่มยาสำคัญเช่นยาที่ต้องระมัดระวังสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาโรคเป็นต้น
- สร้างความเข้าใจในสาขาชีพถึงแนวคิด และกำหนดเป้าประสงค์ของการดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินการก่อนหลัง
 - การสื่อสาร และการมี การเข้าถึง และความถูกต้องของข้อมูล เป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะการสั่งใช้ยา
 - การสั่งใช้ยาคลาดเคลื่อนเป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา
 - ความพร้อม และความถูกต้องของข้อมูลในขณะสั่งใช้ยา จึงเป็นกระบวนการหนึ่งนำไปสู่การลดโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน
- สร้างหลักประกันความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอก หรือในฐานะข้อมูลกำหนดแนวทางปฏิบัติไม่ให้มีการบันทึกข้อมูลการสั่งใช้ยาในลักษณะคำสั่ง “ยาเดิม” หรือ RM ทั้งนี้การตรวจสอบให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เวชระเบียน โดยแจ้งเภสัชกร หรือพยาบาล ให้ประสานกับแพทย์ผู้

สั่งใช้ กรณีที่โรงพยาบาลสามารถพิมพ์ประวัติการสั่งใช้ยาครั้งสุดท้าย อาจใช้ชุดคำสั่งนั้นติดตั้งในเล่มเวชระเบียน

- กำหนดแบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง เพื่อระบุนายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างน้อยครอบคลุม ชื่อยา ความแรง ขนาดยา ความถี่ และวิธีการบริหารยา
- การยืนยันและการได้มาซึ่งข้อมูลควรเริ่มตั้งแต่แรกรับ โดยสอบถามผู้ป่วย หรือผู้ดูแล ซึ่งหากไม่ได้ในขณะนั้นอาจต้องหาแหล่งข้อมูลอื่นๆ หรือเมื่อโอกาสอำนวย
- การดำเนินการในผู้ป่วยนอก อาจเริ่มที่เภสัชกรงานให้คำปรึกษาด้านยาผู้ป่วยนอก เป็นผู้เตรียมแบบบันทึกรายการยาที่สมบูรณ์ของผู้ป่วย ที่ได้จากประวัติเดิม และการสัมภาษณ์ จากนั้นส่งต่อประวัติการใช้ยาที่สมบูรณ์ให้แพทย์ และพิจารณารายการยาที่แพทย์สั่งพร้อมข้อมูลคลินิกประกอบเพื่อประเมินความสอดคล้อง ต่อเนื่องของการรักษา หากพบว่าไม่มีเหตุผลรองรับเพียงพอให้ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาต่อไป (ดังภาพ)

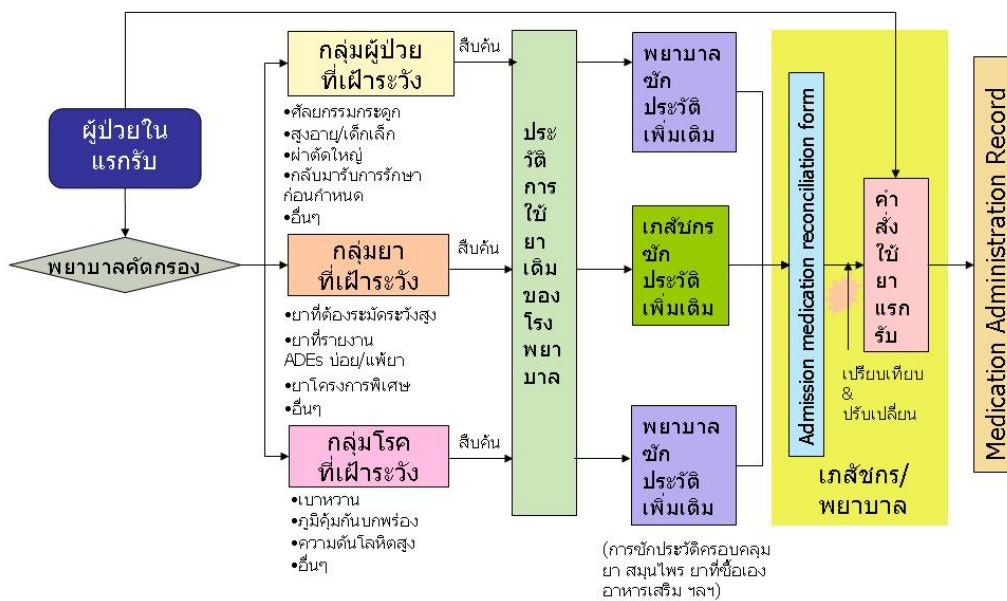


ผังงานการดำเนินการเรื่องการเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยาผู้ป่วยนอก: การดำเนินการที่เน้นระดับความสำคัญ

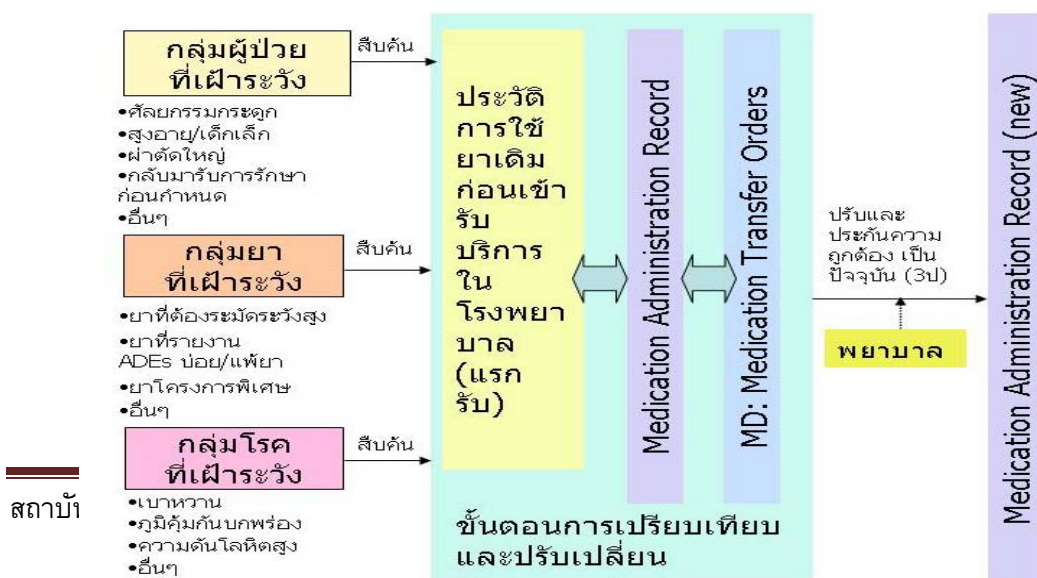
มาตรฐานการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ การดำเนินการในผู้ป่วยในแรกรับ เภสัชกรควรดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมง โดยยึดหลักการสำคัญอย่างน้อย 3 ขั้นตอน คือ

● สำ ห ระ บ พู ชุ น ใน กำน กำน ด ม

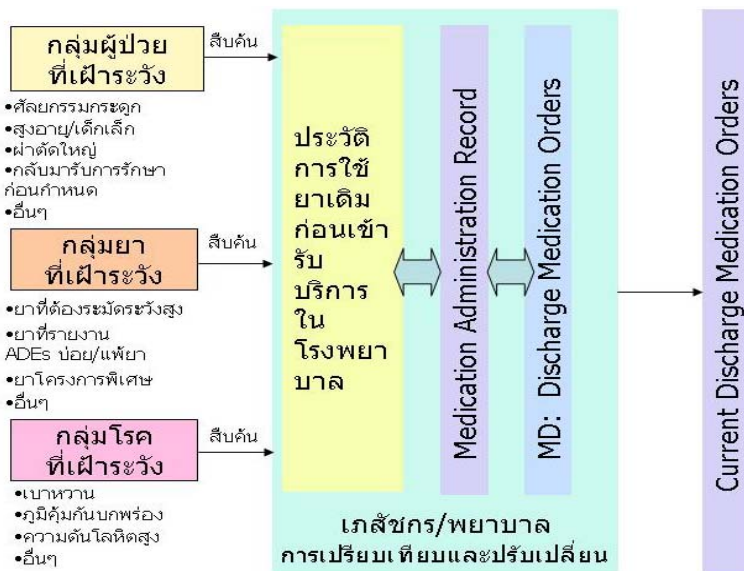
- รวบรวม (Collecting) รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ผ่านการสัมภาษณ์หรือยาที่นำติดตัวมา โดยบันทึกในแบบบันทึกการเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยาที่สร้างขึ้น
- เปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งแรกรับเข้า หรือเมื่อมีการส่งต่อ หรือจำหน่าย กับบันทึกรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับประทานอยู่ในปัจจุบัน
- ปรับเปลี่ยน หรือแก้ไข (Resolving) ความแตกต่างที่พบระหว่างบันทึกรายการยากับรายการยาที่แพทย์สั่งก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา



ผังงานการดำเนินการเรื่องการเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยาผู้ป่วยแรกรับ: กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมผู้ป่วยแรกรับทุกราย (admission)



ผังงานการดำเนินการเรื่องการเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยา: การส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล (intra-hospital transfer)



ผังงานการดำเนินการเรื่องการเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยาผู้ป่วยกลับบ้าน: กรณีที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมผู้ป่วยกลับบ้านทุกราย (discharge)

ข. การเตรียม การจัดจ่าย และการให้ยา

(1) มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความเหมาะสมและความปลอดภัย

- เภสัชกรควรรับทราบคำสั่งใช้ยาของแพทย์ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกรายก่อนที่จะมีการให้ยาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งยาที่มีการสำรอง ยกเว้นกรณีที่กำลังใช้แล้วอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
- กรณีที่ห้องยาไม่มีบริการครอบคลุม 24 ชั่วโมงหรือไม่เปิดทำการ 7 วันต่อสัปดาห์ เภสัชกรต้องทบทวนย้อนหลังถึงรายการยาที่มีการสั่งใช้ในเวรที่ผ่านไป ทันทีที่ขึ้นปฏิบัติงาน

- คำสั่งใช้ยาควรได้รับการทบทวนอย่างน้อยดังนี้
 - ประวัติการแพ้ยา หรือมีศักยภาพที่จะเกิดความไวต่อยา
 - อันตรกิริยาหรือมีศักยภาพที่จะเกิดอันตรกิริยาของยาที่ได้รับการสั่ง กับยาเดิมผู้ป่วย หรืออาหารที่รับประทานอยู่
 - ความเหมาะสมของยาที่ได้รับ ขนาด ความถี่ และวิถีทางบริหารยา
 - การได้รับยาซ้ำซ้อน
 - การได้รับยาที่ห้ามใช้
 - การสั่งจ่ายยานั้นไม่ได้เป็นไปตามข้อบ่งชี้ที่องค์กรกำหนด
 - ผลกระทบ หรือโอกาสเกิดผลกระทบที่สามารถระบุจากผลทางห้องปฏิบัติการ
- สำหรับรายการยาที่ต้องระมัดระวังสูง ให้มีการกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการรับคำสั่ง เพื่อเป็นหลักประกันความถูกต้อง และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยาที่อาจเกิดขึ้น เช่น ขนาดยาที่เหมาะสม ต่อครั้ง/ต่อวัน หรือความเข้มข้นของยาไม่มากเกินไป
- สำหรับยา IV admixture ให้ประสานแพทย์ในการสั่งใช้ที่เป็นหน่วยความแรงหรือขนาดยาที่ต้องการ ในสารละลายที่ต้องการ ปริมาตรเท่าไร และบริหารอย่างไร เกสซ์กร ควรเป็นผู้รับผิดชอบในการที่จะช่วยทวนสอบความเหมาะสมของสารละลายสำหรับให้เข้าหลอดเลือดที่ใช้เจือจาง แนวทางการเตรียม ความเข้มข้นสุดท้ายที่ต้องการ ว่าเป็นไปตามข้อกำหนด หรือข้อมูลวิชาการ มุ่งเน้นความคงตัว ความเข้ากันได้
- นอกเหนือจากยาที่ต้องระมัดระวังสูง อาจดำเนินการกำหนดรายการกลุ่มสำคัญเพื่อการติดตาม และเชื่อมโยงกับกิจกรรมอื่นๆ เช่น การเปรียบเทียบปรับเปลี่ยนทางยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ทางยา
- หากพบปัญหาให้ดำเนินการประสานทันที

(2) มีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน

- เกสซ์กร หรือบุคลากรภายใต้การกำกับโดยเภสัชกร โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและปริมาณงานที่มากเพียงพอ ควรรับผิดชอบในการผสมหรือเตรียมยาผสมที่ปราศจากเชื้อ เช่น ยาเคมีบำบัด IV admixtures ยกเว้นรายที่ล่าช้าแล้วอาจเป็นอันตราย หรือความคงตัวของยาสั้นมาก
- สำหรับโรงพยาบาลที่มีปริมาณการผลิตไม่มาก ให้เป็นไปตามนโยบายหรือใช้ระบบเครือข่ายในการสนับสนุน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลที่มีปริมาณการสั่งใช้ หรือการบริหารยาเคมีบำบัดมากกว่า 20 ขนานต่อเดือน เกสซ์กรควรเข้ามารับผิดชอบในกระบวนการผลิต
- แม้ว่าจะไม่มีบทบาทในการเตรียม เกสซ์กรควรเข้าร่วมวางระบบที่ชัดเจนในการจัดการด้านสถานที่เพื่อลดการปนเปื้อน ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงาน และการกำจัดขยะอันตราย

- การเตรียมยาที่เหมาะสมและปลอดภัย มีการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ปลอดภัย ใช้เทคนิคเพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง และใช้เทคนิคป้องกันการปนเปื้อนที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมยาในทุกจุด
- ยาหรือสารเคมีที่ใช้ในการเตรียม ได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน เช่น ส่วนประกอบ วันหมดอายุ คำเตือน
- การเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation) คือเภสัชภัณฑ์ที่เตรียมขึ้นใช้ในทันที หรือมีได้เตรียมล่วงหน้า โดยอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการเตรียมยา อาจเนื่องมาจากไม่มีรูปแบบหรือขนาดดังกล่าวจำหน่าย ตอบสนองความต้องการของแพทย์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เฉพาะโรคหรือกลุ่มที่มีความสำคัญเช่นเด็กเล็ก ทารก รวมทั้งยาเตรียมปราศจากเชื้อ เช่น ยาฉีด IV admixtures, Total Parenteral Nutrition, Cytotoxic preparation, ยาหยอดตา หรือยาที่มุ่งหมายอื่น ๆ ที่ต้องเตรียมโดยวิธีปราศจากเชื้อ เช่น dilution ของ heparin โดยเฉพาอย่างยิ่งการป้องกันการปนเปื้อนจากเชื้อโรค ซึ่งจะต้องใช้ความระมัดระวังในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเก็บ เตรียม และบรรจุ

(3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่ายติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท และมีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา

- ยาทุกรายการที่ไม่ได้บริหารทันที จะต้องได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม
- การติดฉลากที่ภาชนะบรรจุยา รวมทั้งไซริงค์สำหรับฉีดยาและ flush สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วยทั้งหมด
- ข้อมูลบนฉลากให้เป็นไปตามระเบียบ หรือแนวทางที่กำหนดสำหรับการปฏิบัติที่ดี
 - ชื่อยา ความแรง ปริมาณ (ปริมาตร)
 - วันหมดอายุ หากไม่ได้ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง
 - เวลาที่หมดอายุเมื่ออายุยาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง
 - วันที่เตรียม และสารละลายที่ใช้เจือจาง หรือผสม และสูตรสารอาหารที่ให้เข้าทางหลอดเลือดดำ
 - ในกรณีที่เตรียมให้ผู้ป่วยหลายรายพร้อมกัน หรือผู้เตรียมไม่ใช่ผู้ให้ยา จำเป็นที่จะต้องมียชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย (อย่างไรก็ตามหอผู้ป่วยไม่สามารถใช้เป็นการยืนยันผู้ป่วยที่รัดกุมตามแนวทาง สองตัวบ่งชี้ผู้ป่วย) วิธีการให้ อุปกรณ์ที่ใช้ และคำแนะนำ ข้อควรระวัง
 - กล่าวโดยสรุปการจัดทำฉลากยาเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการหากไม่ได้เป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยเฉพาะราย และให้ยาทันที โดยไม่มีกิจกรรมอื่นใด ๆ เข้ามาคั่น ข้อมูลบนฉลากโดยเฉพาะ IV admixtures ควรประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความแรง ขนาดยาที่ให้ สารละลายที่ผสม ปริมาตร ขนาดยา/อัตราเร็วที่บริหาร วิธีทางที่ให้ เวลาที่เริ่มให้ เวลาที่หมด ผู้เตรียม ผู้ตรวจสอบ

(4) มีการส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมให้ใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย

- เกษัชกรต้องเป็นผู้ตรวจสอบยาที่พร้อมจัดส่ง โดยพิจารณาความถูกต้อง สอดคล้องจากยา ฉลากยา และคำสั่งใช้ยาต้นฉบับ หากพบความคลาดเคลื่อนให้แก้ไข และลงบันทึกความคลาดเคลื่อนจากการจัดจ่ายยา ตามที่กำหนด
- การส่ง/กระจายยา ให้หอผู้ป่วย ควรอยู่ในลักษณะที่พร้อมใช้ให้มากที่สุด หรือในระบบการจ่ายยารายวัน ขึ้นกับบริบทและความพร้อมขององค์กร และควรเป็นระบบเดียวกันไม่ว่าจะเป็นรูปแบบยาใด หรือหอผู้ป่วยใด
- กลุ่มงานเภสัชกรรมประกันรอบกระจายยาว่าจะจัดส่งในช่วงระยะเวลาใด
- สำหรับยาที่ต้องแช่เย็น หรือยาเสพติด หรือยาที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษ ให้มีระบบการจัดส่งที่รัดกุม หรือแยกจากกัน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน
- ฉลากยาสำหรับผู้ป่วยในควรมีข้อมูลครบถ้วนเหมือนผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นเงื่อนไขให้หอผู้ป่วยได้ช่วยทวนสอบกับบันทึกการบริหารยาผู้ป่วย (Medication Administration Record)

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม

- เกษัชกรต้องเป็นผู้ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการส่งมอบที่ชัดเจน เช่น คำถามหลักที่ใช้ในการส่งมอบ
- การให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษเช่น ยาสูดพ่น
- สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ที่อาจมีปัญหาด้านอัตรากำลัง ในภาวะเร่งด่วน อาจมอบหมายให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรม หรือบุคลากรระดับรองที่ได้รับการฝึกฝน เป็นผู้ส่งมอบยาแทน ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังที่ต้องติดตาม หรือไม่ใช่ผู้ป่วยคลินิกพิเศษ หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่ไข้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง
- ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ หรือผู้ป่วยที่ต้องติดตามต่อเนื่อง ควรให้คำแนะนำในสถานที่ที่เอื้อต่อการให้คำแนะนำ ไม่ถูกดึงดูตจากสิ่งแวดล้อม เช่น ห้องให้คำปรึกษา
- มีฉลากช่วยตามความเหมาะสม หรือแผ่นพับให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาที่รับประทาน การปฏิบัติตน ข้อควรระวัง
- ผู้รับบริการสามารถรับรู้ช่องทางการติดต่อ หากเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

(6) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งมีความสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมรรถภาพกับการใช้ยาโดยไม่มีการรบกวน.

- จัดระบบการไหลเวียนของงานไม่ให้ไหลทวน หรือย้อนไปมา
- ห้องตรวจที่แพทย์สั่งใช้ยาต้องมีความเป็นส่วนตัวอย่างเหมาะสม ไม่เปิดโล่ง

- บริเวณจ่ายยาควรเอื้อต่อการได้ยิน หรือรับรู้คำแนะนำของเภสัชกร
- มีแสงสว่างที่เหมาะสม เป็นไปตามข้อกำหนด โดยเฉพาะในพื้นที่ของการจัดเตรียมยา
- มีการจัดการสถานที่บริเวณรอรับยา ไม่ให้แออัด และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

(7) มีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน, โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา / ขนาดยา / วิธีการให้ยาที่เหมาะสม ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา

- กำหนดบุคลากรที่สามารถบริหารยา ที่แตกต่างตามประเภทของการบริหาร เช่น การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ การฉีดเข้าไขสันหลัง หรือการฉีดยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ยาเคมีบำบัด สารที่รังสี และให้มีระบบการกำกับหรือดูแลบุคลากรการแพทย์ฝึกหัดที่ต้องบริหารยาอย่างใกล้ชิด
- การบริหารยาจะต้องยึดเอกสารสำคัญในการประกันความถูกต้อง ได้แก่ บันทึกการบริหารยาผู้ป่วย (Medication Administration Record: MAR) โดยต้องคำนึงถึงหลักการอย่างน้อยต่อไปนี้
 - การเยี่ยมผู้ป่วยแบบสหสาขา ร่วมกัน เพื่อลดปัญหาการสื่อสาร
 - ข้อมูลที่สำคัญบน MAR อย่างน้อยประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปที่มีความสำคัญ (นอกเหนือจากชื่อผู้ป่วย เตียง หอ) เช่น ข้อมูลแพ้ยา น้ำหนัก (โดยเฉพาะเด็ก) หรือรวมส่วนสูง ในผู้ป่วยที่ใช้ยาเคมีบำบัดบางรายการ
 - คัดลอกโดยตรงจาก DOS โดยผู้ที่เยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ซึ่งส่วนมากมักเป็น incharge
 - สร้างแนวทางการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกอย่างอิสระ โดยพยาบาลอีกคนทันที และ
 - รายการยาแต่ละรายการควรมีชื่อ ขนาดยาที่ใช้ วิธีบริหาร ความถี่ และข้อควรระวังสำคัญ เช่น อัตราเร็ว
 - รับยาจากห้องยาให้นำมาตรวจสอบกับ MAR เป็นการตรวจสอบข้าม
 - ตารางการบันทึกควรแยกกระหว่างยาที่ให้ใน 1 วันกับยาที่ให้ต่อเนื่องและระบุวันที่ชัดเจน
 - การบริหารยาควรใช้ MAR กำกับและนำติดตัวไปที่ข้างเตียงผู้ป่วย
 - ลงเวลาที่เป็นจริงในการบริหารแต่ละครั้ง และลายเซ็นผู้บริหารยา
 - บันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่ร้ายแรงทันทีในบริเวณ/ช่องที่กำหนดใน MAR และทำสัญลักษณ์หรือขีดฆ่าที่รายการยาดังกล่าว ส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกร เพื่อประเมินและรวบรวมลงฐานข้อมูล
 - สร้างแนวทางการกำกับ การยืนยันความถูกต้องของการบันทึก เช่น การสุ่มตรวจสอบว่ามีกรลงเวลาตามที่เป็นจริงหรือไม่ หรือการสอบทานระหว่างเวร
 - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องส่งต่อ MAR เสมอ
 - ใช้เป็นเอกสารหลักชิ้นหนึ่งในการดำเนินการเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยา

- ก่อนการบริหารยาทุกครั้งต้องยืนยันผู้ป่วย และความถูกต้องครอบคลุม ทั้งนี้ให้ยึดบันทึกการบริหารยาเป็นหลักในการช่วยทวนสอบ และควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยยืนยันความถูกต้อง
 - ถูกคน ยืนยันอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้
 - ถูกยา พิจารณาฉลาก กับบันทึกการบริหารยา พิจารณารูปแบบ ลักษณะภายนอก ตะกอน การเปลี่ยนสี ยังไม่หมดอายุ
 - ถูกขนาด เป็นไปตามขนาดที่แพทย์ระบุ หรือคำนวณจากน้ำหนัก ไม่เกินขนาดที่สามารถให้ได้ โดยเฉพาะยาที่ต้องระมัดระวังสูง
 - ถูกวิธีบริหาร ระวังยาที่มีเทคนิคพิเศษ หรือยาที่ให้เข้าไขสันหลัง ให้สร้างระบบการยืนยันซ้ำอิสระ ให้มีระบบการประกันความเสี่ยงของอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถเชื่อมต่อได้ระหว่างการให้ทางหลอดเลือด กับความต้องการบริหารโดยวิธีอื่น เช่น กระบอกฉีดยาสำหรับยารับประทานสามารถสวมต่อกับ catheter ที่บริหารเข้าหลอดเลือด
 - ถูกเวลา ทีมดูแลผู้ป่วยอาจกำหนดระยะเวลาที่ยอมรับได้ในการบริหารยาที่ไม่เป็นไปตาม actual time เพื่อให้พยาบาลสามารถวางระบบ และสามารถบันทึกเวลาในการบริหารจริง
 - ถูกเทคนิค โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ข้างเคียงเช่น การทำลายเนื้อเยื่อ หากเกิดการแทงทะลุออกหลอดเลือด
- หากยังมีข้อกังวลใดๆ จะต้องยังไม่บริหารยาจนกว่า ข้อกังวลหรือข้อสังเกตนั้นได้รับการแก้ไข หรือทำความเข้าใจ จนมั่นใจว่าไม่เกิดความคลาดเคลื่อน
- ก่อนการบริหารยา ควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ ถึงความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่สำคัญ หรือสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเนื่องจากเป็นยาใหม่ เป็นต้น
- โรงพยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา หรือญาตินำมาให้เพิ่มเติม กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนว่าเมื่อไรสามารถใช้ได้ ทั้งนี้อาจสามารถดำเนินการได้ในหลายลักษณะ
 - หากพยาบาลไม่สามารถระบุรายการยาได้ แจ้งเภสัชกรให้ช่วยระบุ หรือสอบถามข้อมูลจากสถานบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล ร้านยา ที่ผู้ป่วยรับบริการเดิม
 - พิจารณาสภาพยาว่ายังสามารถใช้ได้หรือไม่
 - เภสัชกรจัดทำรายการ หรือให้ข้อมูลต่อแพทย์ว่า ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาด้วยยาใด
 - หากแพทย์เห็นสมควรที่จะใช้ยาของผู้ป่วยต่อ แพทย์ระบุรายการยาดังกล่าวลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เภสัชกรควรลงบันทึกการใช้ยาดังกล่าวในประวัติการใช้ยาของกลุ่มงาน (หากมี) สำหรับการให้ยาอาจสามารถทำได้หลายกรณี เช่น
 - ใช้ยาเดิมผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้จัดให้ร่วมกับยาอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับ
 - ใช้ยาเดิมผู้ป่วย โดยนำมาที่ห้องยาและดำเนินการร่วมกับยาอื่นๆตามระบบการจ่ายยาปกติ

- เก็บยาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ และใช้ยาของโรงพยาบาลขนานเดียวกันแทนยา ดังกล่าว เมื่อจำหน่าย หากยังเป็นรายการเดิมให้นำมาปรับแก้ตามคำสั่งใช้ยาใหม่ และคืนให้ผู้ป่วย เพิ่มเติมปริมาณให้สอดคล้องคำสั่งแพทย์
- มีความพร้อมด้านอุปกรณ์การให้ยา เช่น infusion pump เนื่องจากปัจจุบันมียาหลายรายการที่มีความเสี่ยง และมีอันตรายสูงหากบริหารยาในอัตราที่ไม่เหมาะสม ให้มีระบบการตรวจสอบความเที่ยง อย่างสม่ำเสมอ สุ่มประเมินระยะเวลาที่ยาควรหมดกับระยะเวลาที่ใช้ในการบริหารจริง
- หากเกิดความคลาดเคลื่อนให้ระงับอุบัติเหตุกรณีนั้นเป็นเบื้องต้น รีบรายงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องทันที และดำเนินการตามระบบการรายงาน การจัดการอุบัติเหตุที่องค์กรกำหนด

(8) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนได้รับ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแล เพื่อเป้าหมาย ความถูกต้อง ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการใช้ยา

- องค์กรประกาศสิทธิที่ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาพยาบาล
- ซองยาให้ข้อมูลครบถ้วน หรือมีฉลากช่วย ตลอดจนแผ่นพับแนะนำการใช้ยาที่เหมาะสม
- ความรู้ที่ผู้ป่วยควรได้รับ เช่น การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ข้อบ่งชี้เมื่อควรขอคำปรึกษาจากเภสัชกร
- ก่อนการบริหารยา ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลว่ามีการบริหารยาอะไรบ้างอย่างไร
- มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นสหสาขา เภสัชกรควรทราบหรือเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการจำหน่าย รับรู้วัฒนธรรม แบบแผน หรือแนวทางที่แพทย์ พยาบาล ใช้ในการวางแผนให้ข้อมูลเมื่อจำหน่าย หรือกำหนดขึ้นใหม่โดยทีมรักษาพยาบาล เพื่อการให้การวางแผนก่อนจำหน่าย และการติดตามเมื่อเยี่ยมบ้าน เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ผู้ป่วยและญาติควรได้รับโอกาสในการที่จะบริหารยาตนเองก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และการเอื้ออำนาจให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง ภายใต้สายตาของบุคลากรการแพทย์

(9) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์

- ประสานกับแพทย์ในทีมที่เกี่ยวข้องเรื่องการยึดมาตรฐานการรักษาในผู้ป่วยแต่ละโรค ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากพบว่ามีการใช้มาตรฐานต่างฉบับ มักเกิดปัญหาในการสื่อสาร และการให้คำแนะนำ
- องค์กรส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยมากำหนดแนวทางการปฏิบัติเชิงระบบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ครอบคลุมตั้งแต่การให้ความรู้ การออกแบบบันทึก การ

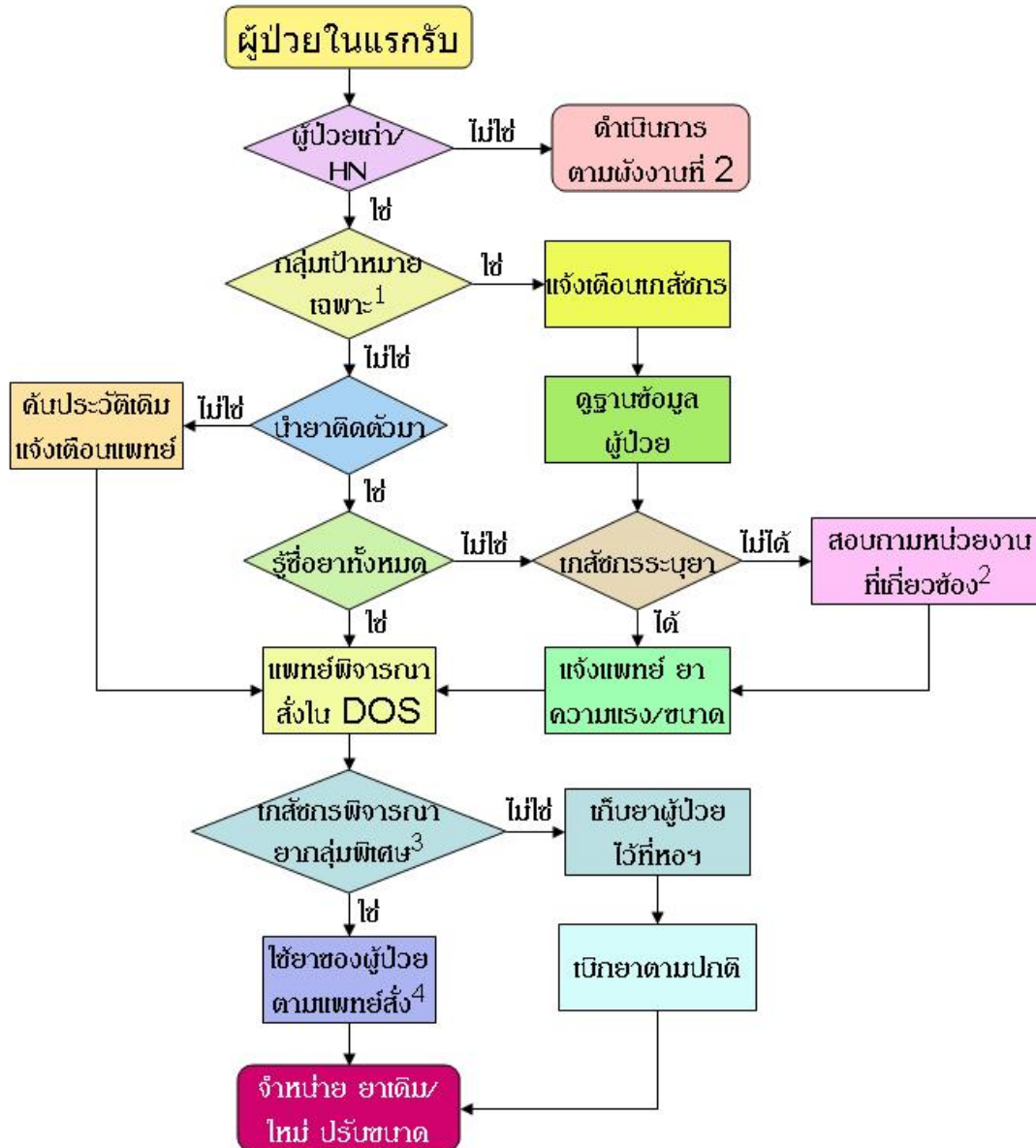
ติดตาม การรายงาน และการจัดการภาวะฉุกเฉิน นอกเหนือไปจากการใช้เป็นแหล่งมาตรฐานอ้างอิง สำหรับการสั่งการรักษา

- เกสซ์กรใช้หลักการเรื่องการบริหารเภสัชกรรมเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- ประสานกับงานบริการในการประกันเรื่องคุณภาพการกระจายยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อน และเสริมเรื่องการเตรียมยาที่เป็นไปตามมาตรฐานกำหนด
- การติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา ควรระบุถึงการตอบสนองยาที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสดังกล่าว รวมทั้งมีกระบวนการเฝ้าระวังการตอบสนองต่อยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นครั้งแรก
- ประสานกับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น งานติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา งานบริการเภสัชสนเทศ

(10) มีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน

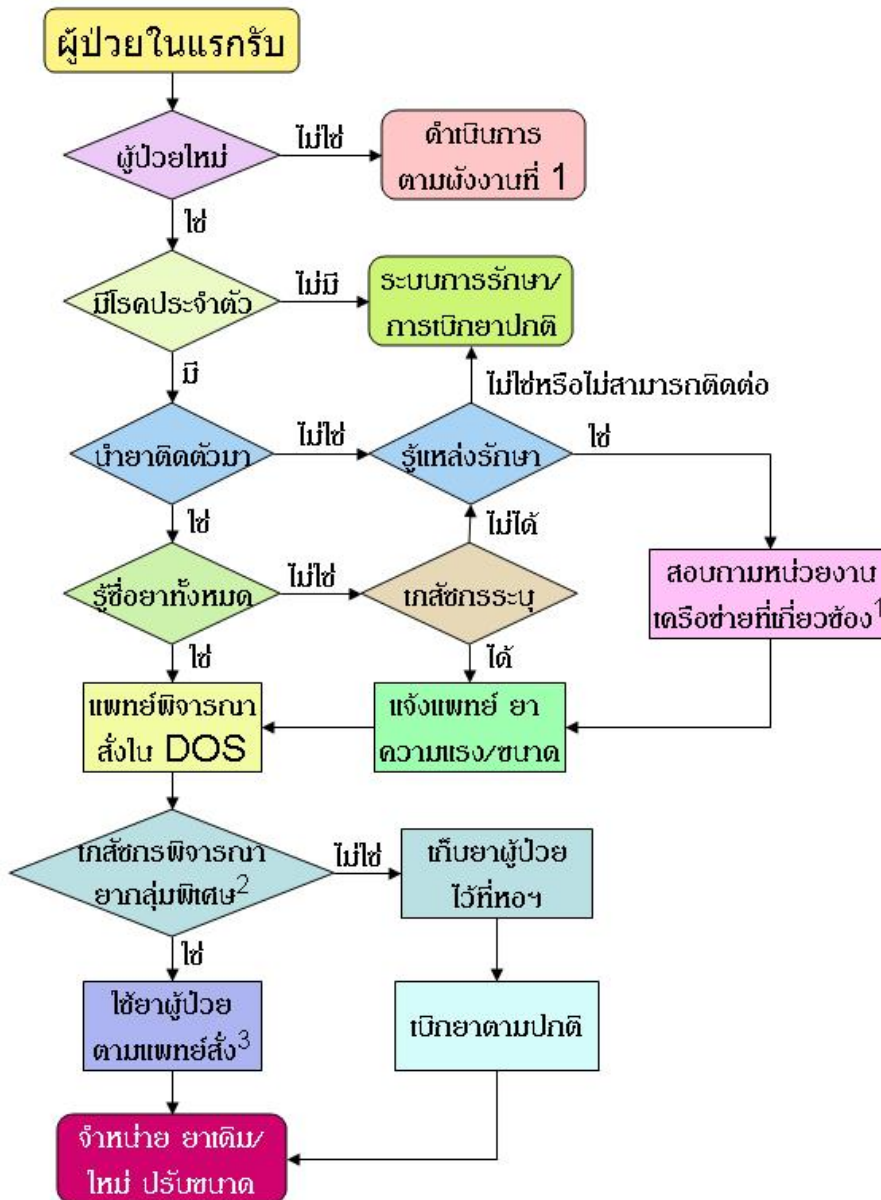
- เกสซ์กร หรือพยาบาลหอผู้ป่วยซักประวัติ และสอบถามเรื่องยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา
- แพทย์รับรู้และพิจารณาว่ามีความจำเป็นที่จะต้องใช้ต่อเนื่องหรือไม่ หากมีการใช้ ต้องระบุในแฟ้มประวัติผู้ป่วย พยาบาลต้องบันทึกลงใน MAR
- กำหนดแนวทางการจัดการที่ชัดเจน โดยเฉพาะการเก็บยา หรือการสั่งใช้ การกระจาย
- เงื่อนไขของยาแต่ละรายการอาจแตกต่างกันออกไป
- ตัวอย่างแนวทางการปฏิบัติ ตามภาพ

**ผังงานที่1 การดำเนินงานของหอผู้ป่วย
เรื่อง ความต่อเนื่องทางการรักษา**



- 1 กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่นผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin หรือผู้ป่วยกลุ่มโรคที่กำหนดเช่น เอดส์
- 2 การสอบถามประวัติการใช้ยาผู้ป่วย ควรดำเนินการในลักษณะที่เป็นเครือข่ายความร่วมมืออย่างเป็นทางการ
- 3 ยกกลุ่มพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นผู้กำหนด เช่น ยาเคมีบำบัดที่ใช้เป็นระยะเวลาตายตัว ยานอกแผนสำหรับแต่ละราย ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้แต่ไม่มีในโรงพยาบาล
- 4 ยกกลุ่มพิเศษ ที่ต้องใช้ยาของผู้ป่วย หากไม่ได้นำมา ประสานให้ญาตินำมาให้ทันต่อเวลาที่บริหาร หรือเบิกจ่ายขนานแรกทดแทนไปก่อน

**ผังงานที่2 การดำเนินงานของหอผู้ป่วย
เรื่อง ความต่อเนื่องทางการรักษา**



1 การสอบถามประวัติการใช้ยาผู้ป่วย ควรดำเนินการในลักษณะที่เป็นเครือข่ายความร่วมมืออย่างเป็นทางการ

2 ยากลุ่มพิเศษ กลุ่มงานเภสัชกรรมเป็นผู้กำหนด เช่น ยาเคมีบำบัดที่ใช้เป็นระยะเวลาตายตัว ยานอกแผนสำหรับแต่ละราย ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้แต่ไม่มีในโรงพยาบาล

3 ยากลุ่มพิเศษ ที่ต้องใช้ยาของผู้ป่วย หากไม่ได้นำมา ประสานให้ญาตินำมาให้ทันต่อเวลาที่บริหาร หรือเบิกจ่ายขนานแรกทดแทนไปก่อน

SPA II – 7 การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรค

SPA II-7A บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (ยังไม่เสร็จสมบูรณ์)

II – 7.1 ข้อกำหนดทั่วไป (DIN.1)

บริการตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัยโรคให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง²⁰.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการจัดบริการตามเป้าหมาย ทิศทางนโยบายขององค์กร
- มีการประสานกับทีมงานทางคลินิกในการวางแผนการจัดบริการ
- มีการพัฒนาขีดความสามารถของขอบเขตบริการ โดยการใช้ฐานข้อมูล ของบริบทองค์กร กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ
- มีการวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ และจัดบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ
- มีการกำหนดระดับความคาดหวัง เช่น กำหนด turn around time accuracy ในการตรวจที่สำคัญ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การเพิ่มขีดความสามารถในการวางแผนการจัดบริการในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา เพื่อตอบสนองการบรรลุเป้าหมาย และพันธกิจขององค์กร
- การประกันคุณภาพ ด้านความถูกต้อง ระยะเวลา

(2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

²⁰ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn around time

- มีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมทบทวน การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม เป็นต้น
- มีกิจกรรมทบทวนผู้ที่ชำนาญกว่าในกรณีที่ต้องใช้บุคลากรอื่นทำงานแทน
- มีการวิเคราะห์ภาระงานกับเจ้าหน้าที่ มีแนวทางในการสรรหาเมื่อผลการวิเคราะห์ขาดแคลน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่
- ผลการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ชำนาญน้อยกว่า หรือ ต่ำกว่าเกณฑ์

(3) บริการตรวจสอบมีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, ได้รับการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขต²¹ และสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม²² และใส่ใจต่อการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตรวจสอบ²³.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการแบ่งพื้นที่ในการตรวจแต่ละประเภท โดยคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัย การใช้สอย ความปลอดภัยของผู้รับและผู้ให้บริการ
- สถานที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ
- สถานที่เก็บสารเคมี
- มีอ่างล้างมือ มีอุปกรณ์ดับเพลิง
- สถานที่เก็บเอกสารแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน มีการกำหนดแนวทางในการเก็บเอกสารที่เป็นความลับ เช่น สถานที่เก็บ การเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น
- มีระบบระบายอากาศ ที่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เสี่ยง
- มีการวิเคราะห์ / วางแผน ป้องกันสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ เช่น ความปราศจากเชื้อฝุ่น ละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

²¹ การแยกเขต ควรพิจารณาการแยกเขตระหว่างหน่วยย่อยซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่เข้ากันไม่ได้และการป้องกันการปนเปื้อนข้ามหน่วย

²² สถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม ควรคำนึงถึงสถานที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ สารเคมี เอกสาร

²³ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน



(4) บริการตรวจสอบมีเครื่องมือและอุปกรณ์²⁴ พร้อมสำหรับทำการตรวจสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย²⁵, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, มีการสอบเทียบ²⁶ และการใช้ผลการสอบเทียบ²⁷ อย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีแนวทางในการจัดซื้อเครื่องมือ มีแนวทางในการคัดเลือกบริษัทตัวแทนจำหน่าย
- มีระบบการบำรุงรักษาเชิงป้องกันเครื่องมือและอุปกรณ์
- มีแผนการบำรุงรักษาและแผนสอบเทียบประจำปี โดยองค์กรภายนอกและบริษัทตัวแทนจำหน่าย
- มีแผนสำรอง / จัดหาเครื่องมือ เมื่อเครื่องหลักเสีย
- มีการติดตั้งสายดินและระบบสำรองไฟในเครื่องมือที่มีความสำคัญและตู้เย็นเก็บเลือด
- กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูรักษาเครื่องมือ
- มีคู่มือ / ทะเบียนประวัติเครื่องมือที่สำคัญ
- มีการติดป้ายแสดงผลการสอบเทียบ และกำหนดในการสอบเทียบครั้งต่อไปในที่ที่เห็นชัด เพื่อเป็นการย้ำเตือน
- มีแนวทางในการกำจัดของเสียจากการตรวจ ที่ได้มาตรฐาน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้ / ไม่ได้มาตรฐาน และแนวทางปรับปรุงแก้ไข
- ผลการตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ

(5) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจสอบที่รับตรวจต่อ, รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง (เช่น การทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและด้านเซลล์วิทยา)

²⁴ อุปกรณ์ ครอบคลุมถึง วัสดุอ้างอิง น้ำยา และระบบวิเคราะห์

²⁵ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

²⁶ การสอบเทียบ ควรกระทำกับ เครื่องมือ อุปกรณ์ น้ำยา ระบบตรวจวิเคราะห์

²⁷ การใช้ผลการสอบเทียบ เช่น การใช้ correction factors ที่เป็นปัจจุบันเพื่อปรับค่าที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- แนวทางการส่งตรวจทดแทน เมื่อไม่สามารถจัดบริการได้
- มีการระบบในการตรวจสอบ เพื่อให้มั่นใจว่าสิ่งส่งตรวจทดแทนได้คุณภาพตามที่ต้องการ
- มีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง (เช่น การทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและด้านเซลล์วิทยา)
- มีแนวทางในการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่มีความไม่สอดคล้องของผลการตรวจ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการประเมินความสามารถของห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อ
- ผลการทบทวนความไม่สอดคล้องของผลการตรวจ

(6) มีการคัดเลือกและตรวจสอบการจัดซื้อจัดหา บริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่ง มีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- แนวทางในการคัดเลือกและตรวจสอบเครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา
- มีการประเมินผู้ผลิตผู้ขายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญ
- มีการจัดเก็บน้ำยาในตู้เย็นที่มีการควบคุมอุณหภูมิตลอด 24 ชั่วโมง
- มีระบบในการควบคุมคลังที่มีประสิทธิภาพ
- มีการบันทึก

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ²⁸ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ²⁹.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีช่องทางในการสื่อสารกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ แบบ two way communication

²⁸ ข้อมูลที่ให้คำแนะนำ เช่น ทางเลือกในการทดสอบ ความถี่ ประเภทของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

²⁹ มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

- คู่มือการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจโดยภายในจะระบุวิธีการจัดเก็บ ชนิดของสิ่งส่งตรวจ ระยะเวลา โดยประมาณการ ส่งให้กับหน่วยงานหรือจุดต่างๆที่มีการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ
- มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
-

ข. การจัดบริการ

(1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เหตุผลในการส่งตรวจที่เหมาะสม
- มีการประเมินผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้ายในผู้ป่วยที่ตรวจทางรังสี ประวัติการแพ้อาหารทะเลในกรณีฉีดสารทึบแสง
- มีแนวทางในการจัดการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์
- มีกระบวนการในการทวนสอบเพื่อการระบุตัวผู้ป่วย ระบุสิ่งส่งตรวจ ตำแหน่งหรือชนิดของการส่งตรวจ อย่างรัดกุม
- ในกรณีตรวจ HIV มีการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังตรวจ
- มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจ
- มีการให้ข้อมูลถึงความเสี่ยง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ทางเลือกแก่ผู้ป่วย ในกรณีการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง ก่อนให้ผู้ป่วยลงนามยินยอม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ ระบุสรุปสิ่งที่พบ³⁰ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์
- มีการแปลผลทางรังสีโดยรังสีแพทย์ และมีการทวนสอบผลการอ่านฟิล์มของแพทย์อื่นโดยรังสีแพทย์ (กรณีมีรังสีแพทย์)
- มีแนวทางในการขอคำปรึกษาในกรณีที่ไม่มีความเชี่ยวชาญในโรงพยาบาล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

II – 7.2 ข้อกำหนดเพิ่มเติมสำหรับแต่ละบริการ (INV.2)

ก. ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ / พยาธิวิทยาคลินิก

(1) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ, หรือจัดให้มีระบบประเมิน performance อื่นๆ เพื่อพิจารณาความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยทันที.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการทำ EQC โดยองค์กรภายนอกอย่างสม่ำเสมอ
- มีการแจ้งผลการทดสอบแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน เพื่อวางแผนในการพัฒนา ปรับปรุง
- มีการทบทวนผลการทำ EQC นำผลที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาปรับปรุงแก้ไข

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลการตรวจ EQC
- ผลการวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไข เมื่อผลการตรวจไม่เป็นไปตามเกณฑ์

(2) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร. โปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม การชี้บ่งปัญหา / โอกาส

³⁰ สรุปสิ่งที่พบ ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

พัฒนา, บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์, การติดตามตัวชี้วัด, การแก้ไข / ป้องกันปัญหา, การติดตามปัจจัยก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์ที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์, การควบคุมเอกสาร, เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย, และการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม / ระบบบริหารคุณภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการวิเคราะห์ค้นหา ความเสี่ยงระดับหน่วยงาน
- มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยงและแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ตัวชี้วัด และการทบทวนตัวชี้วัด
- ความเสี่ยง / อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นที่สำคัญในรอบ 1-2 ปี รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไข

(3) ห้องปฏิบัติการดำเนินการควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม performance ของการตรวจวิเคราะห์, รวมทั้งการจัดทำ tolerance limit, จำนวนและความถี่ของ control, การนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องมาสู่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา, และวิธีการเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของการผลการตรวจทดสอบเมื่อไม่มีการ calibrate หรือไม่มีวัสดุควบคุม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการตรวจ IQC ก่อนทุกวัน และมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติในกรณีที่ผล IQC ไม่เป็นไปตามเกณฑ์
-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ การเก็บ, การสัมผัส (handle), การชั่ง, การบรรจุ, การเขียนฉลาก, การรักษาความคงตัว, ไบส่งตรวจ, การขนส่ง, และการเก็บรักษา เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติที่ดีของห้องปฏิบัติการ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจเพื่อใช้ในการรับ / ปฏิเสธ / แปลผล. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งใช้ได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีแนวทาง / คู่มือสิ่งส่งตรวจ ครอบคลุมประเด็น การเก็บ การสัมผัส การชั่ง , การบรรจุ, การเขียนฉลาก, การรักษาความคงตัว, ไบส่งตรวจ, การขนส่ง
- มีแนวทางในการรับ / ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

- มีระเบียบปฏิบัติในการเก็บรักษาสิ่งที่จะตรวจตามความคงตัวของแต่ละสิ่งส่งตรวจ ทั้งวิธีเก็บรักษา และระยะเวลา เพื่อสามารถนำสิ่งส่งตรวจมาใช้ในการตรวจสอบความถูกต้อง และการขอตรวจวิเคราะห์เพิ่ม
- มีการทวนสอบความถูกต้องของสิ่งส่งตรวจทุกครั้ง
- มีการทบทวนในการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลและสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่ถูกปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลลัพธ์การควบคุมคุณภาพสิ่งส่งตรวจ

(5) กระบวนการตรวจวิเคราะห์สร้างความมั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้, ด้วยการใช้วิธีการทดสอบมาตรฐานที่เหมาะสมและได้รับการ validate ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการ verify ว่าน้ำยาวิธีการทดสอบ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์หรือบริการ เป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการทวนสอบผลการตรวจ CBC กับ automade

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(6) มีการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้ในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับระดับความผิดปกติของผลการตรวจที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการสืบค้นสำเนาข้อมูล.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

-

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(7) มีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น, และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลืออย่างปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- แนวทางในการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือ ตามมาตรฐานของIC

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

-

(8) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อม นำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการประเมินมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์จากหน่วยงานภายนอก
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- ผลการประเมินจากองค์กรภายนอก

II – 7.1 ข้อกำหนดทั่วไป (DIN.1)

บริการตรวจสอบประกอบการวินิจฉัยโรคให้ข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยมี อัตราายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ

(1) มีการวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้. แผนจัดบริการครอบคลุม ขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง³¹.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วิเคราะห์ความครอบคลุมการจัดบริการที่จำเป็นของหน่วยงาน การเข้าถึงบริการ ระยะเวลาการบริการ การรายงานผล การจัดการคิวตรวจให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย
- มีการประกันคุณภาพการตรวจโดยเทียบกับผลการประเมินจากหน่วยงานที่เชื่อถือได้

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การดำเนินงานเพื่อจัดบริการที่จำเป็น รวมถึงการจัดแนวทางการส่งต่อการตรวจอย่างเหมาะสม สะดวก ถูกต้อง และรวดเร็ว
- การประเมินผลการตรวจเมื่อเทียบกับผลการทดสอบคุณภาพ
- ความถูกต้องในการเก็บ ระบุสิ่งส่งตรวจและการรายงานผลการวินิจฉัย

(2) มีทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การพัฒนาความรู้และศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน
- การบริหารจัดการบุคลากรรับผิดชอบงานอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผู้ปฏิบัติงานได้รับวุฒิปัตร และการรับรองความรู้ความชำนาญและความสามารถในการปฏิบัติงาน
- เชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน, training need, การฝึกอบรม, การประเมินผล, และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรม

³¹ ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น accuracy, precision, reportable range, analytical specificity, analytical sensitivity, turn around time

(3) บริการตรวจสอบมีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ, ได้รับการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกเขต³² และสถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม³³ และใส่ใจต่อการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตรวจสอบ³⁴.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดพื้นที่บริการผู้ป่วยเป็นส่วนสัดส่วนเหมาะสม
- การแบ่งพื้นที่การทำงาน การจัดเก็บอุปกรณ์ เป็นสัดส่วน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- แสดงให้เห็นว่าการออกแบบและกำหนดเขตการทำงาน ได้คำนึงถึงความสะดวก ปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วย

(4) บริการตรวจสอบมีเครื่องมือและอุปกรณ์³⁵ พร้อมสำหรับทำการตรวจสอบที่ต้องการ ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย³⁶, มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน, มีการสอบเทียบ³⁷ และการใช้ผลการสอบเทียบ³⁸ อย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน มีการประกันคุณภาพเครื่องมือตามมาตรฐาน
- มีการตรวจสอบ สอบเทียบ และรับรองผลการตรวจโดยจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด
- มีการเปรียบเทียบ กับผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผ่านมาและมีการแจ้งผลการตรวจวิเคราะห์ ที่อยู่ในช่วงค่าวิกฤติ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- มีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยได้ผ่านการตรวจสอบ และมีความถูกต้องแม่นยำ

³² การแยกเขต ควรพิจารณาการแยกเขตระหว่างหน่วยย่อยซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่เข้ากันไม่ได้และการป้องกันการปนเปื้อนข้ามหน่วย

³³ สถานที่จัดเก็บที่เหมาะสม ควรคำนึงถึงสถานที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ สารเคมี เอกสาร

³⁴ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน

³⁵ อุปกรณ์ ครอบคลุมถึง วัสดุอ้างอิง น้ำยา และระบบวิเคราะห์

³⁶ สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ครอบคลุมถึง มาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น รวมทั้งการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

³⁷ การสอบเทียบ ควรกระทำกับ เครื่องมือ อุปกรณ์ น้ำยา ระบบตรวจวิเคราะห์

³⁸ การใช้ผลการสอบเทียบ เช่น การใช้ correction factors ที่เป็นปัจจุบันเพื่อปรับค่าที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์

- เปรียบเทียบผลการประกันคุณภาพ และผลวิเคราะห์การประเมินเครื่องมือ

(5) มีการประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจสอบที่รับตรวจต่อ, รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง (เช่น การทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและด้านเซลล์วิทยา)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ประเมินผลความน่าเชื่อถือว่าเป็นตามมาตรฐาน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

(6) มีการคัดเลือกและตรวจสอบการจัดซื้อจัดหา บริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ อย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้ผลิตหรือผู้ขายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การจัดทำหลักเกณฑ์และคุณลักษณะ ในการคัดเลือกวัสดุ และน้ำยาให้ตรงตามความต้องการจัดทำเป็นบัญชีรายชื่อผู้ผ่านการประเมิน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การประเมินผลการตรวจสอบเครื่องมือ น้ำยา และวัสดุต่างๆ

(7) มีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ / หน่วยทดสอบ ด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอและด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ³⁹ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ⁴⁰.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีการคร่อมสายงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ใช้บริการ
- มีการจัดทำคู่มือการส่งตรวจ มีเงื่อนไขในการรับหรือปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ การเก็บรักษาตลอดกระบวนการ การรับสิ่งส่งตรวจเป็นไปโดยไม่ล่าช้า มีการ Identification และระบุตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องและถูกข้าง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความถูกต้องของการให้บริการการตรวจทดสอบ

³⁹ ข้อมูลที่ให้คำแนะนำ เช่น ทางเลือกในการทดสอบ ความถี่ ประเภทของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

⁴⁰ มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

- การประกันเวลาในการรายงานผล และมีการรายงานผลค่าวิกฤติทันที
- มีระบบป้องกันข้อมูลที่เป็นความลับ

ข. การจัดบริการ

(1) ในการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง มีการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจและก่อนเข้ารับการตรวจ มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำคู่มือการใช้ห้องปฏิบัติการ การเก็บ การระบุตัว การให้ข้อมูลผู้ป่วย การนำส่งสิ่งส่งตรวจ การรักษา และรายการตรวจวิเคราะห์

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผลประเมินการรายงานการตรวจวิเคราะห์

(2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีความรู้และประสบการณ์ ระบุสิ่งที่พบ⁴¹ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผลการตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการ ทุกรายได้รับการตรวจสอบ และแปลผล โดยผู้มีความรู้ก่อนรายงานผล

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความน่าเชื่อถือของผลการรายงานผลตรวจทดสอบ และผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

ค. บริการรังสีวิทยา และ Medical Imaging อื่นๆ

(1) หน่วยบริการทางรังสีวิทยาและ medical imaging อื่นๆ มีความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่จะให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่, เป็นไปตามมาตรฐาน กฏระเบียบ ข้อบังคับ, ได้รับการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สถานที่ ห้องตรวจมีพื้นที่เพียงพอ ได้รับการออกแบบในการป้องกันอันตรายจากรังสีอย่างเหมาะสม
- การจัดบริเวณพื้นที่ให้บริการปลอดภัยจากรังสี มีการแยกเขตบริเวณรังสีชัดเจน

⁴¹ สรุปสิ่งที่พบ ควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น

- มีเครื่องมือทางรังสีที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความปลอดภัยก่อนการใช้งาน
- ประเมิน และจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตตามความเหมาะสมและความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการตรวจทางรังสี
- กำหนดแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน และมีการประกันคุณภาพเครื่องมือทางรังสี และเครื่องมือที่สำคัญตามมาตรฐานทางรังสี
- มีการตรวจ ทดสอบ และรับรองเครื่องมือทางรังสีโดยจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- มีข้อมูลรายงาน วิเคราะห์ความพร้อมและความปลอดภัยทางรังสี
- มีความพร้อมของเครื่องมืออื่นๆที่ช่วยในการทำงาน เช่น เครื่องล้างฟิล์ม เครื่องฉีดสารที่บรังสี เครื่องวัดความดัน เครื่องมือและยาที่ใช้ในการช่วยชีวิตอย่างเหมาะสมตามการตรวจ
- มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และยาที่จำเป็น พร้อมสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ขณะทำการตรวจ
- แสดงผลยืนยันความถูกต้อง รวดเร็วในการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการรายงานผล

(2) มีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีอย่างเคร่งครัด. มีการตรวจวัดรังสีและการรายงานผล. การจัดพื้นที่ห้องตรวจและป้ายแสดงบริเวณรังสีที่ชัดเจน. มีการกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วางระบบในการป้องกันอันตรายจากรังสีชนิดต่างๆ เพื่อให้ปลอดภัยทั้งแก่ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดพื้นที่รอตรวจที่ปลอดภัย เครื่องหมายแสดงบริเวณรังสี สัญญาณไฟแดง การแยก จัดเก็บและกำจัดกากกัมมันตรังสี
- มีคู่มือ แนวทางในการตรวจ การกำหนดปริมาณรังสีที่เหมาะสม
- มีระบบการประเมิน การวางแผน และทวนสอบก่อนการตรวจทางรังสีทุกครั้ง
- มีอุปกรณ์ในการป้องกันอันตรายจากรังสีให้แก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม ปลอดภัย
- การวัดปริมาณรังสีของบุคลากร สถานที่ และการรั่วไหลของรังสี

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความตระหนักของบุคลากรในปฏิบัติตามกฎ ระเบียบเรื่องความปลอดภัยจากรังสี
- การดำเนินการเพื่อประเมินความเสี่ยงเชิงรุกที่อาจเกิดจากอันตรายของรังสี
- แสดงผลการติดตาม ตรวจสอบ การจัดเก็บ และการกำจัดอย่างเหมาะสม รวมถึงการปนเปื้อนกับสิ่งแวดล้อม

- ตรวจสอบปริมาณรังสีของบุคลากร ห้องตรวจ พื้นที่ปนเปื้อนรังสีและพื้นที่เสี่ยงต่อรังสี

(3) มีข้อบ่งชี้ทางคลินิกที่เพียงพอ ในการส่งตรวจทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ. มีการสื่อสารข้อบ่งชี้ดังกล่าวให้หน่วยบริการและแพทย์ที่จะทำการตรวจและอ่านผล. ข้อบ่งชี้และการสื่อสารดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานแนวทางขององค์กรวิชาชีพและหลักฐานทางวิชาการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีข้อมูลการขอตรวจทางรังสีเพียงพอในการตัดสินใจการตรวจ
- มีระบบการคัดกรอง การรับใบขอตรวจทางรังสี การตรวจสอบ และปรึกษาข้อบ่งชี้ในการเลือกการตรวจที่เหมาะสมกับโรคและผู้ป่วย
- การประสานการบริการกับหน่วยงาน หอผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- การประเมินความเหมาะสมในการส่งตรวจทางรังสีทั้งข้อบ่งชี้และเวลาในการให้บริการ
- ผลการประเมิน วิเคราะห์การใช้การตรวจทางรังสีเทียบกับรายงานผลและความเหมาะสมในการรักษา
- การจัดระบบการรายงานผลในเวลาที่เหมาะสม การสื่อสารผลการตรวจที่ผิดปกติ และการประสานงานและสื่อสารกับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

(4) การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นไปอย่างถูกต้อง, มีการเขียน label ที่ถูกต้องและเหมาะสม. มีการจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดตำแหน่งและการตั้งค่าในการถ่ายภาพรังสี เพื่อให้ได้ภาพถ่ายที่มีคุณภาพ และผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยที่สุด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำคู่มือ แนวทางการตรวจ การจัดทำผู้ป่วย การกำหนดปริมาณรังสีที่ใช้กับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม และปลอดภัย
- ทุกภาพถ่ายรังสีต้องระบุชื่อผู้ป่วย การ label ข้อมูลที่สำคัญชัดเจน
- มีคู่มือ แนวทางการเตรียมตรวจ การให้คำแนะนำ ก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจ
- มีระบบในการค้นหา แก้ไขและป้องกันความผิดพลาดในการบริการทางรังสี

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- บุคลากรมีคุณวุฒิ ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ และทักษะในการใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย
- การคัดกรอง การเตรียมผู้ป่วย วิธีการตรวจ และการเลือกใช้ยา หรือสารทึบรังสีที่มั่นใจว่าเหมาะสม และปลอดภัย

- การบริการที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสีที่ถูกต้อง เหมาะสมกับเวลา และปลอดภัยโดยมีข้อบ่งชี้ในการตรวจและกระบวนการที่ช่วยลดปริมาณรังสีให้แก่ผู้ป่วย
- การวางแผนการรักษาทางรังสี มีการวางระบบเพื่อให้มีความแม่นยำ ถูกต้อง

(5) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือ medical imaging อื่นๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษาหารือแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีระบบในการประเมิน ตรวจสอบความถูกต้องการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการรายงานผลทางรังสีโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
- การรายงานผลทางรังสีมีความน่าเชื่อถือ และในเวลาที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ผู้ทำการตรวจวินิจฉัย รักษาทางรังสีมีคุณวุฒิและประสบการณ์ ได้รับการอบรมเทคนิคการตรวจใหม่ๆ
- การประเมินความถูกต้องของการตรวจ การรายงานผล

(6) บริการรังสีวิทยามีแผนงาน / ระบบบริหารคุณภาพที่จะสร้างความมั่นใจในคุณภาพของภาพรังสีที่เหมาะสม โดยมีอัตราต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด ประกอบด้วย:

- การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจทางรังสี / medical imaging อื่นๆ และแผนการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
- การควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม (กระบวนการทางรังสีเทคนิค⁴²)
- การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้
- การป้องกันและติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยง เช่น ความเสี่ยงจากการได้รับรังสี ความเสี่ยงในการใช้ยา
- การทบทวนอุบัติการณ์และการหาโอกาสพัฒนา
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
- การทบทวนแผนงานบริหารคุณภาพประจำปี

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

⁴² การควบคุมคุณภาพของกระบวนการถ่ายภาพและล้างฟิล์ม เช่น การตรวจสอบคุณภาพของ processor ประจำวัน, การตรวจสอบความสะอาดของห้องมืดประจำสัปดาห์, การตรวจสอบ visual checklist ประจำเดือน, การตรวจสอบ phantom images ทุกสามเดือน, การตรวจสอบ viewboxes ทุกสามเดือน, การทำ repeat analysis ทุกสามเดือน, การวิเคราะห์การตกค้างของ fixer บนแผ่นฟิล์มทุกหกเดือน, การตรวจสอบ fog ในห้องมืดทุกหกเดือน, การตรวจสอบ screen-film contact ประจำปี, การตรวจสอบ screen cleanliness ประจำปีหรือเมื่อจำเป็น

- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้องรวดเร็ว
 - มีระบบในการประเมิน คัดกรอง เตรียมผู้ป่วย การเลือกैया และสารที่บรังสีในการตรวจพิเศษทางรังสี
 - มีระบบประเมิน คัดกรองและเลือกैयाการตรวจที่ปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการใช้รังสี เช่นเด็ก และหญิงมีครรภ์
 - ทบทวนผลลัพธ์การบริหารคุณภาพ ความร่วมมือกับทีมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป
- การประเมินแผนงานการให้บริการ รวมถึงการมีส่วนร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วย
 - การวิเคราะห์ความก้าวหน้าในการพัฒนาตามแผน การบรรลุวัตถุประสงค์
 - ความเหมาะสมของเวลาการให้บริการ การนัดตรวจพิเศษ การรายงานผล โดยเฉพาะรายเร่งด่วน ถูกเงิน
 - ข้อมูลแสดงให้มั่นใจในเรื่องความปลอดภัย ความถูกต้องของการตรวจและรักษาทางรังสี
 - การนำอุบัติการณ์และผลลัพธ์การดำเนินการมาปรับปรุง
 - การประเมินและทบทวนความปลอดภัยในการให้บริการตรวจต่างๆทางรังสี
 - ความสำเร็จ สิ่งที่ได้ดี นวัตกรรม และความภาคภูมิใจในผลงานการบริการ

SPA II-9 การทำงานกับชุมชน

SPA II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (COM.1)

ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองต่อความต้องการของชุมชนที่
รับผิดชอบ.

(1) ทีมผู้ให้บริการกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบ, ประเมินความต้องการ และศักยภาพของชุมชน, และกำหนด
กลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของชุมชน ว่าครอบคลุมถึงชุมชนทาง
ภูมิศาสตร์ และชุมชนทางสังคมที่มารวมตัวกันเพื่อเป้าหมายเดียวกัน
- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบที่จะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันทำความเข้าใจบริบทของชุมชนที่รับผิดชอบ โดย
 - ประเมินความต้องการของชุมชน ซึ่งครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของ
ชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพของ
ชุมชน
 - ทบทวน ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ และขีดความสามารถในปัจจุบันของชุมชน ครอบคลุม
มุมมองด้านการส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟู
 - ประเมินศักยภาพของชุมชน เพื่อรับรู้ถึงความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของชุมชนนั้นๆ ถ้าหาก
ชุมชนนั้นได้รับการสนับสนุน ด้านการบริการ ประสานความร่วมมือ ส่งเสริม เพิ่มพลังอำนาจอย่าง
เต็มที่
 - กำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน (ซึ่งอาจมีทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือด้วย
โอกาส กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ)

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ

(2) ทีมผู้ให้บริการวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการและ
ปัญหาของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดย

- ใช้ข้อมูลทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มบุคคล และระดับชุมชน เพื่อระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ
- พิจารณาบริการให้ครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ
- พิจารณาบริการที่เป็นไปได้ ได้แก่
 - การดูแลสุขภาพ
 - การช่วยเหลือสนับสนุน
 - การส่งเสริมการเรียนรู้
 - การพัฒนาทักษะสุขภาพ
 - การชี้ประเด็นนโยบายสาธารณะ
 - การสร้างเครือข่าย
- จัดทำแผนประกอบด้วยเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และตัวชี้วัดที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปแผนงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนจำแนกตามลักษณะบริการต่างๆ และผลคาดว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน

(3) ทีมผู้ให้บริการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการดำเนินการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนตามแผนที่กำหนดไว้ในข้อ (2)
- ทีมผู้ให้บริการแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัย ร้านขายยาในชุมชน การแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น
- ทบทวนการจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยพิจารณาถึงลักษณะการดำเนิน ความครอบคลุม ความเหมาะสมสอดคล้องกับแผนงานที่วางไว้ และรูปแบบ ลักษณะ ระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - การดูแลสุขภาพ
 - การช่วยเหลือสนับสนุน
 - การส่งเสริมการเรียนรู้
 - การพัฒนาทักษะสุขภาพ
 - การชี้ประเด็นนโยบายสาธารณะ
 - การสร้างเครือข่าย

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- ความครอบคลุมของการดำเนินงาน, ความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ

(4) ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลและปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เปรียบเทียบกับแผนงานและความต้องการสุขภาพของชุมชน
- ทีมผู้ให้บริการนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสารแก่ชุมชนที่มีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (COM.2)

ทีมผู้ให้บริการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

(1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร ที่เข้มแข็งกับชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดหรือทบทวนทิศทางนโยบายในเรื่องการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายของชุมชน ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของ รพ.
- ผู้นำทุกระดับ ทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินการของทีมผู้ให้บริการ ในการดำเนินการเสริมพลังชุมชน อย่างชัดเจนและสื่อสารทั่วถึงทั้งองค์กร
- ทีมผู้ให้บริการ ทบทวนปรับปรุงบทบาทการทำงานให้ลักษณะดำเนินการให้ ไปสู่การให้บริการ ในลักษณะคู่พันธมิตร หุ่นส่วนทางสุขภาพ ที่เข้มแข็ง ด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร ที่จำเป็นเพื่อการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน และการเรียนรู้ร่วมกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปภาพรวมที่เป็นรูปธรรมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายของชุมชน การเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งกับชุมชน

(2) องค์กรมีส่วนร่วมในการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจว่านโยบายสาธารณะ อาจจะมาจากการกำหนดมาตรการเชิงบังคับโดยส่วนราชการ หรือมาจากมาตรการเชิงสังคมโดยชุมชนก็ได้
- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ เพื่อกำหนดหรือทบทวนประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่องค์กรควรมีบทบาทในการชี้แนะและสนับสนุน
- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ ชุมชน องค์กร และบุคคลผู้เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแต่ละประเด็น รวมถึงรูปแบบการมีส่วนร่วม สารสนเทศที่จำเป็น และช่องทางการสื่อสาร
- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง สร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องและสื่อสารแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของประเด็นนโยบายสาธารณะดังกล่าว และนำไปสู่การกำหนดมาตรการต่างๆ โดยชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- นโยบายสาธารณะที่องค์กรขับเคลื่อน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

(3) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์กลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่จะมีบทบาทในการแก้ปัญหาของชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV
- ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้ เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- กลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่องค์กรเข้าไปส่งเสริมความสามารถ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของกลุ่มดังกล่าว

(4) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล (รวมถึงความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม) ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชนทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และทักษะสุขภาพส่วนบุคคลของชุมชนที่รับผิดชอบ ในปัจจุบัน
- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชน ทบทวนการดำเนินการร่วมกับชุมชนในปัจจุบัน ในการส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย อาหาร)
 - การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ
 - การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง
 - การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน
- ทีมผู้ให้บริการ ประเมินผลการสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลร่วมกับชุมชน และประเมินแนวโน้มสุขภาพส่วนบุคคลในภาพรวม ที่เกิดขึ้นหลังมีความร่วมมือกัน

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปภาพรวมของความร่วมมือที่เกิดขึ้นจริง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล

(5) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชน ทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ และผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ในปัจจุบัน
- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชน ทบทวนการดำเนินการร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ในปัจจุบัน ในการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี
 - การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
 - สิ่งแวดล้อมเพื่อสันติภาพ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ประเมินผลการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปภาพรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

(6) องค์กร ร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชน ทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของผู้ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ และปัญหาสิ่งแวดล้อมทางสังคมในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในปัจจุบัน
- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชน ทบทวนการดำเนินการร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ในปัจจุบัน ในส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในประเด็นดังต่อไปนี้
 - การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม)
 - การสร้างเครือข่ายทางสังคม
 - ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน
- ทีมผู้ให้บริการ ร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ประเมินผลการส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ประเด็นที่ควรตอบในแบบประเมินตนเองโดยสรุป

- สรุปภาพรวมการส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี