SPA

Part II

(Standards-Practice-Assessment)

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 2

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

SPA Part II

(Standards-Practice-Assessment)

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ตอนที่ 2

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part II

สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

จัดพิมพ์โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: ธันวาคม 2564

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

SPA (Standards-Practice-Assessment) Part II

คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5.--นนทบุรี: สถาบัน, 2552.

224 หน้า.

1. โรงพยาบาล--มาตรฐาน. 2. โรงพยาบาล--บริการส่งเสริมสุขภาพ--มาตรฐาน. I. ชื่อเรื่อง.

ISBN 978-616-8024-51-5

ออกแบบและพิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด

โทร. 0 2903 8257-9

คำนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 จัดทำเสร็จสิ้นเมื่อปี พ.ศ. 2564 โดยมีผลบังคับใช้เพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นไป ซึ่งมีเนื้อหาหลักในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยและระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยรวม

เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของมาตรฐาน สามารถนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติได้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) จึงได้จัดทำคู่มือฉบับนี้ขึ้น ซึ่งเป็นการขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการสำหรับมาตรฐานแต่ละข้อ โดยอธิบายให้เห็นรูปธรรมของการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน ให้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลของการปฏิบัติตามมาตรฐาน รวมทั้งมีการปรับเนื้อหาให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับมาตรฐานฉบับใหม่และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้ พบว่าเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญที่โรงพยาบาลใช้ประโยชน์ในการพูดคุยทำความเข้าใจ ใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติซึ่งมีการขยายขอบเขตไปเกินกว่าที่อธิบายไว้ และยังใช้เป็นแนวทางพิจารณาในการให้คะแนนการปฏิบัติตามมาตรฐานอีกด้วย

สรพ.หวังว่าความเข้าใจและการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัยยิ่งขึ้น รวมทั้งจะมีข้อมูลเชิงปฏิบัติต่างๆ เกิดขึ้นมากมาย และป้อนกลับมาที่ สรพ.เพื่อให้คู่มือฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กันยายน 2565

คำนำของผู้เรียบเรียง

การปรับปรุงเอกสาร SPA (Standards-Practice-Assessment) สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ฉบับนี้ ยังคงใช้แนวคิด Empowerment Evaluation เพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติ และสามารถทำการประเมินผลเพื่อรับรู้ความสำเร็จและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะปรากฏอยู่ทั้งในส่วน **กิจกรรมที่ควรดำเนินการ** (practice) และ**ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง** (assessment)

เพื่อให้เห็นแนวทางการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติให้มากที่สุด คู่มือนี้จะให้คำแนะนำให้ทีมงานศึกษาแนวคิดสำคัญในเรื่องนั้นก่อนๆ และให้แนวทางสำหรับการค้นหาประเด็นที่มีความสำคัญตามบริบทขององค์กร โดยประมวลข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ให้มากที่สุด รวมทั้ง Extended Evaluation Guide (EEG) สำหรับ Advanced HA และคำขยายความของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (MBNQA/TQA)

การชี้ให้เห็นแง่มุมที่หลากหลายของการนำไปปฏิบัติ อาจจะมากเกินไปสำหรับบางองค์กรที่อยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำขององค์กรที่จะพิจารณาว่าอะไรที่จะเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ แต่สำหรับองค์กรที่มุ่งสู่ Advanced HA แล้ว ทั้งหมดที่อยู่ในคู่มือนี้คือสิ่งที่พึงใช้ความพยายามดำเนินการให้มากที่สุด

ในส่วนของ Assessment ได้แยกออกเป็นการปฏิบัติ (practices) และผลลัพธ์ (results) ซึ่งการประเมินผลลัพธ์ก็คือการประเมิน Performance ตาม Performance Evaluation Framework ของ Advanced HA นั่นเอง

อาจกล่าวได้ว่าคู่มือฉบับนี้เป็นคู่มือการเรียนลัดสำหรับผู้บริหารสถานพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลขององค์กร ควบคู่ไปกับการดำเนินการยกระดับ Performance ขององค์กร

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
กันยายน 2565

สารบัญ

คำนำ III

คำนำของผู้เรียบเรียง IV

สารบัญ V

แนวคิด 1

SPA II - 1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management) 3

SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System) 28

SPA II - 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance) 45

SPA II - 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance) 55

SPA II - 3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย
(Physical Environment and Safety) 63

SPA II - 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System) 72

SPA II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
(Environment for Health Promotion and Environment Protection) 80

SPA II - 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
(Infection Prevention and Control Program) 87

SPA II - 4.2 การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ
(Infection Prevention Practices) 105

SPA II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน
(Medication Record Management System) 118

SPA II - 5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Paient Medical Record) 126

SPA II - 6.1 การกำกับดูแลด้านยาและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน
(Medication Oversight and Supportive Environment) 128

SPA II - 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices) 151

SPA II - 7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์
(Radiology/Medical Imaging Services).....171

SPA II - 7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก
(Medical Laboratory/Clinical Pathology Service) 186

SPA II – 7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติศาสตร์และนิติเวชคลินิก
(Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)...198

SPA II – 7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
(Blood Bank and TransfusionService) 199

SPA II – 7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ (Other Diagnostic Investigation) 201

SPA II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
(Disease and Health Hazard Surveillance).....203

SPA II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน
(Health Promotion for the Communities) 211

SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) 215

แนวคิด

SPA (Standards – Practice – Assessment)

จาก SA (self assessment) สู่ SPA มีอักขระที่เพิ่มขึ้นคือ **"P"** "P" คือ Practice คือการเน้นความสำคัญของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มาตรฐานนั้นจึงจะเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

การนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ง่ายๆ โดยใช้วิธีการ "คุยกันเล่น – เห็นของจริง – อิงการวิจัย"

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 นี้ มีกรอบข้อกำหนดและค่านิยมหลักที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) เป็นมาตรฐานที่เน้นกระบวนการและผลลัพธ์ รวมทั้งเน้นการนำมาตรฐานไปใช้อย่างเชื่อมโยงกันด้วยมุมมองเชิงระบบ

ในส่วน **P – Practice** ของ SPA สรพ. ได้จัดทำเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ ระบุถึงแนวคิดสำคัญที่ทีมงานควรศึกษาให้เข้าใจ ขั้นตอนในการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ การประเมินผลหรือเรียนรู้ที่ควรจะเกิดขึ้น ลงท้ายด้วยประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การจะตอบแบบประเมินตนเองได้จึงต้องนำมาตรฐานไปปฏิบัติแล้วระยะหนึ่ง

เพื่อให้ง่ายขึ้นในการปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล สรพ.ได้จัดทำ SPA โดยมีแนวคิดดังนี้

- เน้นการมีกิจกรรมหรือกระบวนการพื้นฐานและการใช้ประโยชน์ในขั้นต้น
- เรียนรู้จากการใช้ประโยชน์กิจกรรมหรือกระบวนการเหล่านั้น เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมหรือกระบวนการให้เป็นระบบยิ่งขึ้น
- กระบวนการที่เป็นระบบ (systematic approach) คือกระบวนการที่กำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และรอบเวลาดำเนินการที่ชัดเจน ทำให้สามารถทำซ้ำได้เหมือนเดิม มีการวัดและประเมินผลอย่างเหมาะสมเพื่อปรับปรุงกระบวนการนั้นให้ได้ผลดียิ่งขึ้น (ควรแยกแยะให้ชัดระหว่างการปรับปรุงกระบวนการด้านการจัดการภายในองค์กร กับกระบวนการด้านการให้บริการ)

- สิ่งที่ระบุว่าเป็นแนวทางในการดำเนินการในเอกสารชุดนี้เป็นข้อเสนอให้ผู้นำและทีมงานของ โรงพยาบาลพิจารณาเท่านั้น ควรเลือกดำเนินการเฉพาะเท่าที่จะเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล แต่อย่างน้อยควรนำมาสู่ข้อมูลที่จะตอบในประเด็นสำคัญที่ระบุไว้ได้
- จุดเน้นในการตอบแบบประเมินตนเอง คือบทเรียนและผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ ซึ่งบทเรียนนั้นควรผ่านการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญร่วมกันในทีมงานที่เกี่ยวข้อง นั่นคือการเน้นในส่วนของ Context และ Study หรือ Learning ในวงล้อ PDSA โดยไม่ต้องบรรยายวิธีการหรือหลักคิดเพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในการจัดทำเอกสาร

II–1 การบริหารงานคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย

SPA II - 1.1 การบริหารงานคุณภาพ (Quality Management)

องค์กรมีการบริหารงานคุณภาพ ที่ประสานสอดคล้องกันในทุกระดับ.

ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ (Quality Management System)

(1) องค์กรนำระบบบริหารคุณภาพสู่การปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบสำคัญเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การนำสู่การปฏิบัติ การธำรง การเรียนรู้ และการพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพ.

(i) มีการบริหารคุณภาพตามหลักการหรือแนวคิดของการบริหารคุณภาพ (concept) โดยคำนึงถึงบริบทจำเพาะขององค์กร รวมถึงความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (context) และต้องสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ความรู้ชัดแจ้งและความรู้ในตัวบุคคล (criteria);

(ii) มีการกำหนดวัตถุประสงค์คุณภาพ (objective/purpose) ที่ใช้ติดตามประเมินผลได้;

(iii) นำไปสู่การออกแบบ (design) ระบบ/กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (people-centred) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (action) ที่ได้ผล โดยมีการกำกับติดตาม ประเมินผล และการเรียนรู้ (learning) อย่างต่อเนื่อง เพื่อการปรับปรุงพัฒนาระบบ/กระบวนการ (improve) การสร้างนวัตกรรม การบูรณาการ รวมถึงการออกแบบใหม่ (re-design) อย่างเป็นระบบ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจการใช้แนวคิด 3C-DALI ในการพัฒนาคุณภาพในระดับต่างๆ และในรูปแบบต่างๆ

PDSA		3P	DALI	3C-DALI	RM	ADLI (TQA)
				Core values Context Criteria	Context	
Plan	Purpose	Purpose	Design	Purpose	RM Objective	Approach
	Process design	Process		Design	Risk assessment & response	
Do	Process deployment		Action	Action	Risk control	Deployment
Study	Performance measurement	Performance	Learning	Learning	Risk monitor & review	Learning
Act	Performance improvement		Improve (PDSA)	Improve (PDSA)	Improve	
						Integration

- ในส่วนของหลักการหรือแนวคิด (concepts) ควรศึกษา Core Values & Concepts ของ HA ร่วมกับค่านิยมหลักขององค์กร ทบทวนรูปธรรมของการนำมาปฏิบัติในส่วนงานต่างๆ และหาโอกาสที่จะใช้ให้เกิดประโยชน์ให้มากขึ้น
    - ค่านิยมและแนวคิดหลักของ HA แบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ ทิศทางนำ ผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ ควรให้ความสำคัญกับ Systems Perspective, Patient and Customer Focus, และ Focus on Result
- ในส่วนของบริบทจำเพาะขององค์กร (contexts) ควรพิจารณาบริบทในทุกระดับ (ภาพรวม ระบบงาน กลุ่มผู้ป่วย หน่วยงาน) ทั้งในด้านความต้องการของผู้รับผลงาน ศักยภาพในการให้บริการ และสิ่งแวดล้อม
- ในส่วนของหลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ (ctiteria) และความรู้ (knowledge) ครอบคลุมทั้งข้อกำหนดในมาตรฐาน HA กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานและแนวปฏิบัติของวิชาชีพ รวมทั้งความรู้เชิงปฏิบัติต่างๆ
- การพัฒนาคุณภาพควรขับเคลื่อนอย่างมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้รับผลงาน ข้อกำหนดของวิชาชีพ และทิศทางนโยบายขององค์กร
    - ควรมีเป้าหมายของการทำงานและเป้าหมายคุณภาพในทุกระดับเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล
- การออกแบบ (design) ควรเน้นการออกแบบเพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงาน โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้รับผลงานและคนทำงาน ร่วมกับปัจจัยมนุษย์ (human factors) คุณค่าของการดูแลผู้ป่วย ควรพิจารณา (1) People-centredness การตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกและสร้างประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้ป่วย (2) Clinical Effectiveness การดูแลรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยที่ได้ผล (3) ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร

- การนำระบบที่ออกแบบไปปฏิบัติ (action) ควรทำให้มั่นใจในความคงเส้นคงวา (consistency) และการปฏิบัติตามแนวทางที่ออกแบบไว้ (compliance)
- การเรียนรู้ (learning) ควรใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการเรียนรู้ (ดูรายละเอียดในข้อ 4, 5, 6)
- การพัฒนา (improve) ควรนำไปสู่การเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้รับผลงานอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนในการหมุนวงล้อ 3C-DALI หรือ 3P	• ความครอบคลุมและความต่อเนื่องของการใช้ 3C-DALI หรือ 3P

(2) องค์กรนำระบบการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ไปสู่การปฏิบัติที่มีการประสานงานและบูรณาการ ดังต่อไปนี้:

(i) กำหนดนิยาม “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” เพื่อนำไปปฏิบัติและสื่อสารในองค์กรให้เป็นในทิศทางเดียวกัน

(ii) กำหนดให้การบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง สอดคล้องและเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ขององค์กร;

(iii) ผู้นำทุกระดับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย โดยทบทวนและกำกับติดตามผลและความก้าวหน้าการดำเนินการและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแก้ไขปัญหาอุปสรรค

(iv) มีการประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรมทั้งหมดเกี่ยวกับคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล;

(v) มีการจัดโครงสร้างงานคุณภาพที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับลักษณะองค์กร เพื่อสนับสนุนและประสานแผนงานต่างๆ มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ (accountability & responsibility) ในการพัฒนาคุณภาพและการพัฒนาผลการดำเนินการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

นิยามเชิงปฏิบัติการ

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องทบทวนนิยามเชิงปฏิบัติการของคำว่า “ความเสี่ยง” และ “คุณภาพ” ที่เข้าใจง่าย และสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจให้ตรงกัน เช่น
    - **“คุณภาพ”**
        - คุณภาพ คือ คุณลักษณะโดยรวมที่แสดงถึงความมีคุณค่า สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ หรือเหมาะสมกับเป้าหมายที่กำหนด
        - คุณภาพบริการสาธารณสุข หมายความว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย์ สังคมวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้อย่างเหมาะสม (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559
        - มิติคุณภาพ คือแง่มุมต่างๆ ของคุณภาพ ซึ่งอาจได้แก่ Accessibility, Acceptability, Appropriateness, Competency, Continuity, Coverage, Effectiveness, Efficiency, Equity, Humanized/Holistic/People-centredness, Responsive/ Respect, Safety, Timeliness สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา การกำหนดตัวชี้วัดการกำหนดประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงานหรือกลุ่มผู้ป่วย
    - **“ความเสี่ยง”**
        - ความเสี่ยง คือ โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์ (the probability that an incident will occur)
        - ความเสี่ยง คือ ความเป็นไปได้ที่จะเกิดเหตุการณ์ที่มีผลต่อการบรรลุกลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของกิจการ (COSO 2107)
        - ความเสี่ยง คือ ผลของความไม่แน่นอนที่มีต่อการบรรลุวัตถุประสงค์ (ISO31000)
    - 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
- ความผิดพลั้ง (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 มีโอกาสเกิดความผิดพลั้ง (2) สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการตำหนิกัน บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลั้งหรือ Near Miss โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ (3) มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล่อแหลมต่าง ๆ (4) ความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อควาปลอดภัย (AHRQ)

- ผู้นำมอบให้ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินความเข้าใจ การนำไปใช้ประโยชน์ และความต้องการในการกำหนดความหมายของคำสำคัญที่ควรเข้าใจให้ตรงกัน

การบูรณาการกับแผนกลยุทธ์ขององค์กร

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนว่าแผนกลยุทธ์ขององค์กรมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ แล้วหรือไม่ มีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานชัดเจนหรือไม่
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความก้าวหน้าและการบรรลุตามเป้าหมายของแผน และดำเนินการตอบสนองตามเหมาะสม

การทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนา

- ผู้นำทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในประเด็นข้างล่างนี้ และดำเนินการให้เข้มข้นมากขึ้น
    - การให้การฝึกอบรมที่สอดคล้องกับบทบาทของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
    - การให้โอกาสในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย
    - การให้แนวทางและความช่วยเหลือ
    - การขจัดอุปสรรคในการพัฒนา
    - การสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล
    - การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งเทคโนโลยีและทรัพยากรสำหรับการติดตามวัดผล (tracking) และเปรียบเทียบผล
    - การปรับระบบบริหารเพื่อเกื้อหนุนการพัฒนาคุณภาพ

การกำกับติดตาม

- ผู้นำจัดให้มีระบบการรายงานความก้าวหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพตามแผน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ
- ผู้นำระดับต้นดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างเต็มความสามารถ และกลั่นกรองขอการสนับสนุนขึ้นมาเป็นลำดับชั้นหากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วยตนเอง
- ผู้นำระดับสูงรับทราบความก้าวหน้าและผลการพัฒนา พิจารณาความพอเพียงของสิ่งที่ดำเนินการอยู่ และตอบสนองอย่างเหมาะสม (เช่น เพิ่มเป้าหมาย ปรับแผน สนับสนุนทรัพยากร เป็นต้น)

การประสานและบูรณาการแผนงาน/กิจกรรม

- คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย ความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง
    - ร่วมกันบูรณาการและประสานโปรแกรมการบริหารคุณภาพ/การประกันคุณภาพ/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง ในทุกขั้นตอนของการวางแผน ดำเนินการ และประเมินผล
    - ร่วมกันวิเคราะห์ระบบงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัน เช่น ระบบบริหารอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ระบบบริการอาชีวอนามัย ระบบยา ระบบสารสนเทศ ระบบพัฒนาบุคลากร ระบบรายงานอุบัติการณ์

ระบบการทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ระบบผู้ป่วย/ลูกค้าสัมพันธ์ ระบบเวชระเบียน ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพ เป็นต้น

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกันอย่างไร
    - ข้อมูลของระบบหนึ่งจะนำไปใช้เป็นประโยชน์สำหรับระบบอื่นๆ ได้อย่างไร เช่น ข้อมูลจากระบบรายงานอุบัติการณ์ จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อระบบการพัฒนาบุคลากร ระบบการนิเทศงาน ได้อย่างไร เป็นต้น
    - วิเคราะห์ว่าระบบใดเป็นผู้รับผลงานของระบบที่เรารับผิดชอบ รับรู้ความต้องการและดำเนินการตอบสนองความต้องการของระบบที่เป็นผู้รับผลงานของเราหรือทำงานต่อจากเรา
    - การวางแผนดำเนินการของระบบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยง มีอะไรบ้างที่สามารถทำร่วมกันได้ เช่น การวิเคราะห์ความเสี่ยง การตรวจเยี่ยมในสถานที่จริง การออกแบบระบบเพื่อป้องกันความเสี่ยง การจัดทำคู่มือ การฝึกอบรม การรายงาน การติดตาม การปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ เป็นต้น
    - การบูรณาการระบบบริหารความเสี่ยงสู่การปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน
    - การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ยังไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบที่เหมาะสม
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาว่าจะบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารคุณภาพ ความปลอดภัย และความเสี่ยงอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นต่อไปนี้
    - การติดตามตัววัดคุณภาพและความปลอดภัย และการวิเคราะห์ข้อมูล
    - ข้อมูลความเสี่ยงและอุบัติการณ์ในภาพรวมของโรงพยาบาล ซึ่งควรจะมีความชัดเจนในวิธีการประมวลผลจากหน่วยย่อยมาสู่ภาพรวมเป็นลำดับชั้น ควรสามารถแสดงข้อมูลแนวโน้มตามลำดับเวลา (trend) และการจำแนกข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถวิเคราะห์จุดที่จะดำเนินการปรับปรุงได้
    - การระบุหรือขึ้นทะเบียนความเสี่ยงที่ต้องดำเนินการแก้ไข และการติดตามความก้าวหน้า

โครงสร้างงานคุณภาพ

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งอย่างน้อยควรประกอบด้วย
    - ทีมนำระดับสูงที่ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพ (ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นทีมเดียวกับคณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์กร และ

ควรรับผิดชอบเรื่องการพัฒนาผลการดำเนินการทุกวิธี ไม่ว่าจะใช้เครื่องมือหรือมาตรฐานใด)

- ทีมนำระดับกลาง ซึ่งรับผิดชอบการพัฒนาเฉพาะเรื่อง รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น Clinical Lead Team/Patient Care Team เป็นต้น
- หน่วยงานและกลุ่มคนที่ทำหน้าที่วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล สนับสนุน และจัดการความรู้ ในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย

- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกับทบทวนหรือกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพ (quality improvement) และพัฒนาผลการดำเนินงาน (performance improvement) ของโครงสร้างและตัวบุคคล ทั้งโครงสร้างบริหารปกติและโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (ต้องไม่ลืมที่จะระบุหน้าที่ของผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับต่อการพัฒนา)
  - ผลการดำเนินงาน (performance) หมายถึงผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการ ผลิตภัณฑ์/บริการ และผู้รับผลงาน ซึ่งสามารถประเมินและเปรียบเทียบได้ ผลการดำเนินงานนี้อาจจำแนกได้เป็นผลด้านผลิตภัณฑ์/บริการ ด้านการมุ่งเน้นผู้รับผลงาน ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงินและตลาด (MBNQA)
  - ภาระรับผิดรับชอบ (accountability) หมายถึงการรับผิดรับชอบต่อผลลัพธ์ของการกระทำหรือการตัดสินใจ การไม่กระทำหรือไม่ตัดสินใจ และพันธะที่จะต้องตอบคำถามอธิบายการกระทำ
  - หน้าที่รับผิดชอบ (responsibility) หมายถึงพันธะในการลงมือกระทำ หรือตัดสินใจ หรือควบคุมสิ่งต่างๆ
- ผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ รวมทั้งการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพที่ใช้อยู่ และวางแผนปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การกำหนดทิศทาง: สรุปลำดับความสำคัญและความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย • วัฒนธรรมความปลอดภัย: (1) การปรับปรุงที่เป็นผลจากการทำ Leadership Walkround (2) ผลการประเมินระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น • การสร้างสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการมุ่งเน้นคนเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้ รวมทั้งวิธีการติดตามพฤติกรรมของบุคลากร • การกำกับติดตาม: การตอบสนองของผู้นำที่เป็นผลจากการกำกับติดตาม • นิยามเชิงปฏิบัติการ: สรุปบทเรียนจากความเข้าใจหรือไม่เข้าใจในความหมายของคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความเสี่ยง • การบูรณาการกับแผนกลยุทธ์: (1) สรุปแผนกลยุทธ์และเป้าหมายของแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ (2) สรุปการประเมินความก้าวหน้า การบรรลุเป้าหมายและการตอบสนองที่เกิดขึ้น • ภาพรวมของการประสานเชื่อมโยงระบบที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ความปลอดภัย ความเสี่ยง และการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารระบบดังกล่าว	• ประสิทธิผลของการประสานและบูรณาการแผนงานเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัย

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• โครงสร้างงานคุณภาพ: (1) ผลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ (2) ผลการประเมินประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของคณะกรรมการต่างๆ (3) การปรับปรุงที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์และประเมิน	

(3) องค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในทุกระดับ:

(i) มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ได้ผล ทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร และระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;

(ii) มีความร่วมมือกันในกลุ่มบุคลากร ในการปฏิบัติงานประจำด้วยการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่มี คุณภาพสูง โดยตระหนักในความปลอดภัยและความรับผิดชอบของวิชาชีพ;

(iv) ส่งเสริมให้มีทีมพัฒนาคุณภาพที่หลากหลาย;

(v) จัดให้มีทีมคร่อมสายงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำของระบบงานสำคัญขององค์กร.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

การสื่อสารและแก้ปัญหา

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพทบทวนและวิเคราะห์โอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการสื่อสารและการแก้ปัญหา
  - ภายในหน่วยงาน/วิชาชีพ
  - ระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ
  - ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร
  - ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำโอกาสพัฒนาที่พบไปดำเนินการปรับปรุง

ทีมในงานปกติประจำ

- หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วย ประเมินความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมในงานประจำเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
    - กิจกรรมประจำวันทั่วไป เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกัน การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (โดยมีการแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม) การใช้ข้อมูลของแต่ละวิชาชีพ การให้ข้อเสนอแนะและระบุความต้องการของตนแก่เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
    - นำอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาทบทวนเพื่อปรับปรุงแนวทางการทำงานร่วมกัน
- ทุกทีมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยศึกษา TeamSTEPPS (team strategies and tools to enhance performance and patient safety) ของ AHRQ และนำไปปฏิบัติ
- หัวหน้าหน่วยงานออกแบบระบบงานหรือกิจกรรมการทำงานที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม เช่น การจัดให้มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ การกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เป็นต้น
- ศูนย์คุณภาพจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ

ทีมพัฒนาคุณภาพ

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพ ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานและทีมนำระดับกลางร่วมกันประเมินการก่อตัวและการทำหน้าที่ของทีมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ
    - ทีมพัฒนาคุณภาพที่รวมตัวกันเอง (เช่น กลุ่ม QC/CQI เป็นต้น) จากความต้องการแก้ปัญหาที่พบในงานของตนเอง
    - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพตามประเด็นสำคัญของหน่วยงาน (จากการวิเคราะห์ service profile)
    - ทีมพัฒนาคุณภาพที่จัดตั้งขึ้นตามการเข็มมุ่งขององค์กรหรือการชี้นำของทีมนำระดับต่าง ๆ (ซึ่งมักจะมีลักษณะเป็นทีมคร่อมสายงาน)
- ประเด็นที่ควรประเมินได้แก่
    - ความสามารถในการจัดให้มีทีมพัฒนาคุณภาพให้มีสมดุลระหว่างจำนวนเรื่องที่ต้องมีการพัฒนาและกำลังคนที่มีอยู่
    - การเลือกประเด็นที่สำคัญมาดำเนินการพัฒนาคุณภาพ
    - ความตื่นตัว ความต่อเนื่อง ความตั้งใจ ในการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ รวมทั้งระบบและบรรยากาศที่สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

- ผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้เพียงใด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำมาขยายผลอย่างไร

- ทีมที่เกี่ยวข้องร่วมกันปรับปรุงการก่อตัวและการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ (เช่น การวิเคราะห์โอกาสพัฒนาและการทำวิจัยร่วมกัน การจัดลำดับความสำคัญ การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนต่างๆ การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประเมินคุณค่าของผลงาน เป็นต้น)

ทีมกำกับดูแลภาพรวม

- ทีมนำระดับสูงกำหนดให้มีการประเมินทีมคร่อมสายงาน/ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง (ทีมนำระดับกลาง) ในประเด็นต่อไปนี้
  - ความเหมาะสมของการมีทีมต่างๆ ในภาพรวม (เทียบกับบริบทขององค์กร)
  - ความเหมาะสมขององค์ประกอบของสมาชิกในทีมต่างๆ (รวมถึงการที่สมาชิกแต่ละคนไม่ต้องรับภาระมากเกินจำเป็น)
  - ช่องทางการสื่อสาร การประสานงาน การรายงาน และการติดตามกำกับ
  - ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนา กำหนดทิศทาง ให้การสนับสนุน ติดตามกำกับการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในด้านต่างๆ
- ทีมนำระดับสูงนำผลการประเมินมาปรับปรุงการดำเนินงานของทีมดังกล่าว (เช่น การปรับโครงสร้าง การปรับองค์ประกอบของทีม การกำหนดบทบาทหน้าที่และวิธีทำงานให้ชัดเจนขึ้น การปรับปรุงช่องทางการสื่อสารและการรายงาน การฝึกอบรมให้ทีมมีเครื่องมือและวิธีคิดในการทำงานใหม่ๆ การกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีม เป็นต้น)

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น • วิธีการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมในงานปกติประจำ • บทเรียนการทำงานเป็นทีมในระดับต่างๆ เป็นอย่างไร มีการปรับปรุงการทำงานเป็นทีมอย่างไร	• ผลการประเมินและปรับปรุงการส่งเสริมการทำงานของทีมพัฒนาคุณภาพ • ผลการประเมินและปรับปรุงการทำงานของทีมนำระดับกลางที่ทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละเรื่อง

(4) องค์กรใช้การประเมินตนเองเพื่อค้นหาโอกาสในการพัฒนา:

(i) มีการใช้เทคนิคการประเมินผลในรูปแบบต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ตั้งแต่วิธีการเชิงคุณภาพ ไปถึง การประเมินที่เป็นระบบโดยใช้วิธีการเชิงปริมาณ หรือการวิจัย;

(ii) มีการประเมินการออกแบบระบบบริการเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน;

(iii) มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการกับ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร/หน่วยงาน แนวปฏิบัติที่มีหลักฐานวิชาการรองรับ มาตรฐานโรงพยาบาลและมาตรฐานอื่นๆ และตัวเทียบ (benchmark) ในระดับชาติหรือระดับสากลที่เหมาะสมเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ;

(iv) มีการใช้วิธีการประเมินตนเองที่หลากหลาย ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การเขียนบันทึกความก้าวหน้าและรายงานการประเมินตนเอง การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การเยี่ยมสำรวจภายใน การสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ การทบทวนหลังกิจกรรม การติดตามตัวชี้วัด.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

เทคนิคการประเมินผล

- 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 ไปทำการศึกษาในลักษณะ Rapid Assessment เพื่อรับรู้ระดับการปฏิบัติ ปัญหา ความพยายามในการแก้ปัญหา ความรู้สึกของผู้เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้น (ไม่จำเป็นต้องครบทุกหัวข้อตามนี้)

- ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเต็มรูปแบบในเรื่องที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าวิธีการปฏิบัติเช่นไรเป็นวิธีการที่ให้ผลดีกว่ากัน เน้นการทำวิจัยเพื่อนำคำตอบมาใช้มากกว่าการสร้างผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์

การเปรียบเทียบผล

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

สิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบ	วิธีการ/ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
ความต้องการของผู้ป่วยในภาพรวม	ทีมงานผู้ป่วยสัมพันธ์วิเคราะห์ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ วิเคราะห์การยอมรับได้ของผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น ระยะเวลารอคอยในจุดต่างๆ
ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยเฉพาะจุดบริการ	หน่วยงานหรือทีมนำทางคลินิกวิเคราะห์การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในจุดที่เป็นความต้องการเฉพาะสำหรับบริการนั้น
เป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร	ทีมงานที่รับผิดชอบกลยุทธ์และระบบงานสำคัญประเมินการบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง (ควรจะได้ทำตามมาตรฐาน I-2 และ I-4 แล้ว)
มาตรฐานโรงพยาบาล	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้มาตรฐานเพื่อการตามรอยหรือการทำ Mini-research
ข้อกำหนดของวิชาชีพ/CPG	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ Gap Analysis เพื่อวิเคราะห์ข้อแตกต่างระหว่างข้อกำหนดของวิชาชีพหรือข้อแนะนำบนพื้นฐานของ Evidence กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง และวางแผนปรับปรุง

สิ่งที่จะใช้เปรียบเทียบ	วิธีการ/ทีมงานที่เกี่ยวข้อง
กฎระเบียบของส่วนราชการ	ทีมงานที่เกี่ยวข้องใช้ Gap Analysis
ตัวเทียบในระดับชาติหรือระดับสากล	ทีมนำทางคลินิกเข้าร่วมในโปรแกรมตัวชี้วัดเปรียบเทียบ หรือแสวงหาตัวชี้วัดที่นิยมใช้กันแพร่หลายมาเปรียบเทียบกับผลงานของตน เช่น ระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP)

วิธีการประเมินผล

- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาและจัดให้มีกิจกรรมประเมินตนเองในรูปแบบต่างๆ โดยเน้นการสร้างวัฒนธรรมการประเมินตนเองเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาต่อเนื่อง มากกว่าการจัดทำเพียงรูปแบบ 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
    - การเยี่ยมเพื่อซักซ้อมความเข้าใจ รับรู้บทเรียนและปัญหาการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ หรือการเยี่ยมสำรวจภายในด้วยบรรยากาศที่เป็นมิตร ผ่อนคลาย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ภาพรวมของการใช้เทคนิคประเมินผลต่างๆ และวิธีการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้มากขึ้น • ภาพรวมของการเปรียบเทียบที่นำมาใช้ในการประเมินผล การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น • ภาพรวมของวิธีการประเมินตนเองที่นำมาใช้ การเรียนรู้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น • บทเรียนในการใช้เครื่องมือและวิธีการประเมินตนเองต่างๆ ใช้อะไรนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอะไร	• ความสามารถในการใช้การประเมินตนเองเพื่อระบุโอกาสพัฒนาเพื่อการเป็นองค์กรที่มีผลการดำเนินการที่ดีและให้บริการสุขภาพที่มีคุณค่า (ดูคน ดูไข้ ดูคุ้ม)

(5) องค์กรรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1 และตอนที่ IV)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำร่วมกับผู้รับผิดชอบ กำหนดตัววัดผลงานในประเด็นต่างๆ ซึ่งครอบคลุมทั้งตัววัดในระดับกระบวนการและผลลัพธ์ และติดตามตัววัดเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ
- ตัววัดด้านการกำกับดูแลองค์กร อาจใช้การประเมินตนเองของคณะกรรมการกำกับดูแลหรือรับฟังเสียงจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นต่อไปนี้
    - คณะกรรมการมุ่งเน้นให้คุณภาพเป็นปัจจัยขับเคลื่อนกลยุทธ์ขององค์กรเพียงใด
    - คณะกรรมการมีความตระหนักในความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญอยู่เพียงใด
    - คณะกรรมการมีภาวะผู้นำ ทักษะ และความรู้ที่จำเป็นเพื่อขับเคลื่อนวาระคุณภาพเพียงใด
    - คณะกรรมการส่งเสริมวัฒนธรรมที่มุ่งเน้นคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเพียงใด
    - มีการกำหนดบทบาทและภาระรับผิดชอบในเรื่องการกำกับดูแลคุณภาพชัดเจนเพียงใด

- คณะกรรมการสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย บุคลากร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพเพียงใด
- มีการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพอย่างเหมาะสม และถูกนำมาใช้ประโยชน์เพียงใด

- ตัววัดด้านการกำกับดูแลทางคลินิก
- ตัววัดด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล
- ตัววัดด้านการควบคุมการติดเชื้อ
- ตัววัดด้านการจัดการความเสี่ยง
- ตัววัดด้านการใช้บริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ
- ตัววัดด้านผลการดำเนินงานของระบบบริหารคุณภาพ
- ตัววัดด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• นำไปตอบร่วมกับ I-4.1 และ Part IV	• ความครอบคลุมในการวัดผลการดำเนินการ

(6) องค์กรนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตนเองและการวัดผลการดำเนินการมาใช้ในการทบทวนและชี้นำการพัฒนาคุณภาพ. (ดูเพิ่มเติมในเกณฑ์ข้อ I-4.1ค.)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- เกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ ดู I-4.1ค(1)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การนำข้อมูลจากการประเมินตนเองและการประเมินผลมาใช้ในการชี้นำการพัฒนาคุณภาพ [ดูคำตอบใน I-4.1ค(1) ร่วมด้วย]	• ลำดับความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพในภาพรวมขององค์กร

(7) องค์กรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้:
(i) มีการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน;
(ii) ระบุกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์;
(iii) ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร;
(iv) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง;
(v) ปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำสมอ;
(vi) สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพ
  - แผนพัฒนาคุณภาพตอบสนองโอกาสพัฒนาที่ระบุไว้ตามการปฏิบัติใน I-4.1ค(1) และ II-1.1ก(6)
  - ครอบคลุมการพัฒนาของทั้งองค์กร โดยมีการจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพทั้งใน
    - ภาพรวมของทั้งองค์กร
    - ระบบงาน ทีมดูแลผู้ป่วย และหน่วยงานต่างๆ
  - มีเอกสารแผนพัฒนาคุณภาพเพื่อใช้ในการสื่อสารและติดตาม ตามรูปแบบที่องค์กรกำหนด อย่างน้อยครอบคลุมเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ กิจกรรม
  - แผนพัฒนาคุณภาพส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น
    - มีการกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย และปรับเป้าหมายตามความเหมาะสม
    - เน้นการหมุนวงล้อการพัฒนาขนาดเล็ก และหมุนซ้ำหลายๆ รอบ
  - แผนพัฒนาคุณภาพระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะแผนพัฒนาคุณภาพที่มีความร่วมมือคร่อมหน่วยงาน/วิชาชีพ
  - มีการทบทวนโอกาสพัฒนา/ความก้าวหน้าในการพัฒนา และปรับปรุงแผนการพัฒนาคุณภาพให้เป็นปัจจุบัน
  - สามารถใช้ติดตามประเมินผลได้ โดยมีการกำหนดหมุดหมาย (milestone) และแนวทางการติดตามอย่างชัดเจน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● บทเรียนการนำโอกาสพัฒนามาจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพในส่วนงานและระดับต่างๆ	● ความครอบคลุมของการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ

(8) องค์กรสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง นำแผนไปดำเนินการโดยมีการติดตามประเมินผลการพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำสื่อสารแผนพัฒนาคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้ผู้รับผิดชอบนำแผนพัฒนาคุณภาพไปดำเนินการ
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา
- ผู้นำส่งเสริมให้มีการประเมินผลการพัฒนาทั้งในระดับโครงการและในภาพรวมขององค์กร เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปผลการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพ สาเหตุในส่วนที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และบทเรียนที่จะนำไปปรับปรุง	● ความสำเร็จในการนำแผนพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติ ตามหมุดหมาย (milestone) (เน้นในระดับโรงพยาบาลและระบบงาน)

(9) องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผลการดำเนินการขององค์กรและผลการดำเนินการของบริการต่อสาธารณะ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรจัดให้มีการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อให้สังคมรับรู้ในประเด็นต่อไปนี้
    - ประเภทของบริการที่มีการเปิดให้บริการ ระยะเวลาการให้บริการ
    - ผลการดำเนินการขององค์กร
    - ผลการดูแลผู้ป่วย
- องค์กรเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงได้สะดวก เช่น Website ขององค์กร เป็นต้น

- มีการปรับปรุงข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อความถูกต้องเป็นปัจจุบัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปข้อมูลที่มีการเผยแพร่และช่องทางการเผยแพร่	● ความครอบคลุมของข้อมูลที่มีการเผยแพร่และเสียงสะท้อนของผู้ใช้

ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Quality)

(1) ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล และค้นหาโอกาสพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิกและหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ (รวมทั้งผู้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทบทวนคุณภาพที่ปฏิบัติผสมผสานในงานประจำอย่างเรียบง่าย สม่ำเสมอ ไม่ซ้ำซ้อน ไม่ติดรูปแบบ ได้แก่
    - **การทบทวนในมิติ Effectiveness**
        - การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือการทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งการทบทวนโดยผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคนเอง และการทบทวนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ซึ่งควรทำให้บ่อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
        - การทบทวนเวชระเบียน/การตรวจสอบทางคลินิก/การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งอาจจะใช้ Trigger Tool เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเวชระเบียน
    - **การทบทวนในมิติ Safety**
        - การทบทวนอุบัติการณ์/ภาวะแทรกซ้อน/การเสียชีวิต โดยควรทำเร็วที่สุด
        - การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล ควรมีทั้งการทบทวนในระดับภาพรวมของโรงพยบาล โดยคณะกรรมการ IC และทบทวนในระดับหน่วยงานโดยทีมงานของหน่วยงาน
    - **การทบทวนในมิติ Efficiency**
        - การทบทวนการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ทรัพยากรที่เป็นผลจากการตัดสินใจทางคลินิก เช่น การ Investigate การใช้ยา

การทำหัตถการ โดยเลือกโอกาสที่จะลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นได้มากที่สุด

- การทบทวนความเหมาะสมในการใช้ยา (DUR) เป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนการใช้ทรัพยากร (รวมทั้งมิติ safety ด้วย)
- การทบทวนการใช้เลือด เพื่อพิจาณาความเหมาะสมในการใช้เลือดและส่วนประกอบของเลือด (รวมทั้งมิติ safety ด้วย)

○ **การทบทวนในมิติ People-Centred**

- การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ส่วนใหญ่ควรเป็นการดำเนินงานในระดับโรงพยบาล แต่อาจมีการพิจารณาคำร้องเรียนในระดับหน่วยงานด้วย

○ **การทบทวนในมิติ Competency**

- การประเมินความรู้ความสามารถและทักษะ อาจเป็นการทบทวนด้วยตนเอง หรือทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
- การทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อพิจาณาศักยภาพ และความเหมาะสมในการดูแล ควรทบทวนทุกครั้งที่มีการส่งต่อ

○ **การทบทวนตัวชี้วัด** แต่ละหน่วยงาน/ทีมงานควรทบทวนตัวชี้วัดที่สะท้อนการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน/ทีมงาน

- เพื่อลดภาระงานที่ซ้ำซ้อนและยังคงรักษาความครอบคลุมของการทบทวน ทีมงานอาจพิจารณาทบทวนบางประเด็นในระดับโรงพยาบาลที่อาศัยระบบข้อมูลจำแนกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การทบทวนคำร้องเรียนของผู้ป่วย การทบทวนการใช้ยา และส่งข้อมูลให้ทีมที่เกี่ยวข้องศึกษาในรายละเอียดเฉพาะของตน
- แต่ละทีมนำโอกาสพัฒนาที่ได้รับมาจัดลำดับความสำคัญ ดังตัวอย่าง

	Less Effort (ใช้ความพยายามน้อย)	High Effort (ใช้ความพยายามมาก)
High Impact (ผลตอบแทนมาก)	**Quick Win** ☑	**Major Project** ☑
Low Impact (ผลตอบแทนน้อย)	**Fill Ins**	**Thankless Tasks** ☒

- ทีมงานเชื่อมโยงการทบทวนไปสู่การปรับปรุงระบบงานทั้งด้วยวิธีการง่ายๆ และการพัฒนาในรูปแบบโครงการที่ครอบคลุมแง่มุมต่างๆ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่หลากหลาย
- ผู้จัดการคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพประเมินความถี่และความครอบคลุมของกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตัวอย่างบทเรียนจากการทบทวนที่สะท้อนให้เห็นความสามารถในการใช้การทบทวนทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานที่สำคัญ	● ความถี่และความครอบคลุมของการทำกิจกรรมทบทวนโดยหน่วยงานและทีมนำทางคลินิกต่าง ๆ

(2) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิก ที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพด้วย.

(3) ทีมดูแลผู้ป่วยกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการติดตามผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมนำทางคลินิก (clinical lead team) หรือทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม (patient care team) ทำความเข้าใจกับคำว่ากลุ่มประชากรทางคลินิก (clinical population) ว่าหมายถึง
    - กลุ่มผู้ป่วยด้วยภาวะใดภาวะหนึ่งหรือได้รับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้รับการผ่าตัดสมอง เป็นต้น
    - กลุ่มสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) กลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ 5-14 ปี) กลุ่มเด็กวัยรุ่น (อายุ15-21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นต้น
    - กลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น แรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้พิการ/ด้อยโอกาส เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม **กำหนดกลุ่มประชากรทางคลินิกสำคัญที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนา** ซึ่งอาจจะมีแนวทางพิจารณาดังนี้
    - ใช้เกณฑ์ความเสี่ยงสูง มีค่าใช้จ่ายสูง มีปริมาณมาก มีความซับซ้อนในการดูแลรักษา มีความหลากหลายในวิธีการรักษา มีผลลัพธ์ที่ยังไม่น่าพอใจอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน
    - ทบทวนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ที่ได้ทำมาแล้วด้วยเครื่องมือคุณภาพบางอย่าง เช่น CPG, Clinical Indicator เป็นต้น และเห็นว่าสามารถปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

- กลุ่มผู้ป่วยที่ทีมเห็นว่ามีความสำคัญหรือน่าสนใจด้วยเหตุผลอื่นๆ

- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม วิเคราะห์ประเด็นสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เลือกมา และ**กำหนดเป้าหมายการดูแล/เป้าหมายการพัฒนา** ที่สอดคล้องกับประเด็นสำคัญดังกล่าว โดยพยายามพิจารณาให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบและทุกขั้นตอนของการดูแล (คือขั้นตอนแรกของการตามรอยทางคลินิกนั่นเอง)
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม **กำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม**ในการติดตามกำกับผลการดูแลผู้ป่วยตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
    - **Outcome Indicator** ที่สะท้อนผลลัพธ์การดูแลที่คาดหวังทั้งในด้านการหายหรือทุเลาของโรค (clinical outcome) และการทำหน้าที่ของร่างกาย/อวัยวะ (functional outcome) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในมิติประสิทธิผล (effectiveness) รวมไปถึงตัวชี้วัดในมิติความปลอดภัย (safety)
    - **Process Indicator** ที่สะท้อนการปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ อย่างมีคุณภาพบนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการหรือแนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งเป็นตัววัดชี้ในมิติความเหมาะสม (appropriateness) และอาจครอบคลุมมิติอื่นๆ ของกระบวนการการดูแล เช่น การเข้าถึง (access) การดูแลต่อเนื่อง (continuity) ความเหมาะสมกับเวลา (timeliness) เป็นต้น
    - ตัวชี้วัดในมิติอื่นๆ
        - ตัวชี้วัดในมิติประสิทธิภาพ (efficiency) สะท้อนผลลัพธ์เปรียบเทียบกับการใช้ทรัพยากร
        - ตัวชี้วัดในมิติคนเป็นศูนย์กลาง (people-centred)
        - ตัวชี้วัดในมิติความเป็นธรรม (equity)

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ตารางแสดงกลุ่มประชากรทางคลินิก เป้าหมายการดูแล ตัวชี้วัด ของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม • บทเรียนในการระบุโอกาสพัฒนาและเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก • การใช้ผลการติดตาม KPI เพื่อการพัฒนา	• ความครอบคลุมของการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลการดูแลผู้ป่วยในบริการสุขภาพสาขาและอนุสาขาต่างๆ

(4) ทีมดูแลผู้ป่วยจัดทำแผนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมและวิธีการที่หลากหลายในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย เช่น ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิถีองค์รวม การใช้ข้อมูลวิชาการ การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า การสร้างนวัตกรรม การเปรียบเทียบกับผู้ที่ทำได้ดีที่สุด. การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยควรครอบคลุมมิติด้านการป้องกัน สร้างเสริม รักษา ฟื้นฟู ตามความเหมาะสม.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เลือกขึ้นมาด้วยการตามรอยทางคลินิก และประเมินหาโอกาสพัฒนาในแง่มุมต่างๆ
    - ตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อ
        - วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนในขั้นตอนต่างๆ ของการดูแลผู้ป่วย
        - วิเคราะห์การตอบสนองต่อ NEWS (ความต้องการของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ ความสูญเปล่า ความปลอดภัย)
    - ตามรอยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อนำแนวคิดและวิธีการที่ยังไม่ได้ใช้มาใช้ให้เกิดประโยชน์และมีความสมดุลระหว่างแนวคิดต่างๆ
        - สมดุลระหว่างการดูแลแบบองค์รวม (holistic) กับการใช้ความรู้ทางวิชาการ (evidence-based) และเทคโนโลยี
        - สมดุลระหว่างการเรียนรู้จากความบกพร่องของตนเอง (RCA) กับการเรียนรู้แนวทางปฏิบัติที่ดีของคนอื่น (benchmarking)
        - สมดุลระหว่างการปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน (CPG / Protocol / Care Map) กับการสร้างนวตกรรม (innovation)
        - สมดุลระหว่างการพัฒนา Competency ของแต่ละคน แต่ละวิชาชีพ กับการทำงานร่วมในลักษณะทีมสหสขา (multidisciplinary team)
    - ตามรอยระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำระบบดังกล่าวมาสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
    - ตามรอยผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย และตั้งเป้าหมายที่ท้าทายขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ทีมดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มดำเนินการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ [ดู I-6.1ข(3) ร่วมด้วย]
    - ใช้ Model ตั้งเป้า เฝ้าดู ปรับเปลี่ยน (aim-measure-change) ของ IHI โดยส่งเสริมให้มีการหมุนวงล้อ PDSA ขนาดเล็ก อย่างต่อเนื่อง
    - ใช้แนวคิดและเครื่องมือคุณภาพที่หลากหลายในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน เช่น Simplicity, Visual Management, PDSA/CQI, Lean,

Six Sigma, R2R, Design Thinking, Information Technology รวมถึงการใช้ Change Concepts ต่างๆ เป็นต้น

- ใช้ Driver Diagram เพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์จาก Change Concept ที่หลากหลาย สรุปกรอบความคิดในการพัฒนา และกำหนดตัววัดที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปผลลัพธ์ของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคสำคัญของแต่ละทีมดูแลผู้ป่วยไว้ในภาคผนวกของแบบประเมินตนเอง	● ความครอบคลุมของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ● ผลลัพธ์ที่โดดเด่นของการพัฒนาคุณภาพทางคลินิก

SPA II - 1.2 ระบบบริหารความเสี่ยง (Risk Management System)

องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ และผู้ที่มาเยือน.

ก. ข้อกำหนดทั่วไป (General Requirements)

(1) องค์กรกำหนดกรอบงานของการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) ซึ่งสนับสนุนการออกแบบระบบ การนำไปปฏิบัติ การธำรง และการปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยง รวมทั้งมาตรการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ. กรอบงานการบริหารความเสี่ยงควรประกอบด้วย:

(i) ขอบเขต วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง และเกณฑ์สำหรับการประเมินความเสี่ยง;

(ii) หน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง;

(iii) รายการความเสี่ยงขององค์กร อย่างน้อยครอบคลุม ด้านกลยุทธ์ (strategic risk) ด้านคลินิก (clinical risk) ด้านการปฏิบัติการ (operational risk) และด้านการเงิน (financial risk);

(iv) กระบวนการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์

(v) สรุปแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk);

(vi) กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย;

(vii) ระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำทุกระดับร่วมกันทำความเข้าใจแนวคิดของการบริหารความเสี่ยง
  - หลักปรัชญาของการบริหารความเสี่ยง (risk management principles) ตาม ISO31000: 2018
    - Value: การบริหารความเสี่ยงสร้างและปกป้องคุณค่า การป้องกันหรือลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยคือการส่งมอบบริการที่มีคุณค่า
    - Integrated: บูรณาการการบริหารความเสี่ยงในทุกกิจกรรมขององค์กร การบริหารความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งของทุกกระบวนการ ตั้งแต่ระดับกลยุทธ์
    - Structured & Comprehensive: มีแนวทางที่ชัดเจนว่าใคร ต้องทำอะไร เมื่อไร (เช่น หน้าที่ของ risk owner) ครอบคลุม วิเคราะห์ข้อมูลเป็นระบบ รับรู้ความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนมาตรการทันเวลา
    - Customized: เชื่อมโยง RM กับวัตถุประสงค์ขององค์กร ปรับให้

เข้ากับบริบทขององค์กร (บริบทองค์กรทำให้เกิดความเสี่ยงอะไร แต่ละความเสี่ยงมีโอกาสเกิดอุบัติการณ์และรุนแรงเพียงใด)

- Inclusive: เชื้อเชิญผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วม ทำงานแบบสหสาขา นำความรู้มุมมอง และการรับรู้ของทุกฝ่ายมาพิจารณา มีความโปร่งใสในการเปิดเผยข้อมูลเมื่อเกิดอุบัติการณ์
- Dynamic: มีความเป็นพลวัต หมุนซ้ำ ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม พิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก สามารถตรวจจับและตอบสนองการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา มีการ Update บัญชีรายการความเสี่ยงเมื่อจำเป็น มีวงรอบของการทบทวน Risk Register ที่ชัดเจน
- Best Available Information: ใช้สารสนเทศที่ดีที่สุดที่มีอยู่ ทั้งข้อมูลอดีต ปัจจุบัน และการคาดการณ์อนาคต ยอมรับข้อจำกัดและความไม่แน่นอนของข้อมูลและความคาดหวัง มีสารสนเทศที่ชัดเจนทันเวลา พร้อมใช้สำหรับผู้เกี่ยวข้อง
- Human & Cultural Factors: ปัจจัยมนุษย์และปัจจัยวัฒนธรรมมีผลต่อทุกแง่มุม ทุกระดับ ทุกขั้นตอนของ RM พิจารณาว่าปัจจัยมนุษย์ก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างไร พิจารณาว่าปัจจัยวัฒนธรรมจะสร้างองค์กรที่ปลอดภัยยิ่งยวดอย่างไร
- Continual Improvement: มีการปรับปรุงระบบ RM ขององค์กรอย่างต่อเนื่องผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ RM ช่วยให้มีการเรียนรู้และปรับปรุงในองค์กร แม้ไม่เกิดอุบัติการณ์ก็คิดถึงการพัฒนามาตรการป้องกัน

- กรอบการบริหารความเสี่ยง (risk management framework) คือชุดขององค์ประกอบที่สนับสนุนการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรและทำให้ยั่งยืน
  - โครงหลักหรือพื้นฐาน (foundation) ของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่ นโยบายการบริหารความเสี่ยง ขอบเขตการประเมินความเสี่ยง วัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง ภารกิจของผู้นำความมุ่งมั่นในการบริหารความเสี่ยง
  - การจัดการที่มีลักษณะพลวัต (arrangement) ได้แก่ แผนการบริหารความเสี่ยง กระบวนการและกิจกรรมที่ใช้ในการบริหารความเสี่ยง ความสัมพันธ์ของการบริหารความเสี่ยงกับระบบอื่น การกำหนดภาระรับผิดชอบและหน้าที่รับผิดชอบ การจัดสรรทรัพยากร การอบรมบุคลากร การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกำกับติดตามประเมินผล

        - การหมุนวงล้อของการออกแบบและการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยง
    - กระบวนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย การปรึกษาและสื่อสาร การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือกับความเสี่ยง การติดตามและทบทวน
    - ความเสี่ยงที่องค์กรเผชิญและต้องนำมาพิจารณาจัดการ ครอบคลุมความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านคลินิก ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน และด้านอันตรายต่างๆ.
- ผู้นำระดับสูงกำหนดขอบเขตและวัตถุประสงค์ของการบริหารความเสี่ยง
    - เนื่องจากกระบวนการบริหารความเสี่ยงสามารถประยุกต์ใช้ได้กับระดับต่างๆ (กลยุทธ์ ปฏิบัติการ แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมอื่นๆ) จึงควรมีความชัดเจนเกี่ยวกับขอบเขตที่จะนำไปใช้ วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
        - วัตถุประสงค์และสิ่งที่ต้องตัดสินใจ
        - ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการบริหารความเสี่ยง
        - เวลา สถานที่ สิ่งที่ครอบคลุมและไม่ครอบคลุม
        - เครื่องมือและเทคนิคการประเมินความเสี่ยงที่เหมาะสม
        - ทรัพยากรที่ต้องใช้ หน้าที่รับผิดชอบ บันทึกที่ต้องจัดเก็บ
        - ความสัมพันธ์กับโครงการ กระบวนการ และกิจกรรมอื่นๆ
    - กำหนดเกณฑ์การประเมินความเสี่ยง (risk criteria) ระบุลักษณะของความเสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงที่จำเป็นและยอมรับได้เพื่อบรรลุเป้าหมาย ระดับที่ยอมรับได้ เกณฑ์ที่ใช้ประเมิน Consequence & Likelihood ของความเสี่ยง มีการกำหนดตั้งแต่เริ่มตอนและทบทวนเมื่อจำเป็น โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้:
        - ธรรมชาติและประเภทของความไม่แน่นอนที่มีผลต่อผลลัพธ์และวัตถุประสงค์
        - วิธีการกำหนดและวัด Consequences & likelihood
        - ปัจจัยเกี่ยวกับเวลา
        - ความคงเส้นคงว่าในการวัด
        - วิธีการกำหนดระดับของความเสี่ยง
        - วิธีการควบคุมและเรียงลำดับ Multiple Risks
        - ความสามารถขององค์กร
- ผู้นำระดับสูงกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยง
    - ผู้นำระดับสูงเน้นว่าการบริหารความเสี่ยงเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบหลักของทุกคน

- ผู้นำระดับสูงกำหนดบุคคลหรือกลุ่มบุคคลผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบการบริหารความเสี่ยงในบทบาทต่างๆ และในระดับต่างๆ รวมทั้งผู้มีอำนาจหน้าที่ในการจัดการความเสี่ยงเฉพาะเรื่อง (risk owners)
- ผู้นำระดับสูงสื่อสารหน้าที่และความรับผิดชอบในการบริหารความเสี่ยงให้ทุกระดับในองค์กรได้รับทราบ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดประเภทของความเสี่ยงที่ต้องจัดการและรายงาน
  - อย่างน้อยครอบคลุมความเสี่ยงต่อไปนี้
    - ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (strategic risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับจุดเน้นและทิศทาง
    - ความเสี่ยงด้านคลินิก (clinical risk) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
    - ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติการ (operational risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจาก ระบบ คน กระบวนการภายใน ที่ไม่ดีพอหรือล้มเหลว
    - ความเสี่ยงด้านการเงิน (financial risk) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการตัดสินใจที่มีผลต่อความยั่งยืนทางการเงินขององค์กร
  - ความเสี่ยงด้านปฏิบัติการ อาจจำแนกออกได้เป็น
    - ความเสี่ยงจากภาวะอันตรายต่อร่างกาย ทรัพย์สิน (hazard risk)
    - ความเสี่ยงด้านบุคลากร (human capital risk)
    - ความเสี่ยงด้านกฎระเบียบ (legal risk) เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากการไม่สามารถระบุ จัดการ และติดตามการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในระดับต่างๆ
    - ความเสี่ยงด้านเทคโนโลยี (technology risk) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับ เครื่องจักร ฮาร์ดแวร์ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องมือ
- ผู้นำระดับสูงกำหนดแนวทางการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ต่อคณะกรรมการกำกับดูแลองค์กร
  - เป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้คณะกรรมการกำกับดูแลองค์กรมีบทบาทตามหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องการบริหารความเสี่ยง โดยพิจารณาปัจจัยต่อไปนี้:
    - กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ และความต้องการข้อมูลของแต่ละกลุ่ม
    - ค่าใช้จ่าย ความถี่ และความทันเวลาของการรายงาน
    - วิธีการรายงาน
    - ความสำคัญของข้อมูลต่อวัตถุประสงค์ขององค์กรและการตัดสินใจ
  - ควรสนับสนุนการตอบคำถามสำหรับการทบทวนระบบบริหารความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้ (ที่มา: ASHRM & ISO31000):

- ระบบบริหารความเสี่ยงตอบสนองความต้องการที่องค์กรเผชิญในปัจจุบันหรือไม่
- มีผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบ ระบบบริหารความเสี่ยงหรือไม่
- มีการระบุความเสี่ยงสำคัญต่อองค์กร และนำมาพิจารณาดำเนินการหรือไม่ มีความเสี่ยงสำคัญที่ไม่ได้คาดการณ์และเตรียมพร้อมไว้หรือไม่
- มีการประเมินกลยุทธ์ในมุมความเสี่ยงหรือไม่ แผนงาน RM ผูกเชื่อมกับการวางแผนกลยุทธ์หรือไม่ มีการทบทวนกลยุทธ์และแผนงานทั้งหมดเพื่อหาโอกาสสร้างคุณค่าหรือไม่
- มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ส่วนงานและผู้เกี่ยวข้องทุกระดับชัดเจนหรือไม่ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรับรู้บทบาทของตนและมีส่วนร่วมใน RM หรือไม่

- ผู้นำระดับสูงกำกับดูแลให้มีการจัดทำแผนความเสี่ยง (risk plan) สำหรับความเสี่ยงที่สำคัญ (major risk)
  - ควรครอบคลุมแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนให้มีการสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
  - เป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก เข้าใจความเสี่ยงฐานในการตัดสินใจ เหตุผลที่ต้องมีการกระทำบางอย่าง โดยเป้าหมายร่วมคือ
    - นำความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาเข้ามาพิจารณาร่วมกันในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการบริหารความเสี่ยง
    - ทำให้มั่นใจว่ามุมมองที่แตกต่างกันได้รับการพิจารณาอย่างเหมาะสมในการกำหนดเกณฑ์ความเสี่ยงและประเมินความเสี่ยง
    - ให้ข้อมูลที่เพียงพอเพื่อช่วยในการกำกับดูแลและการตัดสินใจ
    - สร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของในกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยง
  - ขณะที่การสื่อสารมุ่งสร้างความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยง การปรึกษาหารือจะมีการรับข้อมูลป้อนกลับเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ ซึ่งจะต้องมีการประสานทั้งสองเรื่องนี้เข้าด้วยกัน และเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการบริหารความเสี่ยง
- ผู้นำระดับสูงสนับสนุนระบบการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะเรื่องการบริหารความเสี่ยง
  - ปรัชญา กรอบความคิด และกระบวนการบริหารความเสี่ยง
  - องค์กรที่น่าไว้วางใจ (high reliability oranization) และวัฒนธรรมความปลอดภัย

- ความเสี่ยงเฉพาะ และมาตรการที่เกี่ยวข้อง
- การจัดการอุบัติการณ์ การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ การออกแบบโดยใช้แนวคิด Human Factors Engineering

- องค์กรดำเนินการระบบบริหารความเสี่ยง ซึ่งมีการหมุนวงล้อการพัฒนา (PDSA) อย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนในการหมุนวงล้อของการออกแบบ-ปรับปรุงระบบบริหารความเสี่ยง	• ความครอบคลุมและความครบถ้วนของการนำ Risk Management Framework ไปสู่การปฏิบัติ

(2) องค์กรสนับสนุนการดำเนินการตามกรอบทำงานของการบริหารความเสี่ยง โดย:

(i) นโยบายการบริหารความเสี่ยงแสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ;

(ii) แผนบริหารความเสี่ยงอธิบายถึงความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวนและการติดตามความเสี่ยง;

(iii) กระบวนการจัดการความเสี่ยง (risk management process) เพื่อป้องกันและสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากรและผู้มาเยือน ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากโอกาสที่จะเกิดและความรุนแรงหรือผลที่จะตามมา การจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงแต่ละชนิดแผนรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยง โดยใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการบริหารความเสี่ยง แสดงความมุ่งมั่นขององค์กรในการบริหารความเสี่ยงและแสดงทิศทางในการดำเนินการ
- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยง
  - คู่มือบริหารความเสี่ยง เช่น ระเบียบปฏิบัติ วิธีปฏิบัติ ความรับผิดชอบ เป็นต้น
  - ความรับผิดชอบและกรอบเวลาสำหรับการรายงาน การทบทวน และการติดตามความเสี่ยง

- แผนการบริหารความเสี่ยง แสดงกิจกรรมและทรัพยากรที่จะใช้ในการบริหารความเสี่ยงในรอบปี

- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำรายละเอียดของวิธีปฏิบัติในกระบวนการจัดการความเสี่ยง ประกอบด้วย การระบุความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง การรับมือหรือป้องกันความเสี่ยง การกำกับติดตามและทบทวน
- กระบวนการจัดการความเสี่ยงมุ่งป้องกันโอกาสที่ความเสี่ยงจะกลายเป็นอุบัติการณ์และสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ผู้รับผลงาน บุคลากร และผู้มาเยือน
- องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้ทะเบียนจัดการความเสี่ยง (risk register) เพื่อสนับสนุนกระบวนการจัดการความเสี่ยง โดยใช้ต่อยอดจาก Risk Profile ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย
    - บันทึกข้อมูลความเสี่ยงทั้งหมดที่ระบุไว้ (ทั้งทางด้านคลินิก และด้านที่ไม่ใช่คลินิก) โดยพิจารณาจัดทำทะเบียนในระดับและส่วนงานต่าง ๆ ตามความเหมาะสม
    - จัดระดับความเสี่ยงที่ระบุตามความรุนแรงและโอกาสเกิดผลกระทบต่อองค์กร
    - มีแผนในการหลีกเลี่ยง ควบคุม บรรเทา และกำกับติดตามความเสี่ยงแต่ละรายการที่ระบุไว้
    - เน้นการใช้เครื่องมือนี้เพื่อให้เกิดการทบทวนมาตรการรับมือกับความเสี่ยงตามกำหนดเวลา เพื่อปิดช่องโหว่ของมาตรการดังกล่าวตามสาเหตุที่เรียนรู้จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
    - กำหนดแนวทางในการค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยงเพื่อให้หน่วยงาน ทีมงาน และคณะกรรมการในระดับต่าง ๆ ใช้ปฏิบัติ
    - รวบรวมความเสี่ยงที่สำคัญจากส่วนย่อยต่าง ๆ มาประมวลผลเป็นภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ
        - นำความเสี่ยงที่วิเคราะห์ได้มาจัดทำ Risk Profile ซึ่งเป็นการนำเสนอภาพรวมของความเสี่ยง ซึ่งอาจมีได้หลายรูปแบบ เช่น บัญชีรายการความเสี่ยง Risk Matrix จำแนกความเสี่ยงตามตามความถี่และความรุนแรงของความเสี่ยง อาจจะเป็น 2x2, 3x3, 3x4 Table
    - ส่งเสริมให้ร่วมกันทำความเข้าใจเรื่องการค้นหาความเสี่ยงในประเด็นต่อไปนี้
        - เป้าหมายของการค้นหาความเสี่ยงควรมุ่งเพื่อนำไปสู่การกำหนดมาตรการป้องกัน และการนำไปปฏิบัติ มิใช่เพียงแค่การจัดทำบัญชีรายการความเสี่ยง

- การแบ่งประเภทของความเสี่ยง เป็นเพียงเพื่อทำให้สามารถค้นหาความเสี่ยงได้ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นและช่วยให้ง่ายต่อการส่งข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ ไม่ควรก่อให้เกิดความกังวลว่าจะระบุประเภทของความเสี่ยงได้ถูกต้องหรือไม่
- ความเสี่ยงคือโอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติการณ์อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วเป็นความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยรายอื่นๆ ในอนาคต การค้นหาความเสี่ยงอาจจะพิจารณาโอกาสที่จะเกิดอุบัติการณ์ร่วมกับสถิติอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
- วิธีการค้นหาความเสี่ยง อาจจะทำได้โดยพิจารณาจากประเด็นที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน ประเด็นสำคัญด้านความปลอดภัยที่องค์การอนามัยโลกระบุ และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของประเทศไทย (2P safety) เรียนรู้จากบทเรียนของผู้อื่น (เช่น รายงานจากสื่อมวลชน การพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ การเรียนรู้จากเครือข่าย การสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการกับเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือช่องทางอื่นๆ) ทบทวนความรู้ทางวิชาการ (เช่น การทบทวนวรรณกรรม ทบทวนบทเรียนของเราเอง (ทั้งเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้ว และเหตุการณ์ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น)) การวิเคราะห์กระบวนการ ตรวจสอบสถานการณ์จริงของเรา (เช่น การสำรวจในสถานที่จริง การตามรอยกระบวนการทำงาน การตามรอยทางคลินิก)

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ (ทั้งระดับหน่วยงานและทีมนำระดับกลาง) วางมาตรการป้องกันความเสี่ยงสำคัญที่ได้วิเคราะห์ไว้
    - กำหนดกลยุทธ์และมาตรการป้องกันอย่างเหมาะสม โดยใช้การวิเคราะห์ Root Cause และใช้แนวคิด Human Factors Engineering มาออกแบบระบบงานให้เอื้อต่อการทำในสิ่งที่ถูกต้อง แนวคิด Human Factors Engineering สามารถนำมาใช้ในการออกแบบต่อไปนี้
        - การเขียนฉลาก
        - การส่งสัญญาณเตือน
        - การนำเสนอข้อมูล
        - แบบบันทึก
        - กระบวนการ/ขั้นตอนการทำงาน
        - ซอฟท์แวร์

        - สถานที่ทำงาน
        - การฝึกอบรม
        - เครื่องช่วยการจำ การคิด การตัดสินใจ (cognitive aids)
        - นโยบายและระเบียบปฏิบัติ
    - สื่อสารและสร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
        - คู่มือการปฏิบัติงาน โปสเตอร์ สื่อต่างๆ
        - Interactive Media
        - การฝึกอบรม การใช้เรื่องเล่า การฝึก Non-technical Skills
        - Reminder ที่ให้ข้อมูล ณ จุดที่ต้องใช้งาน เช่น บรรจุเข้าในแบบบันทึกต่างๆ เป็นต้น
    - ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันความเสี่ยงที่ออกแบบไว้
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการออกแบบมาตรการป้องกันของทีมงานและระบบงานต่างๆ ว่ามีความรัดกุมเพียงใดและมาตรการในเรื่องที่สำคัญได้รับการนำไปปฏิบัติเพียงใด
- ผู้นำมอบหมายให้มีการติดตามการดำเนินงานจริงเทียบกับแผนการดำเนินงานตรวจสอบสถานการณ์ปัจจุบันและประเด็นเฉพาะที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งแล้วนำข้อมูลจากการกำกับติดตามและทบทวนไปใช้ในการพัฒนา

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ภาพรวมความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่จัดลำดับความสำคัญเพื่อการสื่อสารในโรงพยาบาล • ตัวอย่างมาตรการที่ได้รับการออกแบบอย่างรัดกุมโดยใช้แนวคิด Human Factor Engineering • สรุปความก้าวหน้าของการนำระบบบริหารความเสี่ยงไปปฏิบัติ • บทเรียนในการนำ Risk Register ไปใช้	• ความสำเร็จในการปฏิบัติตามนโยบายบริหารความเสี่ยง • ความครอบคลุมของแผนบริหารความเสี่ยง • ประสิทธิผลของกระบวนการจัดการความเสี่ยง

(3) องค์กรกำหนดและนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย:

(i) คำแนะนำตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย (Thailand Patient and Personnel Safety Goals);

(ii) คำแนะนำขององค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง;

(iii) คำแนะนำที่มีหลักฐานอ้างอิงอื่นๆ เช่น ความท้าทายระดับโลกเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Global Patient Safety Challenge) และกฎบัตรเรื่องความปลอดภัยของบุคลากร (charter of healthcare worker safety) ที่เผยแพร่ โดยองค์การอนามัยโลก เป็นต้น.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องนำกลยุทธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
    - กลยุทธ์ความปลอดภัยที่มีหลักฐานอ้างอิงและเหมาะสม ได้แก่
        - Thailand Patient and Personnel Safety Goals หมายถึง เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ที่กำหนดโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรประเทศไทย ประกอบด้วยหัวข้อหลัก Patient Safety: S-Safe Surgery, I-Infection Prevention Control, M-Medication and Blood Safety, P-Process of Care, L-Line, Tube and Laboratory Safety, E- Emergency Response และ Personnel Safety: S-Security of Information and Social Media , I-Infection Exposure, M-Mental Health and Mediation, P- Process of Work, L- Lane and Legal, E- Environment Safety
        - Global Patient Safety Challenge หมายถึง ประเด็นความท้าทายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดขึ้น และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกทั่วโลกร่วมกันขับเคื่อน ประกอบด้วย “Clean Care is Safer Care (2005)”, “Safe Surgery Saves Lives (2008)”, “Medication without Harms (2017)”

- Charter of Health Worker Safety ที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลกซึ่งจะสนับสนุน Personnel Safety ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การสร้าง Synergy ระหว่าง Health Worker Safety กับ Patient Safety อาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับบุคลากร การป้องกันความรุนแรงในที่ทำงาน สุขภาพจิตและสุขภาวะด้านจิตใจของบุคลากร การป้องกันอันตรายด้านกายภาพและชีวภาพ

○ การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย

- การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและช่องว่างของการปฏิบัติ
- การออกแบบกระบวนการทำงานที่ง่ายต่อการปฏิบัติ
- การกำกับติดตามการปฏิบัติในงานประจำวัน
- การทบทวน เรียนรู้ และปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตาม 2P Safety Goals

(4) องค์กรใช้กระบวนการจัดการอุบัติการณ์ (incident management) ที่ได้ผล. โดยกระบวนการอาจประกอบด้วย:

(i) การบันทึกและรายงานอุบัติการณ์ ครอบคลุมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาดที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน บุคลากร หรือผู้มาเยือน;

(ii) การในการตรวจสอบ สืบค้น วิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ (root cause analysis) และตอบสนองต่ออุบัติการณ์;

(iii) การนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จาการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย

(iv) การสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์;

(v) การอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์;

(vi) การดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ.

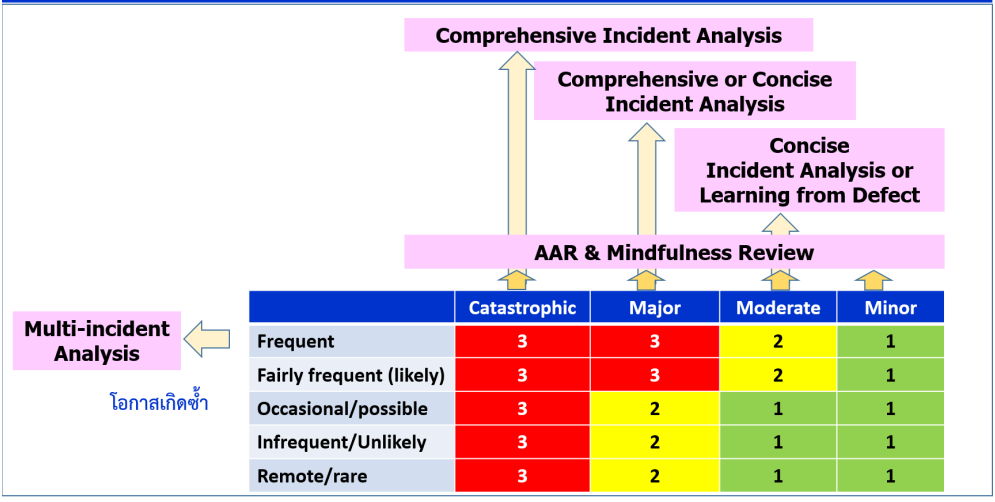
กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงออกแบบรายงานอุบัติการณ์ (รวมทั้ง near miss) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น
    - ระบบที่รวมศูนย์รายงานอุบัติการณ์ทุกเรื่องมาที่ศูนย์กลาง โดยผ่านการรับรู้ของหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
    - ระบบที่กระจายการรายงานอุบัติการณ์ไว้ตามกลุ่มงานต่างๆ มีการประมวลผลที่ระดับกลุ่มงานและรายงานมาที่ศูนย์กลาง รวมทั้งการกำหนดลักษณะอุบัติการณ์สำคัญที่ต้องรายงานรายละเอียดมาที่ศูนย์กลาง
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงจัดทำระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูล การออกแบบรายงานอุบัติการณ์ ควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ด้วย
    - ทำให้เกิดการรับรู้และตอบสนองอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (เช่น อุบัติการณ์ทั่วไป อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบทันที อุบัติการณ์ที่ต้องรายงานให้ผู้บริหารที่สูงกว่าหัวหน้าหน่วยงานทราบโดยทันที) เป็นต้น
    - มีระบบที่ทำให้สามารถติดตามการตอบสนองต่ออุบัติการณ์ต่างๆ ได้ เช่น การขึ้นทะเบียนความเสี่ยง (risk register) เป็นต้น
    - มีระบบที่จะ Feedback ให้ผู้ปฏิบัติงานและทีมงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการรายงาน
    - โอกาสในการดักจับหรือตรวจพบอุบัติการณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งจะนำมาสู่การประมวลผลข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือทำให้มีการรายงานอุบัติการณ์ที่สมบูรณ์มากขึ้นในอนาคต เช่น การใช้ Safety Brief คือการพูดคุยกันสั้นๆ ระหว่างปฏิบัติงาน/ส่งเวร การเขียนบัตรบันทึกเหตุการณ์ที่ทีม Concern ใส่ในซองที่ติดไว้บนแผนภูมิกระบวนการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมทบทวนคุณภาพ เป็นต้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทีมนำทางคลินิก ทีมนำระดับกลางต่างๆ เป็นต้น) หรือมอบหมายให้ Risk Owner วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน เช่น ความถี่ แนวโน้ม การจำแนกอุบัติการณ์ตามประเภท การกระจายของอุบัติการณ์ตามสถานที่/เวลา/บุคคล ระบบงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปใช้ในการ เป็นต้น
    - ประเมินผล - ประสิทธิผลของมาตรการป้องกันต่างๆ

- ปรับปรุง - นำอุบัติการณ์ที่ยังคงเป็นปัญหาไปออกแบบระบบและกำหนดมาตรการป้องกันเพิ่มเติม
- เรียนรู้ - นำอุบัติการณ์และมาตรการป้องกันมาสร้างความตระหนักและสร้างการเรียนรู้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่
- วางแผน - เพื่อการดำเนินการในระดับกลยุทธ์ของโรงพยาบาล เช่น การปรับปรุงปัจจัยระดับองค์กร การปรับปรุงที่ต้องมีการลงทุน การสร้างแรงจูงใจ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทางการวิเคราะห์ Root Cause ต่างๆ และเรียนรู้ที่จะเลือกใช้อย่างเหมาะสมกับอุบัติการณ์ต่างๆ เช่น
  - การวิเคราะห์ลำดับขั้นของการเกิดเหตุการณ์ และจุดเปลี่ยนในการกระทำหรือการตัดสินใจที่เป็นไปได้
  - การขอให้ผู้เกี่ยวข้องในเหตุการณ์พูดถึงความรู้สึก ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำงานในขั้นตอนที่เกี่ยวข้อง
  - การตั้งคำถามทำไมซ้ำหลายๆ ครั้ง ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน
  - การวิเคราะห์โดยใช้กรอบ RCA เต็มรูปแบบ

Safety Assessment Matrix กับการเลือกวิธีการทำ Incident Analysis



	Catastrophic	Major	Moderate	Minor
Frequent	3	3	2	1
Fairly frequent (likely)	3	3	2	1
Occasional/possible	3	2	1	1
Infrequent/Unlikely	3	2	1	1
Remote/rare	3	2	1	1

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (21 มิถุนายน 2563) ปรับปรุงจาก Canadian Incident Analysis Framework & VA National Center for Patient Safety

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องทำ RCA ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น
  - อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงสูง ควรทำ RCA เฉพาะสำหรับแต่ละครั้งที่เกิดเหตุการณ์ในลักษณะ Comprehensive Analysis

- อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก แต่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ควรเลือกนำมาทำ RCA ในภาพรวม หรือ Multi-incident Analysis
- อุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงไม่มาก และเกิดไม่บ่อย อาจใช้วิธี Concise Analysis ซึ่งสามารถทำเสร็จสิ้นได้ใน 2-3 วัน

- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการทำ RCA ที่ผ่านมาเพื่อเรียนรู้ว่าจะทำ RCA ให้เกิดประโยชน์เต็มที่ได้อย่างไร ได้มีการนำปัจจัยเชิงระบบที่อยู่เบื้องหลังมาพิจารณาเพียงใด เช่น IEC (Information Education Communication) ศักยภาพของบุคลากร ภาระงาน การนิเทศงาน สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน อุปกรณ์ เครื่องมือ เทคโนโลยี การออกแบบระบบงานและการควบคุมกำกับ เป็นต้น
- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทบทวนการนำข้อมูลหรือสาเหตุที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์มาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงเพื่อป้องกัน/ลดอุบัติการณ์การเกิดซ้ำหรือบรรเทาความรุนแรงและเสียหาย โดยเน้นไปที่ Strong Action

ออกแบบป้องกันโดยเน้น Strong Action

Weak Action ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
Double checks	คนหนึ่งคำนวณขนาดยา อีกคนหนึ่งทบทวน
สัญญาณเตือน	เพิ่มเสียงสัญญาณเตือนหรือฉลากเตือน
คู่มือ	ให้เจ้าหน้าที่จำว่าต้องตรวจสอบ IV site ทุก 2 ชั่วโมง
การฝึกอบรม	สาธิตวิธีการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ยาก

Strong Action ไม่ต้องพึ่งพาความจำของมนุษย์

ประเภท	ตัวอย่าง
ปรับโครงสร้าง	เปลี่ยนเป็นประตูเลื่อนไฟฟ้าเพื่อลดการหกล้มของ ผป.
การควบคุมทางวิศวกรรม	ไม่ใช้ universal adaptors และใช้ tubing/fitting ที่ป้องกันความผิดพลาดในการต่อเชื่อม
ความเรียบง่าย	ขจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการทำงาน
มาตรฐาน	ใช้ medication pump ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง รพ.
ผู้นำมีส่วนร่วม	มีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ สนับสนุนกระบวนการ RCA ซื้อเครื่องมือที่จำเป็น ปรับอัตรากำลังและภาระงานให้สมดุล

Intermediate Action

ประเภท	ตัวอย่าง
Redundancy	ใช้พยาบาลสองคนคำนวณขนาดยาเสี่ยงสูงโดยอิสระจากกัน
ปรับคนกับงาน	จัดให้มีเจ้าหน้าที่สำรองเพื่อช่วยทำงานในช่วง peak ของงาน
software	ใช้ computer alert เมื่อมี drug-drug interaction
ลดการรบกวน	จัดให้มีห้องที่สงบเงียบสำหรับตั้งโปรแกรมการให้ยา
Simulation-based training	ฝึกอบรมการส่งเวรในห้องปฏิบัติการจำลอง และมีการทำ AAR
Checklist	Pre-induction & pre-incision checklist ในห้องผ่าตัด
ขจัด LASA	ไม่เก็บ LASA drug ไว้ติดกัน
เครื่องมือสื่อสารมาตรฐาน	ใช้ read-back สำหรับ critical lab value ทุกตัว ใช้ read-back หรือ repeat-back สำหรับการสั่งยาด้วยวาจา
เน้นบนเอกสาร	Highlight ชื่อยาและขนาดยาบน IV bags

National Patient Safety Foundation. **RCA² Root Case Analyses and Actions to Prevent harm**

- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง วางแนวทางการสื่อสารกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ตามแนวทางต่อไปนี้
  - สร้างความสัมพันธ์
  - แสดงความเข้าใจและเห็นใจ
  - ทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว
  - ใช้ภาษาที่คนทั่วไปเข้าใจง่าย
  - จัดให้มีเวลาพอเพียงสำหรับอธิบายและตอบคำถาม

- พร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์เพิ่มเติม
- นัดหมายให้มีการพบปะครั้งต่อไปตามความเหมาะสม
- ส่งเสริมให้เสาะหาความเห็นที่สอง
- ให้ความหวัง แม้จะรีบหรี่ก็ดีกว่าไม่มีเลย

- คณะกรรมการความเสี่ยงส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร
  - จัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรเรื่องการระบุความเสี่ยง การรายงานอุบัติการณ์ การตรวจสอบข้อเท็จจริง การวิเคราะห์สาเหตุเชิงระบบ และวิธีการสื่อสารเมื่อเกิดอุบัติการณ์
  - ทบทวนความจำเป็นที่ต้องมีการฝึกอบรมในประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติม
- คณะกรรมการความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีกระบวนการดูแลช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่อได้ตามปกติ เช่น
  - มีผู้รับฟังและให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ
  - แจ้งความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายให้บุคลากรที่ได้รับผลกระทบเพื่อคลายความเครียดและความวิตกกังวล
  - ติดตามและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
  - สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน
  - จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็น

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ความสามารถในการทำ RCA และกำหนดแนวทางป้องกันที่เป็น Strong Action ตัวอย่างการทำ RCA ที่สะท้อนให้เห็นว่าทีมงานมีความเข้าใจและสามารถใช้ RCA ได้อย่างเหมาะสม • ตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีเพื่อส่งเสริมการรายงานอุบัติการณ์ • ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์และการนำไปใช้	• แนวโน้มอุบัติการณ์ทั้งจากการรายงาน การทบทวนเวชระเบียน และการรับรู้อื่นๆ • ความรวดเร็วและความครอบคลุมในการรับรู้อุบัติการณ์ • ความครอบคลุมในการทำ RCA • สัดส่วน RCA ที่นำไปสู่ Strong Action

(5) องค์กรประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย อย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้
  - วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร
  - ความครอบคลุมในการค้นหาความเสี่ยงและความรัดกุมของมาตรการป้องกัน
  - การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่สำคัญ
  - ความครอบคลุมของการรายงานอุบัติการณ์ (เทียบกับอุบัติการณ์ทั้งหมดที่ประมวลได้จากวิธีต่างๆ)
  - ความสามารถในการป้องกันและลดอุบัติการณ์ รวมทั้งความสูญเสียที่เกิดขึ้น
- คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและทีมงานที่เกี่ยวข้องนำผลที่ได้จากการประเมินไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ผลการประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น

ข. ข้อกำหนดจำเพาะ (Specific Requirements)

ระบบบริหารความเสี่ยงดำเนินการแบบบูรณาการไปกับระบบงานที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กรอย่างมีประสิทธิผล.

(1) โปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากร;
(2) การจัดการอาคาร สิ่งก่อสร้าง และสถานที่;
(3) การจัดการ วัสดุ ครุภัณฑ์ อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ;
(4) ยาและเวชภัณฑ์;
(5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;
(6) เวชระเบียนและข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- การบูรณาการในภาพรวม
    - คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงกำหนดแนวทางการประสานงานและประสานความร่วมมือระหว่างระบบบริหารความเสี่ยงกับระบบงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบสารสนเทศ ระบบพัฒนาบุคลากร ระบบบริการอาชีวอนามัย ระบบการป้องกันการติดเชื้อ ระบบยา ระบบรายงานอุบัติการณ์ ระบบการกำกับดูแลผู้ประกอบวิชาชีพ ระบบเวชระเบียน ระบบผู้ป่วยสัมพันธ์ ระบบบริหารอาคารสถานที่ เป็นต้น
    - มีการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยง เพื่อประสิทธิภาพและความถูกต้องในการรายงานข้อมูลและการประมวลผล
- การบูรณาการระหว่างระบบต่าง ๆ
    - มีการบูรณาการโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรกับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานอาชีวอนามัย การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ระบบสารสนเทศ ระบบยานพาหนะ และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
    - มีการบูรณาการการบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย กับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ระบบบำรุงรักษาและซ่อมบำรุง ระบบการทำความสะอาดอาคารสถานที่ ระบบสาธารณูปโภค ระบบระบายอากาศ การบริหารการก่อสร้าง และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
    - มีการบูรณาการระบบงานที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา วัสดุครุภัณฑ์ กับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม การฝึกอบรมบุคลากร ห่วงโซ่อุปทาน และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
    - มีการบูรณาการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม การบริหารอาคารสถานที่ การฝึกอบรมบุคลากร ระบบยา ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศ และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
    - มีการบูรณาการระบบการจัดการเวชระเบียนผู้ป่วยกับระบบบริหารความเสี่ยงโดยรวม การบริหารอาคารสถานที่ ระบบสารสนเทศ ลูกค้าสัมพันธ์ และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ประสิทธิผลของการบูรณาการกระบวนการและกิจกรรมบริหารความเสี่ยงกับกับระบบที่เกี่ยวข้อง

II–2 การกำกับดูแลวิชาชีพ

SPA II - 2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance)

องค์กรมีระบบบริหารการพยาบาลรับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร

ก. การบริหารการพยาบาล (Nursing Administration)

(1) ผู้นำสูงสุดและผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านการบริหารและการปฏิบัติการพยาบาล

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลระดับสูงกำหนดความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในด้านการบริหารการพยาบาลสำหรับผู้นำ
    - ครอบคลุม การนำด้วยวิสัยทัศน์ การเป็นโค้ช การมีทักษะการสื่อสารที่ดี การมีทักษะการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี
- ผู้นำทีมการพยาบาลระดับสูงประเมินความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับ และดำเนินการพัฒนาในส่วนขาด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การพัฒนาความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้นำทีมการพยาบาลในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา	• ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้นำการพยาบาลเทียบกับพันธกิจ/ความคาดหวังขององค์กร

(2) มีระบบบริหารการพยาบาลที่สร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากรด้านการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ และจำนวนเพียงพอ เหมาะสมกับบริการที่องค์กรจัดให้มีโดยครอบคลุมทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ความสามารถและทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงานโดย
    - กำหนดขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
    - ตรวจสอบและประเมินผลคุณสมบัติ สมรรถนะของบุคลากรพยาบาลให้เหมาะสมกับลักษณะงานที่มอบหมาย ทั้งบุคลากรขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานที่มาจากภายนอก
    - ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องและการฝึกอบรมของบุคลากรทางการพยาบาลและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับบริการที่มีความซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่อเนื่อง
- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่ามีบุคลากรทางการพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และบุคลากรปลอดภัย โดย
    - กำหนดหลักเกณฑ์/แนวทางการจัดอัตรากำลังอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยตามความหนักเบาหรือระดับความต้องการดูแล (patient acuity)
    - กำหนดแนวทางการบริหารจัดการอัตรากำลังในภาวะฉุกเฉิน
    - การบริหารจัดการให้มีบุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย
    - วิเคราะห์ส่วนขาดของอัตรากำลังในหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วยสูง เช่น ER, LR, ICU เป็นต้น วางมาตรการเพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยในหน่วยงานดังกล่าวจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย
    - การวางแผนอัตรากำลังระยะสั้น ระยะยาว ที่สอดคล้องกับนโยบาย พันธกิจ หรือยุทธศาสตร์องค์กร

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● มาตรการที่จะสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยในหน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ	● ความเพียงพอของอัตรากำลังและขีดความสามารถของพยาบาลเทียบกับความต้องการ (ทั้งในภาพรวมและในหน่วยงานที่มีดูแลผู้ป่วยซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง หรือมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี)

(3) มีระบบบริหารการพยาบาลที่มีโครงสร้างและกลไกการทำหน้าที่สำคัญต่อไปนี้อย่างได้ผล:

(i) การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;

(ii) การนิเทศ กำกับดูแล และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร;

(iii) การมอบหมายงานที่เหมาะสมกับตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ;

(iv) การส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วย;

(v) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;

(vi) การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษา และพยาบาลที่อยู่ในช่วงเวลาการฝึกอบรมในโรงพยาบาล;

(vii) การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

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

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
กำกับดูและมาตรฐานและจริยธรรม			
นิเทศ กำกับดูแล			
ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย			
การมอบหมายงาน			
การใช้กระบวนการพยาบาล			
ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม			
ควบคุมดูแลผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม			
การจัดการความรู้และการวิจัย			

- ผู้นำทีมการพยาบาลทำความเข้าใจแนวคิดเรื่องการนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) ซึ่งเป็นกระบวนการหลักที่จะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพยาบาลที่มีคุณภาพ และนำไปประยุกต์ใช้ เช่น

- เป้าหมายของการนิเทศทางคลินิก: สร้างความมั่นใจในคุณภาพการดูแล สร้างสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี พัฒนาทักษะพยาบาล
- Model ของการนิเทศ
- พัฒนาการหรือลำดับขั้นในความสามารถของผู้นิเทศ
- บทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศ: การบริหาร การประเมินผล การดูแลผู้ป่วย
- ทักษะพื้นฐาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงการทำหน้าที่สำคัญของการกำกับดูแลและการบริหารการพยาบาล • จุดเน้น การพัฒนา รูปแบบการปฏิบัติที่ดีในเรื่องการนิเทศและกำกับดูแลทางการพยาบาล	• ผลลัพธ์ของการทำหน้าที่สำคัญของการกำกับดูแลและการบริหารการพยาบาล (สรุปเนื้อหาของ 3P ตามตารางในตัวอย่าง)

(4) มีระบบบริหารการพยาบาลที่ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การดูแลผู้ป่วย การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ งานคุณภาพและความปลอดภัย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งตัวแทนพยาบาลเข้าร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก ทีมนำทางคลินิกต่างๆ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดหรือคณะกรรมการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัยต่างๆ
- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลและความคิดเห็นที่ตัวแทนพยาบาลนำเสนอต่อที่ประชุม เป็นข้อมูลที่สมบูรณ์และครอบคลุมที่สุดที่วิชาชีพมีอยู่ และเป็นความคิดเห็นที่เป็นตัวแทนของวิชาชีพพยาบาลอย่างแท้จริง รวมทั้งสร้างความมั่นใจว่ามีการสื่อสารผลสรุปจากที่ประชุมให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลอย่างทั่วถึง

- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างความมั่นใจว่าบุคลากรทางการพยาบาลอื่นๆ ที่มิได้เป็นตัวแทนในคณะกรรมการดังกล่าว มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในระบบดังกล่าว ภายใต้กรอบความรับผิดชอบของวิชาชีพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทบาทของบุคลากรทางการพยาบาลในการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในเรื่องการใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย • สิ่งที่ผู้แทนพยาบาลนำเสนอในฐานะตัวแทนของวิชาชีพ ประเด็นที่สื่อสารให้สมาชิกรับทราบเพื่อสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร วิธีการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติ	• ผลการประสานความร่วมมือระบบบริหารการพยาบาลกับระบบต่างๆ

(5) มีการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่สอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานจริยธรรมวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการทบทวนและปรับปรุงเพื่อให้ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของวิชาชีพพยาบาลสอดคล้องและสนับสนุนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กร	● ประสิทธิผลของการบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาล

(6) มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล ในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุง/พัฒนาระบบบริหารการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.

(หมายเหตุ ได้นำเนื้อความส่วนนี้ไปขยายความกิจกรรมที่ควรดำเนินการใน II-2.1ข(5) ซึ่งเป็นเรื่องของการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง และเพิ่มเติมส่วนที่เป็นการประเมินผลของการบริหารการพยาบาลไว้ในส่วนนี้)

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดหรือแนวทางอื่นเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายของการบริหารการพยาบาล [ดู II-2.2ก(3)] ครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้
    - ประสิทธิภาพในการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
    - ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล การจัดการและการพัฒนากำลังคน การนิเทศทางคลินิก การพัฒนาวิชาชีพ
    - ความพึงพอใจของกำลังคนด้านการพยาบาลต่อการบริหารการพยาบาล
- ผู้นำทีมการพยาบาลและทีมงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามตัวชี้วัดดังกล่าว นำมาใช้กำหนดประเด็นในการพัฒนา และตั้งเป้าหมายให้มีความท้าทายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ อาจจะมีการเทียบเคียงกับองค์กรอื่นตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงที่เป็นผลจากการติดตามตัวชี้วัดของการบริหารทางการพยาบาล	● ผลลัพธ์ของการกำกับดูแลและการบริหารการพยาบาล

ข. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practices)

(1) ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยมีการประสานการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและครอบครัว ตลอดจนวางแผนให้การดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับผลงานได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง ครอบคลุม ครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ Rapid Assessment เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล ในประเด็นดังนี้
    - ความครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล การดูแลองค์รวม สอดคล้องสภาวะสุขภาพผู้ป่วย การผสมผสานกับการดูแลต่อเนื่องและการเสริมพลัง
    - การประสานความร่วมมือและการเชื่อมโยงในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับวิชาชีพอื่น ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน และครอบครัว แนวทางการประสานที่ลดการซ้ำซ้อน ปัญหา อุปสรรค
    - ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาล
    - คุณภาพการให้บริการจากการใช้กระบวนการพยาบาล
    - บริการพยาบาลที่จัดให้มีความสอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคมของผู้รับบริการเพียงใด
    - แผนการพยาบาลครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเพียงใด แผนการดูแลในโรงพยาบาลเชื่อมโยงกับแผนการจำหน่ายอย่างไร
    - ผู้รับบริการได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และใช้แหล่งทรัพยากรได้เหมาะสมเพียงใด
    - ความร่วมมือระหว่างทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งแนวทางการประสานที่ลดการซ้ำซ้อน
    - ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ ในการใช้วางแผนการจำหน่ายของพยาบาล และคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย
- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ Rapid Assessment ไปใช้เพื่อปรับปรุงการใช้กระบวนการพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงการใช้กระบวนการพยาบาล	• ความเหมาะสมและผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการพยาบาล

(2) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ Rapid Assessment เรื่องพยาบาลให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ ในประเด็นดังนี้
    - ความตระหนักของพยาบาลในการพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ ในเรื่องใดบ้าง ประเด็นใดที่สามารถปฏิบัติได้ดี และประเด็นใดที่ไม่สมารถปฏิบัติได้ และเป็นปัญหาหรืออุปสรรค
    - ความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตามจรรยาบรรณและจริยธรรมวิชาชีพ.
    - ความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย
- ผู้นำทีมการพยาบาลสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้การพยาบาลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย
- ผู้นำทีมการพยาบาลพิจารณาโอกาสประสานความร่วมมือกับวิชาชีพอื่นในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ
- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ Rapid Assessment ไปใช้เพื่อปรับปรุงการให้การพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ประเด็นที่มุ่งเน้นและการปรับปรุงในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ	● มุมมองของผู้รับบริการในเรื่องการให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ

(3) ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่ทันสมัย เช่น
    - การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อวางแนวทางปฏิบัติในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
    - การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based CNPG ซึ่งเชื่อมโยงกับ CPG ของแพทย์)
    - การทำ Gap Analysis (ส่วนที่แตกต่างระหว่างข้อมูลจากหลักฐานทาง

วิทยาศาสตร์กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง) กับโรคที่น่าสนใจทุกโอกาส

- ส่งเสริมให้มีนำแนวคิด Human Factors Engineering มาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น การใช้แบบบันทึกประกอบ Flow Chart การมีข้อความเตือน
- ส่งเสริมให้มีการตามรอยทางคลินิก (clinical tracing) เพื่อประเมินการปฏิบัติตาม CNPG ที่กำหนดไว้ ร่วมกับประเด็นคุณภาพอื่นๆ
- ส่งเสริมให้มีการทำ R to R หรือ Rapid Assessment เรื่องการให้บริการพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ช่องว่างระหว่างความรู้กับการนำไปใช้ ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาล เป็นต้น

- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ Rapid Assessment ไปใช้เพื่อปรับปรุงการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล	● ผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยจากการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลที่มีการปรับปรุง

(4) บันทึกและรายงานทางการพยาบาลแสดงถึงการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพการพยาบาล และการวิจัย

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำทีมการพยาบาลออกแบบระบบการบันทึกทางการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาลที่เอื้อต่อการรับรู้และตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง
- ผู้นำทีมการพยาบาลส่งเสริมให้มีการทำ Rapid Assessment เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาล ในประเด็นดังนี้
  - ประโยชน์ต่อการสื่อสารภายในวิชาชีพและกับวิชาชีพอื่น รวมทั้งข้อเสนอแนะ/ความต้องการจากวิชาชีพต่างๆ
  - ประโยชน์ต่อการดูแลต่อเนื่อง ความง่ายในการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

- ประโยชน์ต่อการประเมินคุณภาพการพยาบาล
- ประโยชน์ต่อการวิจัย

- ผู้นำทีมการพยาบาลนำผลการทำ Rapid Assessment ไปใช้เพื่อปรับปรุงบันทึกทางการพยาบาลและรายงานทางการพยาบาล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ผลการประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล และการใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาล

(5) มีการติดตามประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลตามองค์ประกอบต่างๆ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น

SPA II - 2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Staff Governance)

องค์กรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ ทำหน้าที่ส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร.

(1) องค์กรจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาลเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ศึกษาบทบาทหน้าที่ขององค์กรแพทย์ว่ามีเป้าหมายเพื่อแสดงจุดยืนที่เป็นเอกภาพของสมาชิกเพื่อธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพแพทย์ มิได้มีเป้าหมายเพื่อทำหน้าที่พิทักษ์ผลประโยชน์ เพื่อต่อรองหรือคานอำนาจกับฝ่ายบริหาร รวมทั้งทำความเข้าใจว่าองค์กรแพทย์ที่ประสบความสำเร็จมิได้อยู่ที่โครงสร้างหรือรูปแบบ แต่อยู่ที่การทำหน้าที่ ดังนั้นเวทีขององค์กรแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์อยู่ 2-3 คน อาจจะเป็นการพูดคุยกันอย่างไม่เป็นทางการระหว่างรับประทานอาหารกลางวันก็ได้
- ทบทวนกิจกรรมที่มีการรวมตัวของแพทย์อยู่แล้ว ใช้เป็นจุดเริ่มในการทำงานขององค์กรแพทย์
- คัดเลือกประเด็นที่มีความหมายและท้าทายต่อความน่าเชื่อถือและไว้วางใจต่อวิชาชีพแพทย์ เชิญชวนสมาชิกมาร่วมขบคิดเพื่อพัฒนา
- เมื่อสมาชิกเห็นประโยชน์ของการมีจุดยืนร่วมกัน จึงเริ่มก่อตั้งองค์กรแพทย์ที่เป็นทางการ กำหนดเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ โครงสร้าง (พึงระวังว่าโครงสร้างขององค์กรแพทย์มิใช่การเลือกตัวแทนมาทำงานแทนแพทย์ แต่เป็นการเลือกตัวแทนมาเพื่อขับเคลื่อนจุดยืนของสมาชิกแพทย์ทั้งหมด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ลักษณะการก่อตั้ง ลักษณะการทำงาน ความพยายามในการทำหน้าที่ในภาพรวมขององค์กรแพทย์ในการรักษามาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ • การเรียนรู้/ปรับปรุงโครงสร้าง/วิธีการทำงาน • โครงสร้างอื่นๆ ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ การประสาน/แบ่งหน้าที่กับองค์กรแพทย์	• ความเหมาะสมของโครงสร้างองค์กรแพทย์

(2) องค์กรแพทย์ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับผู้บริหารเกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก และการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรแพทย์กับคณะกรรมการบริหาร ว่าประเด็นใดที่ควรให้องค์กรแพทย์มีบทบาทในการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผนกับคณะกรรมการบริหาร
- องค์กรแพทย์ประเมินบทบาทในส่วนนี้เป็นประจำทุกปี และปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ประเด็นสำคัญที่มีการให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ วางแผนร่วมกัน และผลการดำเนินงาน	• การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากข้อเสนอแนะขององค์กรแพทย์ผ่านผู้บริหาร/ระบบกำกับดูแลทางคลินิก

(3) องค์กรแพทย์สร้างความมั่นใจว่าการให้บริการทางการแพทย์อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เคารพในสิทธิผู้ป่วยและเป็นไปตามจริยธรรมวิชาชีพ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- องค์กรแพทย์ร่วมกับ PCT ต่าง ๆ กำหนดบทบาทในการส่งเสริมการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพให้ชัดเจน (เช่น องค์กรแพทย์เป็นผู้ดูแลในภาพรวมและดูแลในส่วนที่ไม่มี PCT รับผิดชอบชัดเจน เป็นต้น)
- องค์กรแพทย์ร่วมกับ PCT ต่าง ๆ กำหนดแนวทางในการส่งเสริมให้มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการทางการแพทย์ เช่น
    - การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เพื่อวางแนวทางปฏิบัติในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
    - การสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (evidence-based CPG)
    - การทำ Gap Analysis (ส่วนที่แตกต่างระหว่างข้อมูลจากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์กับสิ่งที่ปฏิบัติจริง) กับโรคที่น่าสนใจทุกโอกาส
    - ส่งเสริมให้มีนำแนวคิด Human Factors Engineering มาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เช่น การใช้แบบบันทึกประกอบ Flow Chart การมีข้อความเตือน เป็นต้น
    - ส่งเสริมให้มีการตามรอยทางคลินิก (clinical tracing) เพื่อประเมินการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนดไว้ ร่วมกับประเด็นคุณภาพอื่นๆ
    - ส่งเสริมให้มีการทำ R to R หรือ Rapid Assessment เรื่องการให้บริการทางการแพทย์บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การประเมินความคุ้มค่าของการใช้เทคโนโลยี การศึกษาระบาดวิทยาของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลในกรณีที่มี Controversy หรือมีความหลากหลายในวิธีการรักษา เป็นต้น
- องค์กรแพทย์ร่วมกับ PCT ต่าง ๆ วิเคราะห์ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะถูกละเมิดสิทธิ หรือโอกาสที่สมาชิกจะไม่ปฏิบัติตามจริยธรรมวิชาชีพและวางมาตรการป้องกันตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปโรคที่มีการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตาม PCT ต่าง ๆ ประเด็นสำคัญที่นำมาปฏิบัติ และอัตราการปฏิบัติในประเด็นเหล่านั้น (ถ้ามีการติดตาม)	● ผลการกำกับดูแลและส่งเสริมการใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ มาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ เคารพสิทธิผู้ป่วย

(4) องค์กรมีโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในวิชาชีพแพทย์ ระหว่างแพทย์กับผู้ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานอื่น และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- องค์กรแพทย์กำหนดโครงสร้างและกลไกเพื่อส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหาต่อไปนี้
    - ภายในกลุ่มแพทย์
    - ระหว่างแพทย์กับวิชาชีพอื่น
    - ระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการ (ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน)
- องค์กรแพทย์ประเมินประสิทธิภาพของกลไกการติดต่อสื่อสาร และความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งแสวงหาวิธีการใหม่ ๆ ในการทำงานร่วมกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตัวอย่างการจัดการข้อร้องเรียนในองค์กรแพทย์	● ประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสารและความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา

(5) องค์กรแพทย์ทำหน้าที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ครอบคลุม ครบถ้วน (comprehensive) และเป็นองค์รวม อย่างได้ผลดังต่อไปนี้:

(i) การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์;

(ii) การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน เพื่อเป็นหลักประกันว่าแพทย์ปฏิบัติงานที่ตนเองมีความรู้ ความชำนาญหรือเชี่ยวชาญ;

(iii) การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ การพัฒนาความรู้ต่อเนื่องทางวิชาชีพ ตามที่องค์กรวิชาชีพแนะนำ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้;

(iv) การให้คำแนะนำ ปรึกษา และ/หรือควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ขณะการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ;

(v) การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ;

(vi) การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เพื่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค/การตัดสินใจทางคลินิก การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การใช้ Evidence-based การคาดการณ์และการจัดการความเสี่ยง และการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

(vii) การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้นำในการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย;

(viii) การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน;

(ix) การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม;

(x) การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

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

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
การตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติของแพทย์			
การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน			
การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้			

หน้าที่	เป้าหมาย	กระบวนการ	การประเมินผล
การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ที่อยู่ขณะการฝึกอบรม แพทย์จบใหม่ และแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ			
การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ			
การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย			
การส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทและเป็นผู้นำในการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย			
การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพคุณภาพเวชระเบียน			
การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม			
การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย			

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงการทำหน้าที่สำคัญขององค์กรแพทย์	• ผลลัพธ์ของการทำหน้าที่สำคัญขององค์กรแพทย์ (สรุปเนื้อหาของ 3P ตามตารางในตัวอย่าง)

(6) องค์กรมีข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ที่ทุกคนยึดถือและนำไปปฏิบัติ ครอบคลุมเรื่องของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประเด็นทางจริยธรรม/กฎหมาย/สังคม คุณภาพและความปลอดภัย การพัฒนาความรู้ความสามารถ ในการบันทึกและการจัดทำเอกสาร.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

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

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ความครอบคลุมของข้อตกลงและแนวปฏิบัติในการทำงานของแพทย์ • ผลการติดตามการปฏิบัติตามข้อตกลงและการปรับปรุง

(7) องค์กรแพทย์ประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวกับการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- องค์กรแพทย์มีตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการของโรงพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการกำกับดูแลทางคลินิก คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดหรือคณะกรรมการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัยต่างๆ
- องค์กรแพทย์วางกลไกให้ผู้แทนขององค์กรแพทย์ในคณะกรรมการต่างๆ เป็นจุดเชื่อมต่อที่มีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรแพทย์กับคณะกรรมการดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทบาทขององค์กรแพทย์และสมาชิกองค์กรแพทย์ในการสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายขององค์กรในเรื่องการกำกับดูแลทางคลินิก การใช้ยา การควบคุมการติดเชื้อ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัย • MSO มีบทบาทอย่างไรกับระบบต่างๆ เหล่านี้ นำเสนออะไรในฐานะตัวแทนของวิชาชีพ สื่อสารประเด็นอะไรให้สมาชิกรับทราบเพื่อสนับสนุนเป้าหมายขององค์กร ติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติอย่างไร ผลเป็นอย่างไร	• ผลการประสานความร่วมมือขององค์กรแพทย์กับกับระบบต่างๆ

(8) องค์กรแพทย์มีการกำกับติดตามและประเมินผลงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

- องค์กรแพทย์กำหนดตัวชี้วัด หรือใช้ Rapid Assessment หรือแนวทางอื่นเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายของการกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ [ดู II-2.2ข(5)]
- องค์กรแพทย์ ติดตามตัวชี้วัดหรือประเมินการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว นำมาใช้กำหนดประเด็นในการพัฒนา และตั้งเป้าหมายให้มีความท้าทายเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ อาจจะมีการเทียบเคียงกับองค์กรอื่นตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์ • การปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ที่เป็นผลจากการชี้นำขององค์กรแพทย์	• ผลลัพธ์ของการทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์ร่วมกับกลไกต่างๆ ในการส่งเสริมและกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์

II–3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

SPA II -3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical Environment and Safety)

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือน. องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ.

ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ (Safety and Security)

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

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงที่รับผิดชอบการจัดการอาคารสถานที่ ศึกษากฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่ในโรงพยาบาล ตรวจสอบและดำเนินการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนด และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่มีการปรับปรุงต่อเติม
- ผู้นำระดับสูงที่รับผิดชอบการจัดการอาคารสถานที่ ร่วมกับหัวหน้าและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ ระดมสมองเพื่อปรับปรุงการจัดพื้นที่ใช้สอย
    - พิจารณาประเด็นเรื่องความปลอดภัยด้วยการตรวจสอบตามมาตรฐานความปลอดภัย การวิเคราะห์ FMEA และการทบทวนอุบัติการณ์ที่เคยเกิดขึ้น
        - ปลอดภัยจากความเสี่ยงด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม
        - ความปลอดภัยจากการกระทำของบุคคลที่ไม่ประสงค์ดี (security) เช่น การควบคุมการเข้าไปในพื้นที่ควบคุมซึ่งองค์กรกำหนด การป้องกันการลักพาตัวทารกหรือเด็กเล็ก การป้องกันการทำร้ายร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการโจรกรรมทรัพย์สิน เป็นต้น

- พิจารณาประเด็นเรื่องประสิทธิภาพในการทำงานโดยใช้แนวคิด Lean (ลดความสูญเปล่าของการเดินทางหรือเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น) รวมทั้งปัจจัยกายภาพอื่นๆ เช่น แสง สี เสียง เป็นต้น
- พิจารณาประเด็นเรื่องความสะดวกสบายและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดย
  - สมมุติตนเองเป็นผู้ป่วยและผ่านไปตามเส้นทางของการเข้ารับบริการ
  - สิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดให้เหมาะสมกับการให้บริการตามประเภทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการตรวจสอบ การปรับปรุง และแผนการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย • การปรับปรุงอาคารสถานที่และพื้นที่ใช้สอยที่สำคัญเพื่อความปลอดภัย สวัสดิภาพ ความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานที่มีประสิทธิภาพ	• การปฏิบัติตามกฎหมายของโครงสร้างอาคารสถานที่ • ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ให้บริการในด้านอาคารสถานที่

(2) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบให้กำกับดูแลระบบบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย. มีการติดตามและปรับปรุงระบบดังกล่าวในทุกแง่มุม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย โดยระบุหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ประกอบด้วย การวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ การให้ความรู้แก่บุคลากร การทดสอบและติดตามกำกับแผนงาน การทบทวนและปรับปรุงแผนงานเป็นระยะ
- ผู้รับผิดชอบดำเนินการตามที่ได้รับมอบหมาย
  - ดำเนินการตามหน้าที่ที่ระบุไว้

- สร้างช่องทางรับรู้ปัญหาข้อขัดข้องและคำร้องเรียนจากหน่วยงานต่างๆ นำมาวิเคราะห์ และดำเนินการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ
- ติดตามและปรับปรุงระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย รายงานให้แก่ผู้นำระดับสูงและคณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อม (ถ้ามี) เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ตำแหน่งของบุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบงานการตอบสนองปัญหาข้อขัดข้องจากหน่วยงานต่างๆ • การปรับปรุงระบบงานบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัยที่สำคัญ	• ประสิทธิภาพของการบริหารอาคารสถานที่ ความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย

(3) องค์กรตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยทุก 6 เดือนในพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และทุกปีในพื้นที่อื่นๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย
  - พื้นที่ให้บริการผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน อย่างน้อยทุก 6 เดือน
  - พื้นที่อื่นๆ อย่างน้อยปีละครั้ง
  - ตรวจสอบโดยทีมผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกในภาพรวมอย่างน้อยปีละครั้ง
- นำผลจากการตรวจสอบมาจัดลำดับความสำคัญ และดำเนินการพัฒนาและปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการตรวจสอบในรอบปีที่ผ่านมา การจัดลำดับความสำคัญ และการแก้ไขปรับปรุง	● ความครอบคลุมของการตรวจสอบเพื่อค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย ● ความครอบคลุมของการปรับปรุงตามผลการตรวจสอบที่มีความสำคัญ

(4) องค์กรประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเชิงรุก มีการจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและนำไปปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงที่พบ ป้องกันการเกิดอันตรายธำรงไว้ซึ่งสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาเยือน และเจ้าหน้าที่.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก
    - เช่น การใช้ Check List ร่วมกับการสำรวจในสถานที่จริง การทำ FMEA การเรียนรู้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของผู้อื่น เป็นต้น
    - ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง
- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ หัวหน้าหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมทั้งในภาพรวมและเฉพาะของแต่ละหน่วย กำหนดมาตรการป้องกัน การตอบสนองเมื่อเกิดอุบัติการณ์ และกำกับให้มีการดำเนินการตามที่กำหนดไว้
- วางระบบการรายงานอุบัติการณ์ที่เชื่อมโยงกับระบบรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล นำรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุ และกำหนดแนวทางในการแก้ไขและป้องกันทั้งระบบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการตรวจสอบ การปรับปรุงแก้ไขและแผนการปรับปรุงแก้ไขในอนาคต	● ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในเชิงรุก

(5) บุคลากรทุกคนได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิผล.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานบริหารอาคารสถานที่ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ค้นหา/วิเคราะห์สิ่งที่ต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น
    - บุคลากรทุกคน สามารถระบุความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่ตนปฏิบัติงาน การรายงานเมื่อเกิดปัญหา วิธีการลดหรือขจัดความเสี่ยงรวมทั้งการดูแลบำรุงรักษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย การปฏิบัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้ (เส้นทางและวิธีการเคลื่อนย้าย สิ่งที่ต้องปฏิบัติสำหรับผู้ที่อยู่ในที่เกิดเหตุและผู้ที่อยู่ห่างไกลจากที่เกิดเหตุ การใช้ระบบสัญญาณเตือนเหตุเพลิงไหม้)
    - บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงต่อการกระทำของบุคคลผู้ไม่ประสงค์ดี สามารถระบุกระบวนการเพื่อลดความเสี่ยง การจัดการกับเหตุฉุกเฉิน และการรายงาน
    - บุคลากรที่รับผิดชอบหรือสัมผัสสารอันตราย สามารถระบุวิธีการจัดการกับสารอันตราย การจัดการกับเหตุฉุกเฉิน และการรายงาน
    - บุคลากรที่รับผิดชอบแผนฉุกเฉินและภัยพิบัติสามารถระบุหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมพร้อม บทบาทในการฝึกซ้อม ระบบสื่อสารสำรองเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ การจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์เมื่อเกิดเหตุ
    - ผู้ใช้เครื่องมือแพทย์ สามารถระบุความสามารถและข้อจำกัดของเครื่องมือ วิธีการใช้เครื่องมืออย่างปลอดภัย การแก้ไขสถานการณ์เมื่อไม่สามารถใช้เครื่องมือได้ การรายงานเมื่อเกิดปัญหา
    - ผู้ดูแลระบบสาธารณูปโภค สามารถระบุความสามารถและข้อจำกัดของระบบ การทำงานของอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องควบคุม การแก้ไขสถานการณ์เมื่อระบบมีปัญหา การรายงานเมื่อเกิดปัญหา ตำแหน่งและวิธีการปิดระบบฉุกเฉิน ผู้ที่จะต้องติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
    - ผู้ดูแลเครื่องมือแพทย์ สามารถระบุความรู้และทักษะที่จำเป็นต้องมี การรายงานเมื่อเกิดปัญหา
- ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลระบบงานฯ ประเมินผลความรู้และทักษะสำคัญในบุคลากรกลุ่มต่างๆ นำมาปรับปรุงการให้ความรู้และฝึกอบรม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การให้ความรู้และฝึกอบรมบุคลากรในการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	● ผลการประเมินความรู้และทักษะหลังการอบรม ● การนำความรู้และทักษะไปใช้ในงานประจำ ● ความเหมาะสมในการปฏิบัติเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง

ข. วัสดุและของเสียอันตราย (Hazardous Materials and Waste)

(1) องค์กรจัดการวัสดุและของเสียอันตรายอย่างปลอดภัย ด้วยการระบุรายการวัสดุและของเสียอันตรายที่ใช้หรือที่เกิดขึ้น ใช้กระบวนการที่ปลอดภัยในการคัดเลือก สัมผัส จัดเก็บ เคลื่อนย้าย ใช้ และกำจัดวัสดุและของเสียอันตรายดังกล่าว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันสำรวจและจัดทำรายการวัสดุ/ของเสียอันตรายที่มีใช้อยู่ และที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ เช่น สารเคมี ยาเคมีบำบัด สารกัมมันตภาพรังสี ของเสียทางการแพทย์ที่ติดเชื้อรวมทั้งของมีคม เป็นต้น
- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับวัสดุและของเสียอันตราย
    - การคัดเลือก
    - การสัมผัส (handling) มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย และการปฏิบัติเมื่อเกิดการหกเลอะเทอะหรือปนเปื้อน การใช้อุปกรณ์ป้องกันและอุปกรณ์เพื่อจัดการเมื่อเกิดการหกเลอะเทอะ
    - การจัดเก็บ ระบุอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการจัดเก็บวัสดุ/ของเสียแต่ละประเภทอย่างเหมาะสม โดยมีการแยกสถานที่เป็นสัดส่วนอย่างชัดเจน
    - การเคลื่อนย้าย
    - การใช้
    - การกำจัด
- จัดอบรมและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่กำหนดให้หน่วยงาน/เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ และนำลงสู่การปฏิบัติ
- ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมาทบทวนอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● วัสดุและของเสียอันตรายที่มีอยู่ในโรงพยาบาล มาตรการป้องกันอันตรายที่สำคัญ อุบัติการณ์หรือความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นจากวัสดุและของเสียดังกล่าว	● ประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย

ค. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย (Fire Safety)

(1) องค์กรจัดทำแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัยและนำไปปฏิบัติ. แผนครอบคลุมการสำรวจพื้นที่เสี่ยง การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย การตรวจจับแต่เริ่มแรก การดับเพลิง และการเคลื่อนย้าย/ขนย้ายออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วย
  - การสำรวจพื้นที่เสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย
  - การป้องกัน/การลดความเสี่ยงจากอัคคีภัย เช่น การลดปริมาณวัสดุที่อาจจะเป็นเชื้อเพลิงเมื่อเกิดอัคคีภัย เป็นต้น
  - การตรวจจับอัคคีภัยแต่เริ่มแรก
  - การดับเพลิง
  - การเคลื่อนย้าย/ขนย้าย คน สิ่งของ ออกจากอาคารอย่างปลอดภัยเมื่อเกิดอัคคีภัยหรือภาวะฉุกเฉิน
  - การจัดการหลังจากเกิดเหตุการณ์
- หัวหน้าหน่วยงานจัดทำแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในระดับหน่วยงาน
- ผู้รับผิดชอบนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจและค้นหาจุดเสี่ยง จุดที่จะเป็นปัญหาในการจัดการหรือช่วยเหลือเมื่อเกิดอัคคีภัย และดำเนินการปรับปรุงให้เหมาะสม
- ผู้รับผิดชอบจัดทำแผนผังเส้นทางการหนีไฟ การติดตั้งป้ายบอกทางหนีไฟที่ชัดเจนตามมาตรฐานครอบคลุมทั่วทั้งโรงพยาบาล
- ผู้รับผิดชอบร่วมกันทบทวนแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ประเด็นสำคัญของแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย และการปรับปรุงแผน • ผลการสำรวจความพร้อม ความเสี่ยง และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• ความครอบคลุมและความเหมาะสมของแผนความปลอดภัยจากอัคคีภัย หรือแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย

(2) องค์กรให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักทั่วทั้งองค์กร และดำเนินการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยอย่างสม่ำเสมอ. มีการค้นหาจุดอ่อนและโอกาสพัฒนา. มีการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ประสิทธิผลของการฝึกอบรมและความรู้ของบุคลากรจากการฝึกซ้อมเพื่อรองรับอัคคีภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบจัดฝึกอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบจุดเสี่ยงและวิธีการปฏิบัติที่เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัย วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อพบเหตุการณ์เพลิงไหม้ การบำรุงรักษาและการใช้อุปกรณ์ในการแจ้งเตือน อุปกรณ์ในการป้องกันระงับอัคคีภัย การกำหนดประเภทของสิ่งของที่ต้องเคลื่อนย้าย และวิธีการเคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง
- จัดเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องตรวจจับควัน อุปกรณ์ในการแจ้งเหตุไฟไหม้ ระบบดับเพลิง (ท่อน้ำ สารเคมีดับเพลิง ระบบฉีดน้ำ ระบบน้ำสำรอง ตามมาตรฐานกำหนด (เช่น มีถังดับเพลิง 1 ถัง ทุก 200 ตารางเมตร หรือห่างกันไม่เกิน 20 เมตร อาคารสูงต้องมีระบบเครื่องยนต์ดับเพลิง ระบบอัดอากาศ เป็นต้น)) และอุปกรณ์ผจญเพลิงอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับพื้นที่
- ทำการฝึกซ้อมการป้องกันและระงับอัคคีภัย
    - บุคลากรทุกคนควรเข้าร่วมในการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยและการเคลื่อนย้ายร่วมกับหน่วยงานภายนอกที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละครั้ง
    - ควรมีการฝึกซ้อมในช่วงเวลาต่าง ๆ
- ผู้รับผิดชอบจัดให้มีการประเมินผลต่อไปนี้อย่างสม่ำเสมอ
    - ความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ
    - ประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อรองรับอัคคีภัย
    - ความสามารถในการปฏิบัติของบุคลากรในระหว่างการฝึกซ้อม ในการแจ้งเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ดับเพลิง รวมทั้งปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ผลการประเมินความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ประสิทธิผลของการฝึกอบรมความรู้ความสามารถของบุคลากรและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกซ้อมการป้องกันระงับอัคคีภัย

(3) องค์กรตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย อย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์และการดำเนินการแก้ไขปรับปรุง	● ความครอบคลุมและประสิทธิภาพของการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาระบบเพื่อป้องกันและควบคุมอัคคีภัย

SPA II - 3.2 เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค (Equipment and Utility System)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีเครื่องมือที่จำเป็น พร้อมใช้งานทำหน้าที่ได้เป็นปกติ และมีระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็น พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา.

ก. เครื่องมือ (Equipment)

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนประกอบด้วย:

(i) กระบวนการคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ;

(ii) การจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือที่ครอบคลุมอยู่ในแผน;

(iii) การทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก;

(iv) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ อย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่กำหนด;

(v) การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมือได้อย่างปลอดภัย;

(vi) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีบุคคลหรือทีมรับผิดชอบการบริหารเครื่องมือในภาพรวมของโรงพยาบาล มีการจัดทำแผนบริหารเครื่องมือเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย เชื่อถือได้ ประกอบด้วย
  - กระบวนการวางแผนความต้องการเครื่องมือ กำหนดระดับของเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ขั้นต่ำที่จะต้องมีอยู่ในหน่วยงาน (ครอบคลุมเครื่องมือในการช่วยชีวิต และเครื่องมือตามขีดความสามารถหรือตามความเชี่ยวชาญของโรงพยาบาล)
  - การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ รวมทั้งแนวทางการทดสอบสมรรถนะและความปลอดภัยของเครื่องมือก่อนใช้งานครั้งแรก
  - แนวทางการจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ (inventory of equipment) เพื่อใช้ในการบริหารจัดการเครื่องมือตามแผน ซึ่งอาจจะ
    - ครอบคลุมเครื่องมือทุกชิ้น หรือ
    - เลือกทำสำหรับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูงตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด เช่น เครื่องมือที่มีผลต่อความถูกต้องหรือความปลอดภัย

ในการดูแลผู้ป่วย โอกาสเกิดความเสี่ยงทางกายภาพระหว่างใช้งาน ประวัติอุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ

- กำหนดกลยุทธ์สำหรับการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่อยู่ในบัญชีรายการ เพื่อให้มั่นใจในการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย และเชื่อถือได้ ซึ่งอาจใช้กลยุทธ์แตกต่างกันสำหรับเครื่องมือแต่ละประเภทต่อไปนี้
  - Predictive Maintenance (การบำรุงรักษาเชิงพยากรณ์) เป็นการวางแผนบำรุงรักษาเครื่องมือโดยคาดคะเนอัตราการเสื่อมของเครื่องมือจากการวัดที่น่าเชื่อถือ มีการวัดค่า ตัวเลขและมีการเปรียบเทียบข้อมูลตัวเลข เพื่อประมาณช่วงเวลาและตำแหน่งการชำรุดที่อาจเกิดขึ้น
  - Interval-Based Inspection หรือ Preventive Maintenance (การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน) คือการตรวจสอบและบำรุงรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้
  - Corrective Maintenance (การบำรุงรักษาเชิงแก้ไขปรับปรุง) คือ การดำเนินการเพื่อการดัดแปลง ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือเพื่อขจัดเหตุขัดข้องเรื้อรังให้หมดไปโดยสิ้นเชิง ลดความเสียหายจากการเสื่อมสภาพและค่าใช้จ่ายของการบำรุงรักษาลง ควรประเมินเหตุการณ์ที่ต้องมีการบำรุงรักษาในลักษณะนี้และพิจารณาทางเลือกอื่น
  - Metered Maintenance (การบำรุงรักษาตามระยะเวลาหรือจำนวนครั้งของการใช้งาน) เครื่องมือที่ต้องใช้การบำรุงรักษาลักษณะนี้ เช่น CT scanner
- กำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษาเครื่องมือ ซึ่งอาจใช้ข้อมูลคำแนะนำของผู้ผลิต ระดับความเสี่ยง และประสบการณ์ของโรงพยาบาล
- เครื่องมือที่ต้องมีการสอบเทียบ และกำหนดระยะเวลาการสอบเทียบที่เหมาะสม
- การให้ความรู้แก่ผู้ใช้ โดยเฉพาะผู้ใช้งานเครื่องมือที่ได้รับมาใหม่ เครื่องมือที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน เกิดอุบัติการณ์จากการใช้งาน หรือเมื่อผู้ใช้ไม่ได้ใช้งานเครื่องมือนั้นอย่าสม่ำเสมอ
- การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้เครื่องมืออย่างปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

- กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อได้รับแจ้งเตือนอันตรายเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือระบบรายงานอุบัติการณ์รุนแรงที่อาจเป็นผลจากเครื่องมือ
- แนวทางปฏิบัติเมื่อมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับเครื่องมือ
  - แนวทางปฏิบัติเมื่อเครื่องมือไม่สามารถใช้การได้
  - การแก้ไขปัญหาทางคลินิกเมื่อเครื่องมือแพทย์ไม่สามารถใช้การได้
  - การมีเครื่องมือสำรอง
  - การดำเนินการเพื่อให้มีการซ่อมเครื่องมือ

- ผู้รับผิดชอบนำแผนไปสู่การปฏิบัติ และมีระบบติดตามประเมินผล

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการประเมินความเพียงพอของเครื่องมือในหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะหน่วยงานที่ต้องให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เช่น ER LR OR ICU หน่วยไตเทียม เป็นต้น และแผนการจัดหาเครื่องมือตามความต้องการของโรงพยาบาล • เครื่องมือที่มีการจัดระบบสำรอง ผลการดำเนินการที่ผ่านมา • ค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาเครื่องมือ (จำแนกตามกลยุทธ์การบำรุงรักษาถ้าเป็นไปได้) การแปลความหมายของข้อมูลและการใช้ประโยชน์ในการวางแผน/ปรับปรุงการบริหารจัดการเครื่องมือ	• อุบัติการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือ การตอบสนองผลกระทบและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น • ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารเครื่องมือ

(2) องค์กรมีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น พร้อมใช้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย. เครื่องมือที่ซับซ้อนต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร และผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- หัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนด
    - ประเภทของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องตรวจสอบความพร้อมเป็นประจำในแต่ละหน่วยงาน
    - ประเด็นสำคัญและวิธีการตรวจสอบความพร้อมที่เหมาะสมตามประเภทของเครื่องมือ
    - เครื่องมือซับซ้อนที่ต้องใช้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตการใช้จากองค์กร และผ่านการฝึกฝน
- หน่วยงานมีการตรวจสอบเพื่อเตรียมความพร้อมใช้ตามระยะเวลาที่กำหนด ลักษณะความพร้อมใช้ที่ต้องการและบันทึกผลการตรวจสอบทุกครั้ง
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือกำหนดมาตรการเพื่อความมั่นใจในการมีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้ เช่น
    - การจัดระบบรวมศูนย์เครื่องมือที่มีความจำเป็นตามความเหมาะสม
    - การจัดโซนนิ่งของหน่วยงานในการใช้เครื่องมือบางประเภท
    - การมีเครื่องมือสำรองที่ส่วนกลาง
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือจัดติดตามข้อมูลที่สะท้อนถึงความพร้อมใช้ของเครื่องมือ ผลกระทบจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้ และดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือหรือหัวหน้าหน่วยงาน กำหนดระบบเพื่อรองรับการใช้เครื่องมือที่ซับซ้อน
    - การฝึกอบรมที่จำเป็น
    - การอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• มาตรการเพื่อความมั่นใจในการมีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• ความพร้อมใช้ของเครื่องมือที่จำเป็น

(3) องค์กรติดตามและรวบรวมข้อมูลของระบบบริหารเครื่องมือ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการวางแผนปรับปรุงหรือจัดหาทดแทนในระยะยาว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบระบบบริหารเครื่องมือติดตามและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวกับเครื่องมือ เช่น
  - ความต้องการเครื่องมือเปรียบเทียบกับจำนวนเครื่องมือที่มีอยู่
  - ข้อมูลแสดงถึงความไม่พร้อมใช้งาน ความไม่เพียงพอ การชำรุดขณะใช้งาน
  - ระยะเวลาที่เครื่องมือไม่สามารถใช้การได้ และค่าใช้จ่ายในการซ่อมในแต่ละครั้ง
  - ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการบำรุงรักษาเครื่องมือ
  - การวิเคราะห์ความคุ้มค่าหรือไม่คุ้มค่าในการยังคงใช้เครื่องมือบางรายการ
- ผู้รับผิดขอบระบบบริหารเครื่องมือนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน
  - ปรับปรุงระบบบริหารเครื่องมือ
  - จัดหาเครื่องมือทดแทนในระยะยาว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือที่สำคัญ • การปรับปรุงระบบบริหารเครื่องมือ และแผนการจัดหาเครื่องมือในระยะยาว	• ความสมบูรณ์ของข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือและการใช้ประโยชน์

ข. ระบบสาธารณูปโภค (Utility Systems)

(1) องค์กรจัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย พร้อมใช้ตลอดเวลา และเชื่อถือได้ พร้อมทั้งนำไปปฏิบัติ ซึ่งแผนนี้ประกอบด้วย:

(i) การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภค;

(ii) แผนผังตำแหน่งที่ตั้งต่างๆ ของระบบสาธารณูปโภค;

(iii) การตรวจสอบ ทดสอบ และบำรุงรักษา อย่างเหมาะสมตามเวลาที่กำหนด;

(iv) แนวปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคไม่สามารถใช้งานได้;

(v) การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบเฝ้าระวังระบบ Cooling Tower และการป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค/บริโภค;

(vi) ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีบุคคลหรือทีมรับผิดชอบการบริหารระบบสาธารณูปโภคของโรงพยาบาล
- ผู้รับผิดชอบบริหารระบบ วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการใช้สาธารณูปโภคในภาพรวมของโรงพยาบาล ทั้งประเภทและปริมาณ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบน้ำประปา ระบบระบายอากาศและปรับอากาศ ระบบก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์และสุญญากาศ ระบบขนส่งวัสดุอุปกรณ์ ระบบไอน้ำ ระบบติดต่อสื่อสาร ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น
- ผู้รับผิดชอบบริหารระบบ จัดทำแผนบริหารระบบสาธารณูปโภคเพื่อการใช้งานที่ได้ผล ปลอดภัย เชื่อถือได้ ประกอบด้วย
    - การจัดทำบัญชีรายการองค์ประกอบของระบบสาธารณูปโภคที่มีอยู่ และที่ต้องการจัดหาเพิ่มเติม
    - จัดทำแผนผังที่ตั้ง รายละเอียดของระบบสาธารณูปโภคทั้งหมดภายในโรงพยาบาล
    - แนวทางปฏิบัติฉุกเฉินเมื่อระบบสาธารณูปโภคมีปัญหา
        - แนวทางปฏิบัติเมื่อระบบสาธารณูปโภคขัดข้อง
        - การเตรียมความพร้อมของแหล่งสำรองต่างๆ และการทดสอบความพร้อมใช้ของแหล่งสำรองดังกล่าว
    - แนวทางในการตรวจสอบ ทดสอบระบบ และบำรุงรักษาตามระยะเวลาที่เหมาะสม

- แนวทางการป้องกันการปนปื้อนในระบบสาธารณูปโภค
  - การดูแลบำรุงรักษาและตรวจสอบเฝ้าระวังระบบ Cooling Tower
  - การป้องกันและควบคุมปริมาณเชื้อโรคในระบบน้ำอุปโภค/บริโภค
  - การระบายอากาศเพื่อควบคุมการปนเปื้อนในอากาศ (เชื้อโรค แก๊ส ควัน ฝุ่น)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการวิเคราะห์และผลการตรวจสอบแนวทางการจัดการ และผลที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินการแก้ไขปัญหา	• ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารระบบสาธารณูปโภค

(2) องค์กรจัดให้มีระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ทางการแพทย์ให้แก่จุดบริการที่จำเป็นทั้งหมด โดยมีการบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดไฟฟ้าสำรองในจุดบริการที่จำเป็น ได้แก่ ระบบเตือนภัย ไฟทางออก ป้ายบอกทางออก ระบบสื่อสารฉุกเฉิน ที่เก็บเลือด กระดูก และเนื้อเยื่อ ห้องฉุกเฉิน ลิฟท์ (มีอย่างน้อย 1 ตัวสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้) เครื่องอัดอากาศทางการแพทย์ ระบบสุญญากาศ จุดที่ต้องใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด ห้องผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วย
- จัดระบบสำรองสำหรับก๊าซที่ใช้ในทางการแพทย์สำหรับจุดบริการที่จำเป็น เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ห้องคลอด หน่วยทารกแรกเกิด ห้องผู้ป่วยหนัก เป็นต้น
- มีการตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนและระยะเวลาที่กำหนด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● หน่วยงานที่ต้องมีระบบไฟสำรอง ระยะเวลาที่ระบบไฟจะสำรองได้ อุบัติการณ์/ปัญหา/ข้อขัดข้องที่เคยเกิดขึ้น และการแก้ไขป้องกัน	● ความพร้อมใช้และเพียงพอสำหรับระบบไฟฟ้าสำรองและระบบก๊าซทางการแพทย์สำรอง

(3) องค์กรติดตามและรวมรวบข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการรวบรวมข้อมูล/ปัญหาที่เกี่ยวข้องของระบบสาธารณูปโภคที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ผ่านมา และแผนการพัฒนาและปรับปรุงระบบสาธารณูปโภค	● ความสมบูรณ์ของข้อมูลสำหรับการบริหารระบบสาธารณูปโภคและการใช้ประโยชน์

SPA II - 3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment for Health Promotion and Environment Protection)

องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยเอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม.

ก. การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

(1) องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ครอบครัว และบุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่รับผิดชอบเรื่องสิ่งแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกันจัดเวทีรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- ประเด็นที่ควรพิจารณาได้แก่ ความสะดวกสบาย อุณหภูมิและการระบายอากาศ แสง เสียง ภาพ ความเป็นธรรมชาติ การจัดสถานที่ที่ให้ความรู้สึกเป็นกันเอง อบอุ่น สามารถมีปฏิสัมพันธ์กันได้สะดวก
- ทีมงานที่รับผิดชอบวางแผนการพัฒนาและดำเนินการพัฒนาตามแผน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงที่เกิดขึ้นในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา	• ผลลัพธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

(2) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประชาชนทั่วไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่รับผิดชอบประเมินสื่อการเรียนรู้ที่มีอยู่ตามจุดต่าง ๆ ว่ามีเป้าหมายการเรียนรู้ที่ชัดเจนหรือไม่ และสามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้เพียงใด

- ทีมงานที่รับผิดชอบวางแผนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้โดยพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
    - โอกาสสร้างการเรียนรู้ในแต่ละจุด
    - เนื้อหาการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์
    - กลุ่มเป้าหมายที่จะได้ประโยชน์
    - ข้อคิดเห็นและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ทีมงานที่รับผิดชอบส่งเสริมให้มีการนำข้อมูลข้างต้นมาสร้างนวตกรรมในการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ
- ทีมงานที่รับผิดชอบรับฟังหรือประเมินผลซ้ำอีกครั้งว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับประโยชน์เพียงใด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ	● ผลลัพธ์ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้

(3) องค์กรจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และญาติ กับบุคลากร

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานดูแลผู้ป่วยร่วมกันจัดให้มีสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา (ที่มา: Wikipedia)
    - พิจารณาแนวทางใน II-3.3ก(1) ประกอบ
    - พิจารณาการสร้างสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมที่คุ้นชินเสมือนอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย เป็นต้น
    - ขจัดสิ่งรบกวนด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เสียง แสงสว่างจ้า การขาดความเป็นส่วนตัว คุณภาพอากาศที่ไม่ดี เป็นต้น
    - ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสัมผัสธรรมชาติ เช่น มีหน้าต่างเปิดให้เห็นสิ่งแวดล้อมภายนอก มีสวนหย่อมในอาคาร เป็นต้น
    - การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนในการควบคุมบางสิ่งบางอย่างได้ด้วยตนเอง เช่น การปรับแสง การเลือกดนตรี เป็นต้น

- การจัดให้มีโอกาสสำหรับการสนับสนุนทางสังคม เช่น การจัดที่นั่งที่เป็นส่วนตัวสำหรับการรวมตัวของครอบครัว การจัดที่นั่งสำหรับครอบครัวในห้องรักษาพยาบาล การมีที่นอนให้ครอบครัวในห้องผู้ป่วย เป็นต้น
- การจัดให้มี Positive Distractions เช่น Interactive Art ตู้ปลา Internet Connection ดนตรี การเข้าถึงโปรแกรมวิดีทัศน์เกี่ยวกับธรรมชาติและดนตรี
- สิ่งแวดล้อมที่สร้างความรู้สึกสงบ มีความหวัง ใคร่ครวญ และเชื่อมต่อทางจิตวิญญาณ ควบคู่กับการผ่อนคลาย การเรียนรู้ อารมณ์ขัน และจินตนาการ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● จุดเน้นและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● ผลลัพธ์ด้านการสร้างสถานที่และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา ● เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ

(4) องค์กรส่งเสริมการเข้าถึง การบริโภค อาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตและไม่มีการใช้หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วย
- จัดร้านอาหาร ร้านค้าภายในโรงพยาบาลให้ถูกตามหลักสุขาภิบาลอาหาร
- จัดให้มีร้านค้าหรือจัดให้มีการนำเสนอ/จำหน่ายผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพภายในโรงพยาบาล ร้านค้าภายในโรงพยาบาลไม่จำหน่ายบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตัวอย่างอาหาร/ผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพที่โรงพยาบาลนำมาส่งเสริมให้ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ และผลการดำเนินการที่ผ่านมา	● ผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมการเข้าถึงผลิตภัณฑ์สร้างเสริมสุขภาพ

(5) องค์กรส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงกำหนดนโยบายการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องสำรวจและจัดทำรายการวัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการใช้ และรายการวัสดุครุภัณฑ์ที่ควรลดการใช้หรือห้ามใช้ในโรงพยาบาล
- สร้างความรู้ ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่และสื่อสารให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยได้รับทราบนโยบาย บัญชีรายการ และเหตุผล และอาจมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ประเภทของวัสดุครุภัณฑ์ที่ลด/ห้ามใช้ในโรงพยาบาล และผลการดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว	• ผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environment Protection)

(1) องค์กรมีระบบบำบัดน้ำเสียที่มีประสิทธิภาพ:
  (i) มีศักยภาพในการบำบัดเหมาะสมกับปริมาณน้ำทิ้งของโรงพยาบาล;
  (ii) มีการดูแลรักษาระบบโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม;
  (iii) มีการตรวจคุณภาพของน้ำที่ผ่านการบำบัดตามข้อกำหนดของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง;
  (iv) น้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดในช่วงเวลาที่ระบบรับภาระมากที่สุดมีค่ามาตรฐานตามที่หน่วยราชการกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ศึกษาระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล (ประเภทของการบำบัด ศักยภาพในการบำบัด ปริมาณน้ำเข้ามากที่สุด/น้ำออกมากที่สุกในแต่ละวัน การดูแลบำรุงรักษา การตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัด)
- กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสียตลอด 24 ชั่วโมง

- ผู้รับผิดชอบต้องได้รับการอบรมในการดูแลระบบบำบัดน้ำเสีย และต้องได้รับการทบทวนความรู้ความเข้าใจในการดูแลระบบอย่างสม่ำเสมอ
- กำหนดแผนการดูแล บำรุงรักษาระบบ การตรวจคุณภาพน้ำที่ผ่านการบำบัดทั้งการตรวจโดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ (ประจำวัน ประจำสัปดาห์) และการตรวจโดยหน่วยงานภายนอกตามกฎหมาย/มาตรฐานของหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง (ทุก 3 เดือน)
- กำกับให้มีการดำเนินการตามแผนอย่างต่อเนื่องและบันทึกผลการตรวจสอบเพื่อใช้ในการติดตาม วิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาที่อาจจะทำให้ระบบบำบัดน้ำเสียไม่มีประสิทธิภาพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ประเภทและศักยภาพของระบบบำบัดน้ำเสีย ปริมาณน้ำเสียสูงสุดในแต่ละวัน • ผู้ดูแลระบบและความรู้ความสามารถ • ปัญหาและการดำเนินการแก้ไขระบบบำบัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพ	• การตรวจสอบคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัด และผลการตรวจคุณภาพน้ำทิ้งที่ผ่านการบำบัดจากหน่วยงานภายนอก 4 ครั้งสุดท้าย ตามมาตรฐานตามที่หน่วยงานราชการกำหนด

(2) องค์กรจัดการเพื่อลดปริมาณของเสียโดยจัดให้มีระบบการนำมาใช้ซ้ำ (reuse) การลดปริมาณการใช้ (reduction) การแปรรูป (recycle) และลดการใช้วัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ของเสียและของใช้/วัสดุวัสดุที่ทำลายสิ่งแวดล้อมที่องค์กรต้องการลดปริมาณใช้และแผนการดำเนินการในอนาคต	• ผลลัพธ์ในการลดปริมาณของเสีย

(3) องค์กรมีระบบและวิธีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ:
- (i) มีภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสม และเพียงพอ;
- (ii) มีกระบวนการแยกรับ/ขนย้าย/จัดที่พัก สำหรับ ขยะทั่วไป/ขยะติดเชื้อ/ขยะอันตราย ที่รัดกุม;
- (iii) มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี;
- (iv) มีกระบวนการในการกำจัดขยะติดเชื้อและขยะอันตรายอย่างเหมาะสม;
- (v) มีการตรวจสอบการกำจัดขยะติดเชื้อของผู้รับช่วง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดภาชนะรองรับขยะที่เหมาะสมกับประเภทขยะ (ประเภท สี ขนาด) และจำนวนให้เพียงพอกับปริมาณขยะ
- กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลการจัดการขยะในภาพรวมของโรงพยาบาล ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเคลื่อนย้ายและกำจัดของเสียอย่างถูกวิธี
- กำหนดแนวทางในการจัดเก็บ ระยะเวลา การขนย้ายขยะ อุปกรณ์ในการขนย้าย เส้นทางการขนย้ายจากหน่วยงานและผู้รับผิดชอบในการขนย้าย
- จัดทำสถานที่พักขยะทุกประเภทเพื่อรอการกำจัดให้เป็นไปตามมาตรฐาน ลดโอกาสในการปนเปื้อน ป้องกันสัตว์ แมลง ล้างทำความสะอาดได้ น้ำล้างลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย
- กำจัดขยะให้หมาะสมกับประเภทของขยะ เป็นไปตามมาตรฐานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การจ้างกำจัดขยะ ทำการคัดลือกผู้ที่ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้กำจัดขยะ ติดตามดูกระบวนการขนย้าย อุปกรณ์ในการขนย้าย การป้องกันตนเองของผู้ขนย้าย วิธีการกำจัดขยะ รวมทั้งผลการตรวจประสิทธิภาพเตาเผาของผู้รับจ้าง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการดำเนินการตามแนวทางการจัดการขยะ ปัญหาข้อขัดข้อง และสิ่งที่มีการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนด	● ผลการดำเนินการเพื่อลดปริมาณขยะประเภทต่างๆ และผลการตรวจสอบผู้รับเหมาช่วง ● ความเหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพของการกำจัดขยะ

(4) องค์กรร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ดำเนินการพิทักษ์ปกป้องและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม. องค์กรประเมินและรับฟังเสียงสะท้อนในการกำจัดของเสียของโรงพยาบาลที่มีผลกระทบต่อชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ร่วมกับหน่วยงาน/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น/ชุมชน วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (เช่น ขยะ น้ำเสีย ฝุ่นละออง) ร่วมกันจัดการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้อง มีการให้ความรู้ การดูแลและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การกำจัดของเสีย
- จัดระบบและกำหนดช่องทางในการรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชน ผู้รับเหมาช่วง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของเสีย และนำเสียงสะท้อนมาใช้กำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการของเสีย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ตัวอย่างการจัดการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมที่เป็นการร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ ● ผลการรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพิทักษ์สิ่งแวดล้อมขององค์กร รวมทั้งผลการแก้ไขปรับปรุง	● ผลความร่วมมือกับชุมชนในการพิทักษ์และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

II–4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

SPA II - 4.1 ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

องค์กรจัดให้มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงระบบเฝ้าระวังและติดตามที่เหมาะสมกับบริบท ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีการประสานงานที่ดี.

ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control Program)

(1) ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยจัดให้มีบุคลากรที่มีความสามารถ มีทรัพยากรเพียงพอ และมีระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงาน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำองค์กรสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
  - คณะกรรมการ IC วิเคราะห์ทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC เช่น บุคลากรที่มีความสามารถ, PPE, Alcohol Handrub, Antiseptic, ระบบทำให้ปราศจากเชื้อ ห้องแยกโรค เป็นต้น
  - ICN ร่วมกับสมาชิกในคณะกรรมการ IC สำรวจการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับระบบ IC ของหน่วยงานต่างๆ วางแผนปรับปรุงร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง
  - ICN ร่วมกับคณะกรรมการ IC วางแผนการเตรียมสำรองอุปกรณ์และทรัพยากรที่จำเป็นให้พร้อม (พิจารณาทั้งจำนวน ขนาด) หากมีการระบาดของการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ หรือในสถานการณ์ฉุกเฉินอื่นๆ
  - คณะกรรมการ IC ประสานกับผู้นำระดับสูงและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรดังกล่าว
- ผู้นำองค์กรสนับสนุนระบบสารสนเทศที่รองรับการทำงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
  - คณะกรรมการ IC ร่วมกับทีมสารสนเทศ สำรวจและวิเคราะห์ความต้องการใช้สารสนเทศของผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบ IC เช่น

- ข้อมูลและความรู้ที่ช่วยให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น นโยบาย แนวทางปฏิบัติ Scientific Evidence และ Guideline ต่างๆ
- การใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล และการรายงาน
- การเชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยเข้ากับฐานข้อมูลทางห้องปฏิบัติและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน ทั้งในภาพรวมและข้อมูลของส่วนย่อยต่างๆ (ซึ่งจะเอื้อต่อการประมวลผลเป็นตัวชี้วัดที่ผู้ใช้ต้องการ)

○ ICN (หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC) ร่วมกับทีมสารสนเทศพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อตอบสนองความต้องการข้างต้น

○ ICN (หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC) ร่วมกับทีมสารสนเทศติดตามประเมินการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบสารสนเทศในระบบ IC

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ผลการสำรวจการมีหรือการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น ● ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในระบบ IC	● ความเพียงพอของการได้รับการสนับสนุนด้านบุคลากร ทรัพยากร และสารสนเทศ

(2) องค์กรจัดให้มีคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพที่สอดคล้องกับภารกิจด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักระบาดวิทยา และนักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นกลไกดำเนินงานและประสานงานกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ. โดยให้ทำหน้าที่ต่างๆ ดังนี้:

(i) กำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ มาตรการ ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;

(ii) ออกแบบ/กำกับดูแลระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ;

(iii) วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ;

(iv) สรุปผลการดำเนินการและสื่อสารกับทุกภาคส่วนในองค์กรเพื่อนำมาปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- กำหนดหรือทบทวนองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) หรือทีมงานที่ทำหน้าที่ดังกล่าว ว่ามีผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (แพทย์จากกลุ่มงานทางคลินิกที่สำคัญ ฝ่ายการพยาบาล ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เภสัชกรรม ฝ่ายบริหาร นักระบาดวิทยา นักจัดการด้านสิ่งแวดล้อม) และมีผู้ที่มีความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านการติดเชื้อร่วมอยู่ด้วย
- ทบทวนการทำหน้าที่ของคณะกรรมการ IC ถึงบทบาทหน้าที่ที่ประสบความสำเร็จและบทบาทหน้าที่ที่ยังทำได้น้อย วางแผนที่จะทำหน้าที่ดังกล่าวให้เข้มข้นขึ้น
    - การกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการ
    - การออกแบบระบบ และกำกับดูแล ในเรื่องการเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
    - วางแผน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
    - การติดตามประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุง (ควรให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่นี้ให้มาก)
    - สื่อสารกับทุกภาคส่วนในองค์กร
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์บริบทขององค์กร (จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความรุนแรงของผู้ป่วย โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น การติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายในสถานพยาบาล)
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันจัดทำหรือทบทวนเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และมาตรการในเรื่อง IC ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร

- เป้าประสงค์
- วัตถุประสงค์
- กลยุทธ์
- มาตรการ

- คณะกรรมการ IC และ ICN ร่วมกันกำหนดกลไกดำเนินงานและประสานกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ครอบคลุมความร่วมมือในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน การเผยแพร่และฝึกอบรม การกำกับดูแลการปฏิบัติ การควบคุมสิ่งแวดล้อม การออกแบบระบบสารสนเทศ การเฝ้าระวัง การวิเคราะห์ข้อมูล การตอบสนองต่อเหตุการณ์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ในเรื่อง IC • บทบาทและการตัดสินใจของคณะกรรมการ IC ที่มีความสำคัญในรอบปีที่ผ่านมา	• การประเมินผลระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ และการตอบสนองของคณะกรรมการ IC

(3) องค์กรกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นลายลักษณ์อักษร ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้:
- (i) การติดเชื้อที่ตำแหน่งจำเพาะ/เกี่ยวกับอุปกรณ์จำเพาะ เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการใช้สายสวนหลอดเลือดชนิดต่าง ๆ และการติดเชื้อในกระแสเลือด;
- (ii) มาตรการเพื่อจัดการและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา รวมถึงมีมาตรการกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ตามแนวทางในข้อ II-6.1 ก (5);
- (iii) มาตรการรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ;
- (iv) การดูแลและป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ;
- (v) การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างปฏิบัติงาน การดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือดสารคัดหลั่ง หรือโรคติดต่อ เช่น วัณโรคและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และมีมาตรการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อในวงกว้าง (ในกรณีเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย);
- (vi) การให้บุคลากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามมาตรฐานที่แนะนำโดยองค์กรวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกัน จัดทำ/ทบทวน/ปรับปรุง นโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ (คู่มือการปฏิบัติงาน) ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในประเด็นต่างๆ ตามข้อกำหนด

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ความครอบคลุม ความเหมาะสม และความทันสมัยของนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ

(4) องค์กรวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ที่มีผลต่อผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากร โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย หัตถการ และสิ่งแวดล้อม การวิเคราะห์ควรครอบคลุมถึงหน่วยงานจ้างเหมาภายนอก และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุมทุกบริการและทุกพื้นที่ ที่มีผลต่อผู้ป่วย ผู้รับบริการ และบุคลากร โดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและหัตถการ.
    - วิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อ (จากการเฝ้าระวังที่ทำอยู่และจากการทำ Prevalence Survey ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่)
    - วิเคราะห์ความเสี่ยงตามบริบทของโรงพยาบาล เช่น การจ้างเหมาหน่วยงานภายนอก การก่อสร้าง เป็นต้น
- 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. เป็นต้น). การเกิด Healthcare-Associated Invasive Disease โดยเชื้อโรคบางตัว (เช่น Group A Streptococcus Post-operatively, In burn units,

or in a LTCF; Legionella spp., Aspergillus spp. เป็นต้น) เพียงรายเดียว ก็ถือว่าเป็น Trigger สำหรับการสืบสวนและยกระดับมาตรการควบคุมเนื่องจากความเสี่ยงของที่จะมีจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจากการติดเชื้อเหล่านี้.

- เชื้อที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ใช้เป็น First-line Therapies (เช่น MRSA, VISA, VRSA, VRE, ESBL producing organisms เป็นต้น)
- เชื้อจุลชีพซึ่งมีแบบแผนการดื้อยาที่ไม่ปกติภายในสถานพยาบาล
- การติดเชื้อที่ยากจะรักษาเนื่องจากดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายกลุ่ม (classes) (เช่น Stenotrophomonas Maltophilia, Acinetobacter spp. เป็นต้น)
- มีความเกี่ยวเนื่องกับโรคที่รุนแรง มี Morbidity & Mortality สูง (เช่น MRSA & MSSA, Group A Streptococcus เป็นต้น)
- เชื้อโรคที่อุบัติใหม่หรือกลับเป็นซ้ำใหม่ เช่น ไข้หวัดนก วัณโรค COVID-19

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันกำหนดการติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม เช่น
  - การแพร่กระจายของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ OPD และพื้นที่ที่ติดเครื่องปรับอากาศ
  - การติดเชื้อแผลฝีเย็บและ CAUTI ในโรงพยาบาลชุมชน
  - การติดเชื้อ VAP, SSI, CAUTI, CA-BSI, MDR ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม พร้อมทั้งข้อมูลหรือเหตุผลสนับสนุน	• ความครอบคลุมของการวิเคราะห์และการกำหนดการติดเชื้อที่จะเป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม • การรับรู้ของผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับจุดเน้นของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

(5) องค์กรออกแบบระบบและแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อครอบคลุมทุกพื้นที่บริการ และกลุ่มเป้าหมายทั้งในผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และบุคลากรบนพื้นฐานของความรู้วิชาการและการปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนสอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อสำคัญขององค์กร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ
  - ในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในส่วนที่เป็นพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยและพื้นที่ปฏิบัติงานของบุคลากร
  - ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และบุคลากร
  - โอกาสต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เช่น อาชีวอนามัยของบุคลากร โอกาสเกิดการบาดเจ็บหรือได้รับการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน เป็นต้น
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันเลือกสรร Scientific Evidence (หลักฐานวิธีการที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลจากการศึกษาอย่างเป็นวิทยาศาสตร์) ที่ Update จากแหล่งที่เหมาะสม เช่น CDC ชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น
- นำข้อมูลหลักฐานดังกล่าวมาเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติงานที่ใช้อยู่ (ถ้ามีการจัดทำไว้แล้ว) ทบทวนแนวทางปฏิบัติให้ทันสมัยกับ Evidence
- ทำ Gap Analysis เพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติกับมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว กำหนดเป้าหมายและแผนการปรับปรุง
- จัดทำแนวทางปฏิบัติงานเท่าที่จำเป็น เพื่อเป็นที่ใช้อ้างอิง ทำความเข้าใจ และทำให้การปรับปรุงที่เกิดขึ้นมีความยั่งยืน
- ติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ตัวอย่าง Scientific Evidence ที่นำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ • ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ที่สำคัญ และมาตรการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดขึ้น และผลการตรวจติดตามการปฏิบัติ	• ความครอบคลุม ความเหมาะสม ความทันสมัยของแนวทางปฏิบัติงานเกี่ยวกับ IPC

(6) องค์กรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (Infectious Control Nurse: ICN) อย่างน้อยหนึ่งคน โดย ICN ควรมีจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล ทำหน้าที่รับผิดชอบการดำเนินการระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ทำหน้าที่นี้มีคุณสมบัติที่เหมาะสมผ่านการศึกษา ฝึกอบรม ประสบการณ์ และมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจน โดยมีอำนาจที่จะใช้มาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- มอบหมายให้มีผู้ทำหน้าที่ ICN ในจำนวนที่เหมาะสมกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
    - การที่ ICN จะต้องปฏิบัติหน้าที่เต็มเวลาหรือไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
    - จำนวน ICN ที่ควรมีคือ 1 คนต่อ 200 เตียง
- สนับสนุนให้ ICN ได้รับการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับที่มีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ ถ้าเป็นไปได้ควรเข้ารับการอบรมในหลักสูตร 4 เดือน (ICN ในโรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 90 เตียงอย่างน้อยควรได้รับการอบรมในหลักสูตร 2 สัปดาห์)
- กำหนดบทบาทหน้าที่ของ ICN ให้ชัดเจน และกำหนด Performance ที่จะใช้ประเมินความสำเร็จในการทำหน้าที่ บทบาทหน้าที่ของ ICN ควรประกอบด้วย
    - ประสานนโยบาย กลวิธี และกิจกรรมการดำเนินงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
    - ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ
    - พัฒนาและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในด้าน IC
    - เป็นที่ปรึกษาให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ในด้าน IC
    - เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม รวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังฯ และแปลผลข้อมูล นำเสนอข้อมูลต่อคณะกรรมการ IC
    - ค้นหาการระบาดและสอบสวนการระบาดของ NI
- ICN ควรมีอำนาจที่จะใช้มาตรการควบคุมการติดเชื้อหรือดำเนินการศึกษาเมื่อรับรู้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรของโรงพยาบาล เช่น การระบาดของเชื้อดื้อยา การป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้ออุบัติใหม่ เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• จำนวน ICN และการศึกษาอบรมของ ICN แต่ละคน • จุดเน้นในการทำงานของ ICN แต่ละปีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา	• ความเพียงพอของ ICN

(7) ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีภายในทั่วทั้งองค์กร ร่วมกับพันธมิตร ผู้ป่วย และครอบครัว

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่สำคัญที่จะต้องมีการติดตามกำกับในแต่ละหน่วยงาน
- หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางแผนติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญ และประสานกับ ICN เพื่อปรับปรุงในจุดอ่อนที่พบ
- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วย
    - จัดทำแนวทางการให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่บ้านของผู้ป่วย เช่น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การสวนปัสสาวะด้วยตนเองหรือการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ที่บ้าน การป้องกันแผลกดทับหรือ Aspiration ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น
    - สร้างความมั่นใจว่าแนวทางดังกล่าวได้รับการปฏิบัติ
    - ติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้รับผิดชอบระบบงานพัฒนาคุณภาพ/ความปลอดภัยของโรงพยาบาล ร่วมกันวางแผนเชื่อมประสานระบบงานทั้งสองเข้าด้วยกัน เช่น
    - การกำหนด Patient Safety Goal ของโรงพยาบาล ในเรื่องการติดเชื้อ
    - การกำหนดและ Monitor ตัวชี้วัดของระบบ IC ในระดับต่าง ๆ และประมวลเป็นตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล
    - การสนับสนุนวิธีการทำ CQI เพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่เป็นปัญหาของหอผู้ป่วย

- การทบทวนเวชระเบียนเพื่อวินิจฉัย Adverse Event ในผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าติดเชื้อตามเกณฑ์ของ IC
- การเยี่ยมสำรวจภายใน

- กำหนดกรอบเวลาของการนำแผนไปปฏิบัติและระบบการติดตามกำกับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• มาตรการสำคัญในหน่วยงานต่างๆ ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติโดยหัวหน้าหน่วยงาน และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น • สิ่งที่มีการเชื่อมประสานระหว่างงาน IC และงานคุณภาพ/ความปลอดภัย และผลงานที่เกิดขึ้น	• ผลลัพธ์ที่สะท้อนความร่วมมือและประสานงานที่ดีระหว่าง IPC กับ Quality & Safety Program

(8) องค์กรให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแก่บุคลากร แพทย์ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยองค์กรทำให้มั่นใจได้ว่าบุคลากรมี ความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักและมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นวัฒนธรรม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การให้ความรู้แก่บุคลากร

- คณะกรรมการ IC กำหนด Training Need ในเรื่อง IC สำหรับบุคลากรประเภทต่างๆ โดยอาศัยปัญหาที่พบจากการปฏิบัติเป็นตัวชี้นำ และครอบคลุมสิ่งต่อไปนี้
  - ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสำคัญในจุดต่างๆ ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นและเป็นจุดเน้นขององค์กร รวมทั้งข้อมูลจากการเฝ้าระวัง
  - นโยบายและแนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร
  - บทบาทของบุคลากรในการป้องกันการติดเชื้อในส่วนที่แต่ละคนต้องรับผิดชอบ
- ดำเนินการฝึกอบรมให้ความรู้ตาม Training Need
- ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้และศักยภาพของผู้รับผิดชอบงานหน่วยงานกลางเป็นพิเศษ

- ส่งเสริมการนำหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไปปฏิบัติอย่างเป็นวัฒนธรรม
    - สร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิด Positive Reinforcement หรือรับรู้ว่าการปฏิบัติของแต่ละคนส่งผลลัพธ์ที่ผู้ปฏิบัติรับรู้และเรียนรู้
    - สร้างสิ่งแวดล้อมที่มีการทบทวน แลกเปลี่ยน และใคร่ครวญด้วยเวลาสั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ
    - สร้างสิ่งอำนวยความสะดวกแก่การปฏิบัติที่ต้องการให้เกิดเป็นวัฒนธรรม
- ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน
- นำปัญหาที่พบมากำหนดรูปแบบการฝึกอบรมใหม่

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลที่ควรรู้ และแนวทางการให้ข้อมูลแก่ ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ในวิธีการลดความเสี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน/ชุมชน
    - ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อซึ่งสามารถแพร่กระจายสู่สมาชิกในครัวเรือน หรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อได้
    - ชุมชนทั่วไป
- ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินประสิทธิผลของการให้ข้อมูล เพื่อนำมาปรับปรุงวิธีการให้ข้อมูล

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาที่พบจากการปฏิติงาน Training Need การฝึกอบรม การประเมินผล และการปรับปรุงรูปแบบการฝึกอบรม • กลุ่มเป้าหมายสำคัญและแนวทางการให้ข้อมูลได้มีการปรับปรุง	• ผลการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักของบุคลากร

ข. การเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ (Infection Surveillance and Control)

(1) องค์กรเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบริการสุขภาพในเชิงรุกจากลำดับความสำคัญที่ระบุไว้ โดยใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐาน วิธีการเฝ้าระวังและการวิเคราะห์ซึ่งเป็นที่ยอมรับทางวิชาการและสอดคล้องกับบริบทขององค์กร ครอบคลุมตลอดภาวะต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งติดตามแบบแผนการดื้อยาของเชื้อจุลชีพ และประสานกับระบบรายงานโรคตามที่กฎหมายกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ

- คณะกรรมการ IC ทบทวนวิธีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้และไม่เป็นภาระในการเก็บข้อมูลมากเกินไป
- ข้อแนะนำจาก สรพ.
    - ใช้การเฝ้าระวังแบบจำเพาะเจาะจง (priority directed, targeted surveillance) คือเฝ้าระวังการติดเชื้อในตำแหน่งที่เป็นปัญหา (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดเชื้อเนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์หรือการทำหัตถการ) และการติดเชื้อที่มีความสำคัญทางระบาดวิทยาในทุกหน่วยงานที่มีโอกาสรับผู้ป่วยดังกล่าว
    - ไม่ต้องรายงานอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลโดยรวมทุกตำแหน่งที่ได้จากการเฝ้าระวังให้ สรพ.ทราบ (ยกเว้นเป็นอัตราที่ได้จากการทำ prevalence survey ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่)
    - ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อที่เป็นมาตรฐานซึ่งอ้างอิงจาก CDC หรือชมรมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
    - ผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสใช้เกณฑ์วินิจฉัยการติดเชื้อได้สะดวก ใช้เครื่องมือที่ง่ายต่อการนำเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลทุกวิชาชีพร่วมกันประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุดที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยการติดเชื้อ
    - การเฝ้าระวัง SSI ควรเฝ้าระวังตามประเภทของการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ควบคู่ไปกับการรายงานการติดเชื้อเป็นรายกรณีสำหรับการผ่าตัดที่ไม่ได้มีการเฝ้าระวัง
    - ประสานงานกับ OPD ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบการติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง OPD สูตินรีเวชและศัลยกรรม อาจใช้

IT เข้ามาช่วยในการรายงานและเชื่อมโยงข้อมูล หากสามารถประสานต่อได้ถึงสถานพยาบาลใกล้บ้านได้จะยิ่งเป็นการดี

- กำหนดเกณฑ์คัดกรองเพื่อให้หน่วยเวชระเบียนเลือกเวชระเบียนที่มีโอกาสพบการติดเชื้อให้ ICN ทบทวนเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ทั้งที่อยู่ในเป้าหมายการเฝ้าระวังและไม่อยู่ในเป้าหมาย)
- นำเวชระเบียนที่สงสัยว่าอาจจะมีการติดเชื้อแต่ไม่สามารถวินิจฉัยว่าติดเชื้อได้ตามเกณฑ์ มาทบทวนโดยใช้มุมมองของการเกิด Adverse Event หากพบว่ามี Adverse Event ให้ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อาจจะก่อให้เกิด Under Report ในอัตราการติดเชื้อของโรงพยาบาล

- สำหรับโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่ำ อาจจะเน้นความสำคัญไปที่การเฝ้าระวังในด้านกระบวนการ และโอกาสแพร่กระจายเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่หน่วยผู้ป่วยนอก
- ICN วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังเพื่อดูแนวโน้มของอัตราการติดเชื้อที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งในภาพรวมของโรงพยาบาลและจำแนกตามระบาดวิทยา (หน่วยงาน เวลา บุคคล กรณี SSI)
- ทำ Point Prevalence Survey ปีละครั้งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- เผยแพร่ผลการวิเคราะห์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยทันที (หน่วยดูแลผู้ป่วยควรรับทราบอัตราการติดเชื้อในหน่วยงานของตนเทียบกับหน่วยงานอื่นและของโรงพยาบาลภายใน 1 เดือน)

การติดตามแบบแผนการดื้อยา

- ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์วิเคราะห์ความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ ทั้งของปีที่ผ่านมาและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้แพทย์ใช้ประกอบการตัดสินใจในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ หากสามารถแยกแยะเชื้อที่เกิดจากชุมชนและเชื้อที่เกิดจากการติดต่อในโรงพยาบาลได้ก็ยิ่งดี
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับหน่วยเภสัชกรรมและผู้เกี่ยวข้อง ติดตามการใช้ยาต้านจุลชีพภายในโรงพยาบาล แนวโน้มการเพิ่มของการใช้ยาแต่ละตัว เทียบกับความไวของเชื้อต่อยาดังกล่าว และการคาดการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาที่จะเกิดขึ้น
- สื่อสารแนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพและการคาดการณ์ปัญหาให้องค์กรแพทย์ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด เพื่อร่วมกันกำหนดมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม และอาจรวมไปถึงการทำ Drug Use Evaluation

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อของโรงพยาบาล มาตรการต่าง ๆ ที่จะรับทราบโอกาสเกิด Under Report • ตัวอย่างรายงานที่ส่งให้ผู้เกี่ยวข้องและการตอบสนองที่เกิดขึ้น • แนวโน้มการใช้ยาต้านจุลชีพที่สำคัญ แนวโน้มการดื้อยา และการตอบสนองที่เกิดขึ้น	• อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งที่มีการเฝ้าระวัง และโอกาสเกิด Under Report • ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง HAI เชิงรุก และเชื้อดื้อยา

(2) องค์กรมีกระบวนการในการวินิจฉัยและยืนยันเมื่อสงสัยการติดเชื้อจากบริการสุขภาพอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้มีระบบการเฝ้าระวังไปข้างหน้าในข้อ (1).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ข้อมูลการติดเชื้อในตำแหน่งที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายของการเฝ้าระวังในข้อ (1) และการตอบสนองที่เกิดขึ้น	• ความครอบคลุมของการรับรู้การติดเชื้อที่ไม่ได้มีระบบเฝ้าระวัง

(3) องค์กรใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้การระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน และเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ประเมินกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในโรงพยาบาลแต่ละราย ให้ข้อเสนอแนะต่อผู้เกี่ยวข้อง และรวบรวมเพื่อทำแผนปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในภาพรวม
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันศึกษาข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากการติดตามเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ
    - ใช้ประโยชน์โดยคณะกรรมการ IC เช่น บ่งชี้การระบาด ปรับปรุงระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติและป้องกันการติดเชื้อในลักษณะเดียวกัน เป็นต้น
    - เผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบงานที่เกี่ยวข้อง
    - ให้ความรู้แก่บุคลากร

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการปรับปรุงระบบงานที่เกิดขึ้น	• การใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเฝ้าระวัง

(4) องค์กรจัดทำแนวทางการบ่งชี้การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และนำไปปฏิบัติ มีการระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา และสื่อสารข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันวิเคราะห์การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่มีโอกาสเกิดขึ้นในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อ MRSA การติดเชื้อใน NICU เป็นต้น
- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันทบทวนบทเรียนในการตรวจพบการระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญว่าสามารถทำได้รวดเร็วทันการณ์เพียงใด มีโอกาสจะปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างไร

- ในกรณีที่โรงพยาบาลไม่เคยมีประสบการณ์การระบาดของโรคหรือเชื้อก่อโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ให้ร่วมกันวางแผนว่าจุดที่มีสัญญาณเตือนว่ามีการระบาดอยู่ที่ใดบ้าง ร่วมกันซักซ้อมความเข้าใจและจัดให้มีช่องทางการสื่อสาร/รายงานที่มีประสิทธิภาพ
    - การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง ระบุการระบาดในลักษณะของบุคคล สถานที่ เวลา
    - การรับทราบข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
    - การทบทวนรายงานผลการตรวจทางจุลชีววิทยา
- กำหนดแนวทางการสอบสวนทางระบาดวิทยาเพื่อวินิจฉัยว่ามีการระบาดเกิดขึ้น และแนวทางการสื่อสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การบ่งชี้การเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของการติดเชื้อในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา	● ประสิทธิภาพของการบ่งชี้การระบาด

(5) องค์กรมอบหมายผู้รับผิดชอบพร้อมด้วยทรัพยากรและอำนาจตัดสินใจที่เพียงพอเพื่อจัดการและควบคุมการระบาด โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN และคณะกรรมการ IC ร่วมกันกำหนดปัญหาการอุบัติของเชื้อโรคใหม่และเชื้อโรคดื้อยาที่โรงพยาบาลต้องเผชิญ พร้อมทั้งวิเคราะห์ส่วนราชการ องค์กร และชุมชนที่โรงพยาบาลควรไปสร้างความร่วมมือในการทำงาน เช่น
    - ความร่วมมือกับสถานีอนามัยและร้านขายยาชุมชนในการลดจ่ายยาต้านจุลชีพให้แก่ประชาชนโดยไม่มีข้อบ่งชี้ โดยเฉพาะในกรณีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน บาดแผลจากของมีคม ท้องร่วง
    - ความร่วมมือกับภาคการเกษตรและปศุสัตว์ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของไข้หวัดนก
    - ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขและห้องปฏิบัติการอ้างอิงในการยืนยันการวินิจฉัยโรคและการรับผู้ป่วยที่ติดเชื้ออุบัติใหม่
- ICN คณะกรรมการ IC และผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำ
    - แนวทางควบคุมเมื่อเกิดการระบาดของการติดเชื้อในองค์กร

- แผนเตรียมความพร้อมรับการระบาด ระบุทรัพยากรที่ต้องการ การสืบค้นและมาตรการควบคุมที่จำเป็นในสถานการณ์ต่างๆ ผู้มีอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการดังกล่าว
- แนวทางการขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ซักซ้อมความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องเป็นระยะ
- ดำเนินการตามแผน จัดทำรายงาน และเฝ้าระวังต่อเนื่องจนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีปัญหา
- ทบทวนบทเรียนและผลลัพธ์ของความร่วมมือเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สถานการณ์ที่โรงพยาบาลมีโอกาสประสบและแผนรองรับสถานการณ์ดังกล่าว • ความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่แสดงถึงประสิทธิภาพของความร่วมมือ	• ประสิทธิภาพของการควบคุมการระบาด

(6) องค์กรมีวิธีการในการรับรู้สถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขภายนอกและชุมชน และมีการสื่อสารภายในองค์กรได้ทันต่อสถานการณ์

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำองค์กรจัดระบบในการรับรู้สถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โดยอาจพิจารณาประเด็นต่อไปนี้ (World Health Organization. Anticipating Emerging Infectious Disease Epidemics: WHO, 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252646/WHO-OHE-PED-2016.2-eng.pdf)
  - การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อเข้าถึงสารสนเทศประเภทต่างๆ จำนวนมากอย่างรวดเร็ว
  - การบูรณาการข้อมูลจากระดับจุลภาค (ยีน) ไปถึงระดับมหภาค (แบบแผนการเคลื่อนย้ายผู้คนในระดับโลก สภาพอากาศ การเมือง สังคม) เพื่อให้สามารถคาดการณ์ ประเมินความเสี่ยง และเตรียมตัวสำหรับการระบาด
  - การพิจารณาใช้วิธีการใหม่ๆ เช่น Foresight เพื่อระบุจุดบอด Popular Epidemiology, Local Risk Mapping เพื่อวิเคราะห์เหตุการณ์ที่ซับซ้อน

- การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานด่านหน้า
- การระบุ Hot Spot (พื้นที่เสี่ยงหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง) ด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยขับเคลื่อนด้านชีววิทยา นิเวศวิทยา และพฤติกรรม
- การใช้ทีมสอบสวนการระบาดซึ่งมีผู้มีความรู้ด้านสังคมวิทยาและรัฐศาสตร์ร่วมทีม
- ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ และชุมชน

- ผู้นำองค์กรจัดระบบการสื่อสารภายในองค์กรเกี่ยวกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อย่างทันสถานการณ์ โดยคำนึงถึง
  - ความโปร่งใส ความคงเส้นคงวา การสร้างความไว้เนื้อเชื่อใจ
  - ประเด็นด้าน สังคม-อารมณ์ ของความหวาดกลัวและความหวัง
  - อุณหภูมิของสังคมเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง
  - การใช้ช่องทางและเทคโนโลยีที่หลากหลายในการสื่อสารทั้งในช่วงการระบาด และช่วงเวลาระหว่างการระบาด

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ประสิทธิภาพของการรับรู้สถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และการสื่อสารในองค์กร

SPA II - 4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention Practices)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากบริการสุขภาพ.

ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป (General Infection Prevention Practices)

(1) มีการจัดทำระเบียบ/แนวทางปฏิบัติในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้:

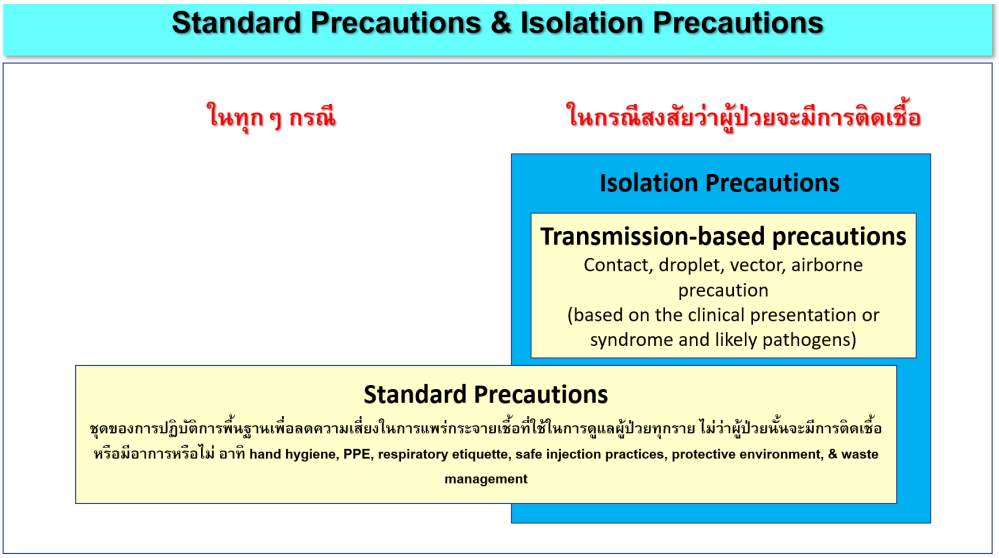
(i) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และสิ่งแวดล้อม (isolation precautions) ซึ่งประกอบด้วย Standard Precautions และ Transmission-based Precautions;

(ii) การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้;

(iii) การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวแต่มีราคาแพงหรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้).

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทบทวนมาตรเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยสู่ผู้ป่วย บุคลากร ญาติ และสิ่งแวดล้อม จัดทำระเบียบปฏิบัติตาม Scientific Evidence ที่ทันสมัย



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

- ชุดของการปฏิบัติการพื้นฐานเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะมีการติดเชื้อหรือมีอาการหรือไม่ (standard precautions) เช่น Hand Hygiene, PPE, Respiratory Etiquette, Safe Injection Practices, Protective Environment, Waste Management
- ชุดของปฏิบัติการเฉพาะเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อ ขึ้นกับอาการทางคลินิกและเชื้อก่อโรคที่คาดว่าจะเป็นสาหตุ (transmission-based precautions) ซึ่งจะใช้ร่วมกับ Standard Precaution โดยแบ่งออกเป็น
  - Contact Precaition
  - Droplet Precaution
  - Vector Precaution
  - Airborne Precaution
- การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ และทำให้ปราศจากเชื้อ สำหรับอุปกรณ์ที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้
- การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวแต่มีราคาแพงหรือจัดหาได้ยากกลับมาใช้ใหม่ (ถ้าสามารถนำมาใช้ได้).

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องส่งเสริมให้มีการนำระเบียบปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อไปสู่การปฏิบัติ โดย
  - จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าวเพียงพอ (ใช้แนวคิด human factors engineering)
  - ตรวจสอบและปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพให้เอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อ
  - วิเคราะห์ความเสี่ยงที่จะมีการติดเชื้อในการทำหัตถการและขั้นตอนหรือกระบวนการทำงานต่างๆ และสร้างความตื่นตัวหรือจัดให้มีข้อความเตือนใจ (reminder) ที่จำเป็นในจุดที่จะเกิดความเสี่ยง
  - ใช้ FMEA วิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่จะไม่มีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้ ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม (เช่น การทำความสะอาดเครื่องมือที่มี lumen เป็นต้น)
  - ใช้การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอสำหรับมาตรการบางอย่าง เช่น การส่งเสริมการล้างมือ เป็นต้น

- ศึกษาและออกแบบกระบวนการทำงานอย่างระมัดระวังในประเด็นที่ Controversy เช่น การนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อการใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่
  - สอดคล้องกับคำแนะนำการใช้งานจากผู้ผลิตและมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับ
  - ระบุให้ชัดเจนในประเด็นต่อไปนี้: การกำหนดชนิดของวัสดุอุปกรณ์ที่อนุญาตให้ใช้งานซ้ำได้ จำนวนครั้งสูงสุดที่จะใช้ซ้ำได้ ลักษณะทางกายภาพที่บ่งชี้ว่าวัสดุอุปกรณ์นั้นไม่ควรนำมาใช้ซ้ำแล้ว กระบวนการทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์นั้น ระบบเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้งานวัสดุอุปกรณ์นั้น
- ติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญเป็นระยะ ทั้งด้วยการทำ Focus Group / สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงาน และ การสังเกตการทำงาน
  - Standard Precaution: มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ปฏิบัติครบถ้วนเพียงใด สำหรับการทำความสะอาดมือ (hand hygiene) การใช้เสื้อผ้าและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การป้องกันการถูกเข็มหรือวัสดุมีคมอื่นทิ่มตำ สุขอนามัยเกี่ยวกับการไอจาม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การจัดการเสื้อผ้าและเครื่องนอนผู้ป่วย การจัดการขยะ การจัดการเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย
  - Transmission-based (isolation) Precaution: มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ การจัดสถานที่เหมาะสมหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
  - การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ การทำให้ปราศจากเชื้อ: มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอหรือไม่ ผู้ปฏิบัติเข้าใจหรือไม่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนเพียงใด
  - การ Reprocess กล้องส่องอวัยวะต่างๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ เป็นไปตามคำแนะนำของผู้ผลิตหรือไม่
  - การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการติดตามประเมินการปฏิบัติตามมาตรการที่สำคัญและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อทั่วไป

(2) มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม:

(i) การก่อสร้างและปรับปรุงพื้นที่ภายในองค์กร ต้องมีการประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อและผลกระทบอื่นที่เกิดจากงานก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้าง แล้ววางมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น;

(ii) องค์กรจัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมและระบบสาธารณูปโภคโดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;

(iii) องค์กรจัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย;

(iv) องค์กรแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน.

(v) การทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง วางแนวทางปฏิบัติในการประเมินและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีการก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง และรื้อทำลายสิ่งก่อสร้างภายในองค์กร และนำไปปฏิบัติ
    - การจัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน
    - การให้ความรู้แก่ทีมก่อสร้างและบุคลากรเกี่ยวกับ Airborne Infection Risk ที่เกิดจากการก่อสร้าง (โดยเฉพาะการแพร่กระจายของสปอร์ เชื้อราและการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ)
    - การจัดทำข้อตกลงในสัญญากับผู้รับเหมาสำหรับการควบคุมการติดเชื้อ

- การเฝ้าระวัง Airborne Environmental Disease (เช่น aspergillosis เป็นต้น) ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ รวมทั้งการเฝ้าระวังทางจุลชีววิทยา จุลพยาธิวิทยา และข้อมูลจากการตรวจศพ ตลอดจนการตรวจหาเชื้อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน
- การดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำหรับการก่อสร้างภายนอกอาคาร เช่น
    - การ Seal Off Adjacent Air Intakes
    - การ Seal หน้าต่างและลด Outside Air Intrusion (เช่น ประตูเปิดเข้าบันไดหรือทางเดิน เป็นต้น)
    - ระวังการทำลายท่อประปาใต้ดิน
    - จัดให้มี Barrier ป้องกันฝุ่นจากการก่อสร้าง
    - ป้องกัน Return Air Vents ถ้าใช้ Rigid Barriers
    - ควบคุมฝุ่นบนพื้นผิวทางเดินและปรับเปลี่ยนเส้นทางการเดินเท้า
    - ย้ายห้องผู้ป่วยที่อยู่ใกล้สถานที่ก่อสร้าง
- การดำเนินการมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสำหรับการก่อสร้างซ่อมแซมภายในอาคาร เช่น
    - จัดให้มี Barrier และทำให้พื้นที่ก่อสร้างใกล้พื้นที่ดูแลผู้ป่วยเป็นความดันลบ
    - ตรวจสอบ Integrity ของ Barrier อย่างสม่ำเสมอ
    - Seal หน้าต่างในพื้นที่ทำงานถ้าเป็นไปได้
    - ใช้ Window Chute สำหรับทิ้งขยะชิ้นใหญ่
    - ปรับเปลี่ยนเส้นทางการเดินออกจากพื้นที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายฝุ่น
    - จัดให้ผู้เกี่ยวข้องกับการก่อสร้างมีทางเข้าออกแยกเฉพาะ ถ้าทำได้มีอุปกรณ์ป้องกันเมื่อต้องเข้าไปในพื้นที่ดูแลผู้ป่วย มีพื้นที่เปลี่ยนเสื้อผ้าและเก็บอุปกรณ์
    - ทำความสะอาดพื้นที่ทำงานและทางเข้าออกทุกวัน

- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดโครงสร้างอาคารสถานที่ วางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อมและระบบสาธารณูปโภค โดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสม และบำรุงรักษาอาคารสถานที่ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค;

- การวางระบบการควบคุมสภาพแวดล้อม พิจารณาในประเด็นต่อไปนี้
  - Positive & Negative Pressure Ventilation System
  - Biological Hoods in Laboratories
  - การจัดการการไหลของอากาศ
- ประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมในจุดต่างๆ และดำเนินการปรับปรุง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน
- จัดให้มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการล้างมือ (เช่น อ่างล้างมือ alcohol handrub ผ้าเช็ดมือ เป็นต้น) การทำความสะอาดอาคารสถานที่
- กำหนดแนวทางการบำรุงรักษาและทำความสะอาดอาคารสถานที่ (รวมทั้งเตียงผู้ป่วย) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายสิ่งปนเปื้อนและเชื้อโรค และนำสู่การปฏิบัติ
- ตรวจสอบโอกาสที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อในระบบระบายอากาศ และดำเนินการปรับปรุง เช่น
  - การควบคุมฝุ่นละอองในอากาศ (โดยเฉพาะระหว่างการก่อสร้าง ตกแต่งปรับปรุง รื้อทำลาย)
  - การติดตามประสิทธิผลของการกรองอากาศ
  - การป้องกันการปนเปื้อนทางอากาศ (airborne contamination) ในห้องผ่าตัดเมื่อมีการผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค
  - การติดตามความดันอากาศในห้องที่ใช้ Negative Airflow หรือ Positive Airflow
- ตรวจสอบ Endotoxin ในน้ำที่ใช้สำหรับ Hemodialysis ตามมาตรฐานของสมาคมโรคไต
- การจัดการขยะ (การแยกทิ้งขยะ การจัดการกับขยะมีคม)
- การควบคุมแมลงและสัตว์
- ดำเนินการเฝ้าระวังการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ น้ำยาฆ่าเชื้อ Cooling Tower เป็นต้น

- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดให้มีพื้นที่แยกโรค (zoning) และเส้นทางการเคลื่อนย้าย (patient flow) สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่อาจจะมีการแพร่ระบาดได้ง่าย
- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ตรวจสอบและปรับปรุงให้มั่นใจว่ามีการแยกบริเวณใช้งานที่สะอาดจากบริเวณปนเปื้อน

- ICN หรือผู้ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง วางแนวทางปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงให้มั่นใจว่าการทำความสะอาดพื้นผิวของอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยความเหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ซึ่งต้องมีความเข้มงวดในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อเป็นพิเศษ เป็นต้น.

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการประเมิน/ตรวจสอบ และการปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไปแล้ว	• การติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นระหว่างมีการก่อสร้างหรือปรับปรุงอาคารสถานที่ • ผลการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการปนเปื้อน

(3) มีการระบุพื้นที่ทำงานที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมาตรการที่กำหนด โดยพื้นที่ที่ควรให้ความสำคัญได้แก่:

- ห้องผ่าตัด;
- ห้องคลอด;
- หอผู้ป่วยวิกฤติ;
- หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด;
- หน่วยบริการฉุกเฉิน;
- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยความต้านทานต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก;
- ห้องแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้ออันตราย;
- หน่วยงานทันตกรรม;
- หน่วยไตเทียม;
- หน่วยงานเตรียมยา;
- หน่วยจ่ายกลาง;
- โรงครัว;
- หน่วยกายภาพบำบัด;
- หน่วย X-RAY

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ICN ร่วมกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันจัดทำแนวทางการปฏิบัติ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่างๆ 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
  - การสอบสวนโรคเมื่อมีการระบาดของโรคระบบทางเดินอาหาร
- ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยกายภาพบำบัด
  - การทำความสะอาดและทำลายเชื้ออุปกรณ์ธาราบำบัด
  - การล้างมือ
  - การทำความสะอาดอุปกรณ์ออกกำลังกาย
- หน่วยบริการรังสีวิทยาและภาพวินิจฉัย
- ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
- ห้องเก็บศพ
  - ระบบระบายอากาศ
  - การใช้ PPE ที่เหมาะสม

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในหน่วยงานต่างๆ	• ผลการควบคุมความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่สำคัญ

ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ (Specific Infection Prevention Practices)

(1) มีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อจากการให้สารน้ำ และการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ตามแนวทางปฏิบัติที่องค์กรกำหนด

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกันทบทวนการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร และกำหนดแนวทางปฏิบัติตาม Scientific Evidence ที่ทันสมัย
- คณะกรรมการ IC มอบหมายให้มีทีมรับผิดชอบในการทำ 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

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับเปลี่ยนต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อลดอัตราการติดเชื้อที่สำคัญ	• อัตราการติดเชื้อในตำแหน่งที่สำคัญ (ควรนำเสนอด้วย control chart แสดงให้เห็นผลของการปรับเปลี่ยนในแต่ละช่วงเวลา)

(2) มีการดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ระบุกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ต้องดูแลด้วยความระมัดระวังสูงเป็นพิเศษ ที่โรงพยาบาลมีโอกาสรับไว้
  - ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต เช่น HIV, Hepatitis B & C เป็นต้น
  - ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ เช่น HIV ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคเลือด เป็นต้น
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางปฏิบัติและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องสร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องและซ้อมปฏิบัติเป็นระยะ
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เคยเกิดขึ้น ร่วมกับการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่แนวทางดังกล่าวจะไม่ได้รับการปฏิบัติ หรือปฏิบัติแล้วไม่ได้ผล และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ป่วย การซ้อมปฏิบัติ การทำ FMEA และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• ประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ

(3) มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดื้อยาตามองค์ประกอบหลักดังกล่าวข้างต้น และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการควบคุมเชื้อดื้อยาที่มีผลกระทบสูงต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา เช่น เชื้อดื้อยาที่พบบ่อย มีอัตราตายสูง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ระบุการติดเชื้อดื้อยาที่เป็นความเสี่ยงของโรงพยาบาล หรือควรเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลต้องติดตามเฝ้าระวัง เนื่องจากมีผลกระทบสูงต่อภาวะสุขภาพและผลการรักษา พบบ่อย มีอัตราตายสูง เช่น MRSA, VRE เป็นต้น

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางปฏิบัติและจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องสร้างความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องและซ้อมปฏิบัติเป็นระยะ
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่เคยเกิดขึ้น ร่วมกับการทำ FMEA เพื่อวิเคราะห์โอกาสและลักษณะที่แนวทางดังกล่าวจะไม่ได้รับการปฏิบัติ หรือปฏิบัติแล้วไม่ได้ผล และดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดูแลผู้ป่วย การซ้อมปฏิบัติ การทำ FMEA และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● ประสิทธิผลของการจัดการการติดเชื้อที่ดื้อยา

(4) มีแผนปฏิบัติการและมีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ / อุบัติซ้ำ

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง จัดให้มีการซ้อมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ
- คณะกรรมการ IC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนปัญหาอุปสรรคที่พบจากการซ้อมแผนและนำมาปรับปรุงการเตรียมความพร้อม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ปัญหาอุปสรรคที่พบจากการซ้อมแผนรับมือโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และการปรับปรุง	● ความพร้อมในการรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ

(5) มีการดำเนินการตามแนวทาง / ขั้นตอนในการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน. มีการจัดให้บุคลากรได้รับวัคซีนที่จำเป็นตามความเหมาะสม. บุคลากรมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อต่อจากบุคลากรผู้ติดเชื้อ

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์โอกาสที่จะเกิดการสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องกำหนด
- แนวทาง/ขั้นตอนในการประเมิน ให้คำปรึกษา ดูแล และติดตามบุคลากรที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
    - แนวทาง/ขั้นตอนในการประเมิน ให้คำปรึกษา ดูแล และติดตามบุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
    - วัคซีนที่จำเป็นซึ่งองค์กรจะจัดให้บุคลากรแต่ละกลุ่ม
    - มาตรการป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อจากบุคลากรผู้ติดเชื้อ
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องซักซ้อมความเข้าใจ ตรวจสอบความพร้อม และตามรอยการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ทีมงานที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูล และทบทวนมาตรการป้องกัน/การดูแล

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงานที่สำคัญ มาตรการสำคัญในการป้องกันและดูแล • ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน และการตอบสนองที่เกิดขึ้น	• ประสิทธิผลของการดูแลบุคลากรที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย • ประสิทธิผลของการดูแลบุคลากรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อจากการทำงานและโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน • ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนที่จำเป็นของบุคลากร • ประสิทธิผลของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากบุคลากรที่ติดเชื้อ

II–5 ระบบเวชระเบียน

SPA II - 5.1 ระบบบริหารเวชระเบียน (Medication Record Management System)

องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย.

ก. การวางแผนและออกแบบระบบ (Planning and Design)

(1) องค์กรกำหนดเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนร่วมกันโดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเป้าหมายครอบคลุมการสื่อสาร การใช้งาน ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และการประเมินคุณภาพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีคณะกรรมการรับผิดชอบการพัฒนาระบบเวชระเบียน
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบเวชระเบียนเชิญทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกและการใช้เวชระเบียนมาร่วมกันกำหนดเป้าหมาย (เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ เป็นต้น)
- เป้าหมายพื้นฐานที่จำเป็นของระบบเวชระเบียน ได้แก่ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ ความต่อเนื่องในการดูแลรักษา การประเมินคุณภาพ
- เป้าหมายที่ทีมอาจจะกำหนดเพิ่มเติม เช่น การเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การเรียนรู้ การวิจัย เป็นต้น
- แต่ละวิชาชีพใช้เป้าหมายในการประเมินหาส่วนขาดของการบันทึกเวชระเบียนที่เป็นอยู่ และวางแผนปรับปรุงทั้งในส่วนของแต่ละวิชาชีพ และในส่วนของภาพรวม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• เป้าหมายที่ได้กำหนดร่วมกันและส่วนขาดที่ประเมินได้	• การประเมินการบรรลุเป้าหมายของการบันทึกเวชระเบียนและการใช้ประโยชน์

(2) การออกแบบระบบเวชระเบียนเป็นผลจากการประเมินความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และหน่วยงานภายนอก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ผู้ใช้เวชระเบียนทั้งภายในและภายนอก (ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ หน่วยงานภายนอก)
- ประเมินความต้องการของผู้ใช้ทั้งหมด (รวมทั้งแผนการปรับปรุงที่แต่ละวิชาชีพจัดทำขึ้นในข้อ (1))
- ปรับปรุงและ Redesign
    - แบบบันทึกต่างๆ ลดความซ้ำซ้อนของการบันทึก ตัดการบันทึกที่ไม่จำเป็นออก ใช้ความคิดใหม่ๆ ในการออกแบบบันทึก รักษาสมดุลระหว่างการใช้ Check List กับการบันทึกแบบอิสระ
    - การบันทึกรหัส เส้นทางเดินของข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการออกแบบรายงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ความต้องการของผู้ใช้เวชระเบียน ● การปรับปรุงและ Redesign ที่เกิดขึ้น ● การประเมินว่าระบบที่ปรับปรุงแล้วตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้เพียงใด	● ความสามารถของระบบเวชระเบียนในการตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ ● ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องกลุ่มต่างๆ ต่อการออกแบบระบบเวชระเบียน

(3) เวชระเบียนผู้ป่วยมีข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน และไม่สูญหายง่าย เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัยครอบคลุมการบันทึกเวชระเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record). การบันทึกเวชระเบียนควรเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้:

(i) การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน;

(ii) การใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน;

(iii) การรับและทวนสอบคำสั่งการรักษาด้วยวาจา หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;

(iv) การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน;

(v) การบันทึกด้วยลายมือที่อ่านออก ระบุวันเวลา แล้วเสร็จในเวลาที่กำหนด และมีการลงนามที่ชัดเจน;

(vi) กรณีเป็นเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ควรมีการออกแบบการบันทึกเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลซึ่งครอบคลุมข้อมูลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น ข้อมูลรูปภาพ ออกแบบการสอบทาน และการลงนามทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสื่อสารทำความเข้าใจตรงกันในองค์กร;

(vii) การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ;

(viii) บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย และมีแผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน;

(ix) เหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา รวมถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เป็นต้น.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบเวชระเบียนจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ (คู่มือ) เกี่ยวกับเวชระเบียนผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้
    - การกำหนดผู้มีสิทธิบันทึกในเวชระเบียน
    - การใช้สัญญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐาน
    - การบันทึกข้อมูลที่มีความสำคัญและแบบฟอร์มมาตรฐาน
    - การระบุชื่อผู้บันทึก วันที่และเวลาที่บันทึก
    - การบันทึกข้อมูลแต่ละประเภทในเวลาที่กำหนดไว้
    - การแก้ไขบันทึกเวชระเบียน
    - การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ
    - แผนการดูแลรักษาที่ทุกวิชาชีพใช้ร่วมกัน

- บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย เป็นต้น
- การบันทึกเหตุการณ์สำคัญ เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ และการตอบสนองต่อการดูแลรักษา เป็นต้น
- การบันทึกเหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น
- แนวทางการบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์
- การจัดเก็บ การรักษาความปลอดภัย และการค้นหาเวชระเบียน
- การเข้าถึงเวชระเบียนตามลักษณะงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งการใช้เพื่องานวิจัย
- การเก็บรักษาและการทำลายเวชระเบียน
- การรับคำสั่ง การบันทึก และการรับรองคำสั่งการรักษาด้วยวาจา
- การใช้รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการที่เป็นมาตรฐาน

- สำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสุ่มตรวจเวชระเบียน เป็นต้น
- นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ หรือจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินซ้ำเป็นระยะ

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ปัญหาที่พบจากการสำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการ และผลการประเมินรอบสุดท้าย	

(4) ข้อมูลในบันทึกเวชระเบียนได้รับการบันทึกรหัสและจัดทำดัชนีเพื่อนำไปประมวลผลเป็นสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพในเวลาที่เหมาะสม.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- สัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มกับผู้มีหน้าที่บันทึกรหัสเพื่อประเมินปัญหาการปฏิบัติ
- ประสานกับ CLT/PCT ต่างๆ เพื่อขอทราบความต้องการสารสนเทศที่จะใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

- ประมวลผลสารสนเทศที่ CLT/PCT ต้องการ และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ติดตามการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ประมวลผลให้ และปัญหาที่ผู้ใช้แจ้งให้ทราบ
- นำปัญหามาปรับปรุงการบันทึกรหัสและการประมวลผล

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ปัญหาการบันทึกรหัส การประมวลผลสารสนเทศ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● การใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่ประมวลผลให้ CLT/PCT

(5) องค์กรประเมินและปรับปรุงระบบบริหารเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าระบบตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรและผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบเวชระเบียนประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน อย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้
    - ○ ความเหมาะสมของแบบบันทึกต่าง ๆ เทียบกับเป้าหมายและความต้องการของผู้ใช้
    - ○ การตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ในแง่ของเนื้อหา ความรวดเร็ว
    - ○ การปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่วางไว้
    - ○ ประสิทธิภาพของระบบการจัดเก็บและค้นหาเวชระเบียน
    - ○ ความปลอดภัยในการจัดเก็บเวชระเบียน
    - ○ คุณภาพในการให้รหัส
    - ○ การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน	● ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน

ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ (Security and Confidentiality)

(1) การจัดเก็บเวชระเบียนทั้งในรูปแบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์:
  (i) มีการจัดเก็บอย่างเหมาะสม;
  (ii) มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้;
  (iii) มีการจัดเก็บที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันจากการสูญหาย ความเสียหายทางกายภาพ รวมถึงการโจมตีทางไซเบอร์ การแก้ไขดัดแปลง เข้าถึง หรือใช้โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่;
  (iv) ถูกเก็บรักษาและถูกทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- สำรวจสถานที่เก็บเวชระเบียนว่า
  - มีการจัดเก็บที่เหมาะสมเพียงใด
  - มีการจัดเก็บที่รักษาความลับได้ดีเพียงใด
  - มีการจัดเก็บที่ปลอดภัยเพียงใด มีโอกาสที่จะสูญหาย เกิดความเสียหายทางกายภาพ หรือเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ได้หรือไม่ และดำเนินการปรับปรุง
- วิเคราะห์ทางเดินของเวชระเบียนว่ามีโอกาสสูญหายในขั้นตอนใดบ้าง และดำเนินการปรับปรุง
- วิเคราะห์ระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้อยู่ว่ามีโอกาสที่ข้อมูลในเวชระเบียนจะสูญหาย เข้าถึง/ใช้/ถูกแก้ไขดัดแปลงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่หรือไม่ อย่างไร และดำเนินการปรับปรุง
- ทบทวนว่ามีการเก็บรักษาและทำลายเวชระเบียนตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบขององค์กรเพียงใด

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ความเสี่ยงเกี่ยวกับการจัดเก็บเวชระเบียนที่สำรวจและวิเคราะห์ได้ และการดำเนินการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• อุบัติการณ์เกี่ยวกับการจัดเก็บเวชระเบียน

(2) องค์กรกำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศของผู้ป่วยในเวชระเบียน ได้แก่:
(i) การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล;
(ii) การระบุข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้;
(iii) มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์;
(iv) การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย;
(v) หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล;
(vi) วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการที่รับผิดชอบระบบเวชระเบียนจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ (คู่มือ) เกี่ยวกับการรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยในประเด็นต่อไปนี้
  - การกำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูล
  - ข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องแต่ละระดับสามารถเข้าถึงได้
  - มาตรการในการรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วยที่เก็บไว้ด้วยคอมพิวเตอร์
  - การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย
  - หน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ที่เข้าถึงข้อมูล
  - วิธีปฏิบัติเมื่อมีการละเมิด
  - ลักษณะข้อมูลบางอย่างที่ควรมีมาตรการพิเศษ เช่น เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกข่มขืนหรือทำแท้ง ผลการตรวจ HIV ที่เป็นผลบวก เป็นต้น
- สำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสนทนากลุ่ม การสุ่มตรวจเวชระเบียน
- นำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ หรือจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ประเมินซ้ำเป็นระยะ

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ปัญหาที่พบจากการสำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติ การปรับปรุงที่ได้ดำเนินการ	• ประสิทธิผลของการรักษาความลับของข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียน

(3) องค์กรให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการรักษาความลับ วิธีการจัดการเมื่อมีการขอให้เปิดเผยข้อมูลซึ่งอาจเป็นการละเมิดการรักษาความลับ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- นำข้อมูลจากการสำรวจการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติมาจัดเวทีแลกเปลี่ยนกับผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันค้นหาวิธีการที่รัดกุมยิ่งขึ้น
- การปลูกจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• วิธีการปลูกจิตสำนึกในความรับผิดชอบต่อการรักษาความลับ	

(4) องค์กรมีกระบวนการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสารสนเทศในเวชระเบียนของตน หรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายได้ โดยมีการทำความเข้าใจในเนื้อหาและข้อจำกัดของสิ่งที่บันทึกอย่างถูกต้องเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติในการให้ผู้ป่วยหรือผู้ได้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย
- กำหนดผู้มีหน้าที่ให้คำอธิบายข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย และฝึกอบรมให้มีทักษะในการแปลความหมายข้อมูลในเวชระเบียน
- เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลรักษา ให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลในเวชระเบียนของตนให้เร็วที่สุดโดยมีผู้ที่ได้รับมอบหมายร่วมให้คำอธิบายเพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาและข้อจำกัดของสิ่งที่บันทึกอย่างถูกต้องเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ประเมินผลด้วยวิธีเชิงคุณภาพ (จุดแข็ง จุดอ่อน เรื่องเล่า) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานข้อนี้

SPA II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย (Paient Medical Record)

ผู้ป่วยทุกรายมีเวชระเบียนซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การเรียนรู้ การวิจัย การประเมินผล และการใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย.

(1) บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอ สำหรับ:
- (i) สื่อสารระหว่างผู้ให้บริการในการระบุตัวผู้ป่วย;
- (ii) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคและแผนการดูแลรักษา;
- (iii) ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา;
- (iv) ทราบความเป็นไปของการรักษาและผลการรักษา;
- (v) เอื้อต่อความต่อเนื่องในการดูแล;
- (vi) ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง;
- (vii) ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย;
- (viii) ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย.

(2) มีการทบทวนเวชระเบียนเป็นระยะเพื่อประเมินความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด และการทบทวนเวชระเบียนเพื่อเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพบริการ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ส่งเสริมให้มีการทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในงานประจำ เช่น การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย (R ใน C3THER) การทบทวนโดยหัวหน้าเวร และปรับปรุงบันทึกให้สมบูรณ์ที่หน้างานทันที เป็นต้น
- จัดให้มีการทบทวนเวชระเบียนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินความเพียงพอของข้อมูลและโอกาสพัฒนาในแต่ละประเด็นต่อไปนี้ (ใช้การประเมินเชิงคุณภาพ)
  - **การระบุตัวผู้ป่วย** มีอยู่ครบถ้วนในเอกสารทุกหน้าหรือไม่ มีที่อยู่ที่สามารถใช้ติดตามผู้ป่วยและญาติได้หรือไม่
  - **มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค** การวินิจฉัยโรคมีความเหมาะสมหรือไม่ มีข้อมูล (ประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ) สนับสนุนการวินิจฉัยโรคหรือไม่ มีการใช้ Guideline หรือ Scientific Evidence ในการประเมินผู้ป่วยหรือไม่

- **ประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษา** ข้อมูลมีเพียงพอที่จะประเมินได้ว่ามีการตอบสนองปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนเป็นองค์รวมหรือไม่ 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

- นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนร่วมกันไปแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดลำดับความสำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุง ดำเนินการปรับปรุงและประเมินผล

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• โอกาสพัฒนาที่ได้จากการทบทวน การปรับปรุงที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์หลังจากการปรับปรุง	• ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน • การใช้ประโยชน์จากการทบทวนเวชระเบียนเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ

II–6 ระบบการจัดการด้านยา

SPA II - 6.1 การกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Medication Oversight and Supportive Environment)

องค์กรสร้างความมั่นใจในระบบการจัดการด้านยาที่ปลอดภัย เหมาะสม และได้ผล รวมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้สำหรับผู้ป่วย ผ่านกลไกกำกับดูแลและสิ่งแวดล้อมสนับสนุน.

ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา (Medication Management Oversight)

(1) องค์กรจัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical and Therapeutic Committee - PTC) จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยา ครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) ให้มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำระดับสูงแต่งตั้งหรือทบทวนการแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จากสหสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ
    - ลักษณะของคณะกรรมการควรสอดคล้องกับบริบทขององค์กร เช่น
        - ในโรงพยาบาลขนาดเล็กอาจจะควบกับคณะกรรมการอื่น
        - ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจตั้งเป็นคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) หรืออาจแยกเป็นคณะกรรมการหรืออนุกรรมการ เช่น คณะกรรมการความปลอดภัยทางยา คณะอนุกรรมการตามประเภทกลุ่มยา เป็นต้น
        - ควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการประสานงานระหว่างคณะกรรมการอนุกรรมการและทีมพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
    - คณะกรรมการฯ ควรประกอบด้วยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น
        - ผู้อำนวยการหรือผู้ที่ผู้อำนวยการมอบหมายเป็นประธาน

- เภสัชกร 1-2 คน ทำหน้าที่กรรมการและเลขานุการ และ/หรือ ผู้ช่วยเลขานุการ
- แพทย์ผู้แทนจากสาขาหลัก และทันตแพทย์ ตามความเหมาะสม
- หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงานการพยาบาล
- บุคลากรสายสนับสนุนทางการแพทย์ที่เหมาะสม เช่น เทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

○ คณะกรรมการฯ มีหน้าที่ออกแบบและกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยา
- เพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัย การมียาเพียงพอพร้อมใช้ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการใช้ยา
- ครอบคลุมกระบวนที่เกี่ยวข้องกับทั้งหมดในระบบยา ได้แก่ การวางแผน การคัดเลือก การจัดหา การเก็บสำรองยา เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพสูง ให้เพียงพอและพร้อมใช้ การสั่งใช้ยา การเตรียม จัดจ่าย และให้ยา เพื่อการใช้ยาที่ปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และได้ผล
- กำกับดูแลยาทุกชนิดในโรงพยาบาล รวมทั้งสารทึบรังสีหรือสารที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค ยาที่ใช้ในห้องผ่าตัด วัคซีน สมุนไพรและยาแผนไทยที่มีใช้ในโรงพยาบาล
- ครอบคลุมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

○ คณะกรรมการฯ ควรกำหนดแนวทางการประเมินผล และสนับสนุนให้มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการรายงานตามวงรอบเวลาที่กำหนด

- คณะกรรมการฯ ประเมินบทบาทหน้าที่ของตน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน การใช้เวลา การตัดสินใจ และดำเนินการปรับปรุงเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• เป้าหมายและโครงสร้างการทำงานของ PTC • การปรับปรุงวิธีการทำงานของ PTC	• ความสำเร็จในการดำเนินงานตามเป้าหมายของ PTC (เหมาะสม ปลอดภัย คุ้มค่า)

(2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดทำบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อจำกัดให้มีรายการยาเท่าที่จำเป็น. มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาประกอบการพิจารณา. มีการกำหนดมาตรการความปลอดภัยสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูง และการขอใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาเมื่อจำเป็น.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการ PTC ทบทวนระบบการจัดทำบัญชียาโรงพยาบาลและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพ
    - เป้าหมายเพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ให้บริการ และมีรายการยาเท่าที่จำเป็น
    - กระบวนการพิจารณาบัญชียาโรงพยาบาล
        - ข้อมูลที่ต้องนำเสนอ ซึ่งควรมีข้อมูลทั่วไปของยาที่นำเสนอ ข้อบ่งชี้ในการใช้ ประสิทธิผล อันตรกิริยาของยา ข้อมูลความปลอดภัย ความเสี่ยง และต้นทุน
        - เกณฑ์การคัดเลือกควรพิจารณาความปลอดภัย และความคุ้มค่าเป็นอย่างน้อย
    - มาตรการเพื่อความปลอดภัยและคุ้มค่า
        - มาตรการสำหรับยาใหม่ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนสูงหรือเป็น High Alert Drug เช่น แบบฟอร์มสั่งยามาตรฐาน แนวทางการสั่งใช้ยา ระบบตรวจสอบ ระบบเตือนความจำ ข้อจำกัดในการใช้ การบริหารยา การเก็บรักษายา การติดตามอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ (safety monitoring program) การให้ข้อมูลต่อผู้ป่วยเป็นต้น
        - มาตรการสำหรับการขอใช้ยานอกบัญชี มีกระบวนการในการอนุญาตและจัดหาโดยพิจารณา ความจำเป็น ผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ความเสี่ยง และความสามารถในการติดตามผล
        - การทบทวนเมื่อมีรายงานอุบัติการณ์รุนแรงจากการใช้ยาในบัญชียาโรงพยาบาล (ทั้งภายในองค์กรและจากวารสารที่น่าเชื่อถือ) ที่ทันต่อเหตุการณ์
        - ยาที่มีการใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย อาจพิจารณารับเข้าเป็นยาในโรงพยาบาล แต่ยังไม่ต้องดำเนินการจัดซื้อมาสำรอง ซึ่งจะดำเนินการเมื่อเกิดความต้องการเป็นครั้งคราว

- คณะกรรมการ PTC กำหนดระบบและรอบเวลาในการทบทวนบัญชียาที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลง (อย่างน้อยปีละครั้ง) และดำเนินการตามที่กำหนดไว้
- คณะกรรมการ PTC ส่งเสริมให้บุคลากรสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบัญชียาโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน (เช่น การจัดทำบัญชียา on-line, การระบุข้อบ่งใช้ที่สำคัญและใช้บ่อย เป็นต้น)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการทบทวนและปรับปรุงระบบการจัดทำบัญชียา	• การบรรลุเป้าหมายของการใช้บัญชียาโรงพยาบาล (มียาเท่าที่จำเป็น พร้อมใช้ ปลอดภัย คุ้มค่า)

(3) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดนโยบายและระเบียบปฏิบัติเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา แล้วนำสู่การปฏิบัติ และมีการตรวจสอบการปฏิบัติ. ทีมผู้ให้บริการตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นหรือที่มีโอกาสเกิดขึ้น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีคณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดนโยบาย มาตรการ ติดตามและกำกับดูแลในเรื่องความปลอดภัยด้านยา โดยอาจตั้งเป็นคณะกรรมการภายใต้ PTC หรือมอบหมายให้ PTC ทำหน้าที่นี้ด้วย
- คณะกรรมการที่รับผิดชอบกำหนดหรือทบทวนนโยบายการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่
  - การป้องกันการสั่งใช้คู่ยาที่มีอันตรกิริยารุนแรง
  - การส่งเสริมการใช้ชื่อสามัญทางยา
  - การป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา (เช่น การใช้คำสั่ง p.r.n. การใช้คำสั่งยืน การใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ การใช้คำสั่งเดิมต่อ การใช้คำสั่งที่ปรับขนาดยา การใช้คำสั่งลดยา การใช้คำสั่งที่ระบุพิสัย การสั่งยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยา การสั่งยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง การสั่งยาสมุนไพร การสั่งยาเมื่อจำหน่าย) เป็นต้น

- คณะกรรมการที่รับผิดชอบออกแบบระบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
    - กำหนดความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือความคลาดเคลื่อนที่ง่ายต่อการนำลงสู่การปฏิบัติ และเป็นไปตามความหมายที่ถูกต้องในระบบความปลอดภัย เช่น เหตุการณ์พึงสังวร (sentinel event) ความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละประเภท เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยา อาการไม่พึงประสงค์ด้านยา เหตุเกือบสูญเสีย (near miss)
    - กำหนดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์เพื่อการรายงานอย่างเหมาะสมและการวิเคราะห์ข้อมูล ในทางคลินิกอาจใช้การแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา 9 ระดับ ตาม NCC-MERP และสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งระบบ
    - กำหนดรูปแบบรายงานหรือการบันทึก
    - ทบทวนความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
    - กำหนดแนวทางการตอบสนองที่เหมาะสมเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ครอบคลุมการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วย การให้ข้อมูล การสื่อสารที่เหมาะสมทันเหตุการณ์
    - มีการป้อนกลับข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม และการติดตามประเมินผลผ่านตัวบ่งชี้คุณภาพในระดับต่างๆ
- นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาไปวิเคราะห์และปรับปรุงระบบที่เกี่ยวข้อง (ใช้หลัก human factors engineering ถ้าเป็นไปได้)

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● มาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่สำคัญ และการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● ระดับและแนวโน้มของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (โดยเฉพาะระดับ E up) ● ความเหมาะสมทันการณ์ในการตอบสนองเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา รวมทั้งผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

(4) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด กำหนดรายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง และสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยซึ่งใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง ด้วยกระบวนการที่เหมาะสมในการจัดหา เก็บรักษา สั่งใช้ ถ่ายทอดคำสั่ง จัดเตรียม จ่ายยา บริหารยา บันทึกข้อมูล และติดตามกำกับการใช้ยา.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการ PTC หรือคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา (medication safety team) กำหนดรายการยาซึ่งมีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง โดยมีแนวทางกว้างๆ ดังนี้
  - ลักษณะของยา เป็นยาที่
    - มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่น ยาเสพติด ยาควบคุมพิเศษบางรายการ เป็นต้น
    - มีรายงานความถี่ของการเกิดคลาดเคลื่อนทางยาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์บ่อยในองค์กร
    - มีรายงานว่าเป็นปัจจัยสาเหตุ หรือเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์พึงสังวร (sentinel events) ทั้งในวารสารวิชาการ หรือในองค์กร หรืออาจรวมถึงยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง ยาที่ต้องควบคุม ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล ยาที่มีพิสัยการบำบัดแคบ (narrow therapeutic range) ยาทางจิตเวช ยาที่มีชื่อคล้ายกันหรือออกเสียงคล้ายกัน (look alike-sound alike drugs)
  - วิธีการกำหนด
    - อยู่ในดุลยพินิจของทีมสหสาขา หรือทีมดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจแตกต่างกันได้ตามความเหมาะสม หรือบริบทของงาน/หอผู้ป่วย
    - ปัจจัยที่อาจคำนึงร่วมด้วยคือแบบแผนการใช้ยาของแต่ละองค์กร ข้อมูลอุบัติการณ์ภายในองค์กร
    - อาจใช้แบบสำรวจอย่างง่าย สำรวจความคิดเห็นบุคลากร ต่อการจัดประเภทยาที่ต้องระมัดระวังสูง ร่วมกับการรายงานอุบัติการณ์
    - สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทุกรายการ ควรให้ความสำคัญพิเศษในกลุ่ม Heparin, Insulin, Morphine, Potassium Chloride และ Warfarin

- จัดทำแนวทางการจัดการยาที่ต้องระมัดระวังสูงอย่างเป็นระบบ
  - ครอบคลุมกระบวนการรักษาด้วยยาตั้งแต่การคัดเลือกยา การจัดหา การเก็บรักษา การสั่งจ่าย การถ่ายทอดคำสั่ง การเตรียม การกระจาย การส่งมอบ การให้ยา และการติดตาม
  - มีสัญญลักษณ์หรือเครื่องหมาย ที่รับรู้ร่วมกันทั้งระบบว่าเป็นยาที่ต้องระมัดระวังสูง อาจแยกเก็บเป็นสัดส่วนหรือเป็นกลุ่ม เพื่อให้เกิดความระมัดระวังทั้งในกระบวนการเก็บรักษา การสำรองในแต่ละจุด
  - สร้างสื่อความรู้ที่สามารถนำลงสู่การปฏิบัติในลักษณะ Drug Tips ที่ง่ายต่อการนำไปใช้ หรือเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลวางแผนติดตามผู้ป่วยภายหลังได้รับยาที่ต้องระมัดระวังสูง (โดยอาจแนบไปพร้อมกับยาที่จัด)
  - สร้างระบบการตรวจสอบอิสระซ้ำสำหรับยาที่ต้องระมัดระวังสูง โดยเฉพาะในขั้นตอนของการรับคำสั่งใช้ยา การกระจาย การส่งมอบ การเตรียม การบันทึก และการให้ยา
- ผู้บริหารสนับสนุนให้มีแหล่งข้อมูลสารสนเทศทางยาอย่างเหมาะสม หรือมีศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางยา ทั้งในส่วนของกลุ่มงาน/ฝ่ายเภสัชกรรม และในส่วนของหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยสำคัญ
- สร้างความรู้ความเข้าใจ ประเมินความรู้ความเข้าใจ และประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- สำหรับองค์กรที่มีการศึกษาวิจัยด้านเภสัชกรรมคลินิก ให้มีระบบการจัดการยาดังกล่าวที่ชัดเจน แยกจากยาที่อยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล และต้องดำเนินการครอบคลุมระบบการจัดการยาทุกด้าน โดยดำเนินการในลักษณะโครงการที่ได้รับการรับรองให้มีการศึกษาได้ และเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• รายการยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง • ตัวอย่างมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยา และผลการตามรอยการปฏิบัติหรือการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง	• ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่มนี้

(5) องค์กรสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นและมีนโยบายที่เอื้ออำนวยให้ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด สามารถติดตามกำกับ การดำเนินการแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (rational drug use program) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (antimicrobial stewardship program) ด้วยมาตรการร่วมกันหลายประการ ให้มีการใช้อย่างเหมาะสม.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการ PTC ศึกษาทำความเข้าใจแนวคิดและคู่มือเกี่ยวกับเรื่องการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) และ Antimicrobial Stewardship Program (ASP) เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานอย่างเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกัน
    - คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use hospital manual) จัดทำโดยคณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ซึ่งระบุกุญแจสำคัญไว้ 6 ประการ (PLEASE)
        - PTC Strengthening (ความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด)
        - Labeling and Leaflet for Patient Information (ฉลากยา ฉลากยาเสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน)
        - Essential RDU tools (เครื่องมือจำเป็นที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล)
            - Essential Drug Therapy Recommendation (NCD, responsible use of antibiotics)
            - Evidence-based Hospital Formulary
            - Essential Therapeutic Monitoring and Investigation
            - Essential Information System for RDU
            - System for Drug Use Monitoring and Feedback
            - Essential Policy for RDU
        - Awareness for RDU Principles Among Health Professional (ความตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล)
        - Special Population Care (การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ)
        - Ethics in Prescription (การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใบช้ยา)

- แนวคิดและวิธีการปฏิบัติเรื่อง Antimicrobial Stewardship Program
  - การใช้ Broad Intervention เพื่อปรับปรุงการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไร
    - Antibiotic Time-out
    - Prior Authorization (ให้ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบก่อน)
    - Prospective Audit & Feedback (ผู้เชี่ยวชาญติดตามเป็นระยะและให้คำแนะนำ)
  - การใช้มาตรการทางเภสัชกรรมเพื่อปรับปรุงการใช้ยาต้านจุลชีพ
    - Dose Adjustment (เภสัชกรปรับขนาดยาตามแนวทางและข้อบ่งชี้)
    - Dose Optimization
    - Alert for Duplication (เภสัชกรส่งสัญญาณเตือนเมื่อมีการสั่งยาต้านจุลชีพซ้ำซ้อน)
    - Automatic Stop (อนุญาตให้เภสัชกรหยุดยาต้านจุลชีพโดยอัตโนมัติ)
    - Automatic Change to Oral Route (อนุญาตให้เภสัชกรเปลี่ยนเป็นยากินโดยอัตโนมัติเมื่อถึงกำหนด)
    - Detection of Drug Interaction (เภสัชกรตรวจสอบ drug interaction และแจ้งเตือน)
  - การใช้มาตรการเฉพาะสำหรับการติดเชื้อและกลุ่มอาการเพื่อให้เกิดการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม เช่น Community Acquired Pneumonia, Asymptomatic Bacteriuria, Skin & Soft Tissue Infection, MRSA, C. Difficile Infection เป็นต้น

- คณะกรรมการ PTC เสนอให้มีการบรรจุเรื่อง RDU & ASP ไว้ในนโยบายและแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับทรัพยากรสนับสนุนที่จำเป็นอย่างเพียงพอ
- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยสาขาต่าง ๆ กำหนดยาที่เป็นเป้าหมายของการปรับปรุงให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพิจารณาจากข้อมูลที่เหมาะสมของโรงพยาบาล
- คณะกรรมการ PTC กำหนดเป้าหมายการพัฒนา และตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตาม (โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวชี้วัดในหมวด E และ S ของคู่มือการดำเนินการโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

- คณะกรรมการ PTC ติดตามตัวชี้วัดเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างสม่ำเสมอ วิเคราะห์แนวโน้ม และดำเนินเร่งรัดขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● รายการยาที่เป็นเป้าหมายของการขับเคลื่อน RDU และมาตรการต่างๆ ที่นำมาใช้	● ผลลัพธ์ของการขับเคลื่อนเรื่อง RDU ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาอย่างไร

(6) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีการติดตามตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา. มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับระบบจัดการด้านยาอย่างสม่ำเสมอ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC ทบทวนเป้าประสงค์ของระบบยา กำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ประเมินการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา และประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา
  - ○ ความพร้อมใช้ คุณภาพของยา ผลกระทบของการจัดหายาไม่ทันต่อผู้ป่วย
  - ○ ประสิทธิภาพของการเก็บสำรองยา
  - ○ ความสมเหตุผลสมผลของการสั่งใช้ยา (โดยเฉพาะในกลุ่มยาใหม่ ยาที่มีมูลค่าการจัดซื้อสูง หรือยาที่มีความเสี่ยงอื่นๆ)
  - ○ ความปลอดภัย (การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา รวมทั้งความเหมาะสมในการตอบสนอง)
- PTC มอบหมายให้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบการจัดการด้านยาที่ประสบความสำเร็จและเทคโนโลยีใหม่ๆ
- PTC สนับสนุนให้นำผลการประเมินและการทบทวนวรรณกรรมมาปรับปรุงระบบการจัดการด้านยา

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงระบบการจัดการด้านยาที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการปฏิบัติที่ดีและเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่นำมาใช้	• ผลการประเมินการบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของระบบการจัดการด้านยา

ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน (Supportive Environment)

(1) ผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการประเมินและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยา การใช้ยาที่เหมาะสมและปลอดภัยก่อนเริ่มต้นปฏิบัติงานและเป็นประจำทุกปี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดเนื้อหาความรู้ความสามารถเกี่ยวกับระบบยาและการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัย สำหรับการประเมินและให้ความรู้ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ (ครอบคลุม แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์) เช่น
  - ระบบยาของโรงพยาบาล นโยบาย เป้าหมาย มาตรการสำคัญ
  - ผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ
  - การใช้ยาที่สมเหตุสมผล
  - ความปลอดภัยของผู้ป่วย การดำเนินการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา กรณีศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุ
  - ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบรายงาน
  - การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของแพทย์ในเรื่องยา
- PTC มอบหมายให้ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในเรื่องระบบยาและการใช้ยาที่เหมาะสมปลอดภัย การประเมินควรครอบคลุมถึงการปฏิบัติจริงด้วย
- PTC จัดให้มีการปฐมนิเทศและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพ โดยเน้นจุดอ่อนจากผลการประเมิน และควรมีทั้งการฟื้นฟูความรู้ประจำปีและการสอดแทรกในกิจกรรมวิชาการต่างๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• จุดเน้นของการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา	• ความครอบคลุมประเด็นสำคัญและกลุ่มเป้าหมายในการฝึกอบรม • การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

(2) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบยาสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาประโยชน์ของการใช้ข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยต่อการสั่งใช้ จัดจ่าย และให้ยา
  - ข้อมูลทั่วไป เช่น การแพ้ยา การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว พื้นที่ผิวเมื่อต้องใช้คำนวณขนาดยา เป็นต้น
  - ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา
  - ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การทำหน้าที่ของตับและไต ในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง เป็นต้น
- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดหรือพัฒนาวิธีการที่จะเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลดังกล่าว เช่น
  - การพัฒนาระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้
  - การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบสั่งยา เช่น ข้อมูลการวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ยา เป็นต้น
  - การบันทึกข้อมูลที่จำเป็นในใบคำสั่งการรักษาทุกใบ เช่น ข้อมูลการแพ้ยา เป็นต้น
- PTC มอบหมายให้มีการประเมินความพร้อมและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล รวมถึงการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย และนำไปปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การจัดระบบหรือการปรับปรุงเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วย	• ความพึงพอใจและข้อเสนอแนะของผู้เกี่ยวข้อง

(3) องค์กรมีข้อมูลยาที่จำเป็น ในรูปแบบที่ใช้ง่าย ในขณะสั่งใช้ จัด และให้ยาแก่ผู้ป่วย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ข้อมูลยาที่จำเป็น เช่น บัญชียาโรงพยาบาล ข้อมูลความคงตัวของยา ความเข้ากันไม่ได้ระหว่างยา-ยา หรือ ยา-สารละลาย การเก็บรักษายาแต่ละชนิดอย่างถูกต้อง
- ฝ่ายเภสัชกรรมวิเคราะห์ความต้องการใช้ข้อมูลยาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่ ขณะที่แพทย์สั่งใช้ยา เภสัชกรหรือผู้ช่วยเภสัชกรจัดยา และพยาบาลให้ยาแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ง่าย หรือมีเทคนิคการให้ยาที่ต้องระมัดระวัง
- ฝ่ายเภสัชกรรมสร้างสื่อ บัตรยา บันทึก โปสเตอร์ คู่มือ ฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่ง่ายต่อการใช้งานในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ความเข้ากันได้ของยากับสารละลาย แนวทางการติดตามผู้ป่วยซึ่งได้รับยาที่ต้องระมัดระวังสูง เป็นต้น
- ฝ่ายเภสัชกรรมประเมินว่าข้อมูลที่จัดให้มีความเหมาะสมและเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานเพียงใด และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการจัดให้มีข้อมูลที่จำเป็น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การจัดระบบหรือการปรับปรุงเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น	• ความพึงพอใจและข้อเสนอแนะของผู้เกี่ยวข้อง

(4) องค์กรมีระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา โดยมีการเตือนอย่างเหมาะสม สำหรับอันตรกิริยาระหว่างยา การแพ้ยา ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง และมีแนวทางสำหรับการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้รับผิดชอบระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลร่วมกันวางแผนเพื่อให้มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจ (decision support system) เกี่ยวกับการใช้ยาควบคู่ไปกับระบบการสั่งยาผ่านคอมพิวเตอร์ โดยมีการเตือน (alert) หรือให้ข้อมูลชี้แนะที่เหมาะสม
  - Basic Decision Support
    - การตรวจสอบการแพ้ยา (drug-allergy checking)
    - ข้อชี้แนะในการคำนวณขนาดยา (basic dosing guidance)
    - ขนาดต่ำสุดและสูงสุดสำหรับยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง
    - การสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับตำรับยา (formulary decision support)
    - การตรวจสอบการสั่งการรักษาซ้ำซ้อน (duplicate therapy checking)
    - การตรวจสอบอันตรกิริยาระหว่างยา (drug–drug interaction checking)
  - Advanced Decision Support
    - การช่วยคำนวณขนาดยาสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายและผู้สูงอายุ (dosing support for renal insufficiency and geriatric patients)
    - แนวทางการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีการสั่งใช้ยาบางตัว (guidance for medication-related laboratory testing)
    - การตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ยาสำหรับหญิงมีครรภ์ (drug-pregnancy checking)
    - ตรวจสอบข้อห้ามการใช้ยาบางตัวในโรคบางโรค (drug–disease contraindication checking)
- คณะกรรมการ PTC วางแนวทางการติดตามการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนเมื่อมีข้อบ่งชี้ (overriding) และการตอบสนองอย่างเหมาะสม
  - ศึกษาแบบแผนของการไม่ปฏิบัติตาม ว่าเกิดในกรณีใดบ้าง มีความเหมาะสมหรือไม่

- ปรับปรุงระบบเพื่อลด Alert Fatigue ในกรณีที่พบว่าการไม่ปฏิบัติตามนั้นมีเหตุผลหรือมีความเหมาะสม
- ให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องว่า Essential Alert จะต้องได้รับการปฏิบัติตาม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจที่มีใช้ • ผลการทบทวนการไม่ปฏิบัติตามสัญญาณเตือนและการตอบสนอง	• ความพึงพอใจและข้อเสนอแนะของผู้สั่งใช้ยาเกี่ยวกับระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

(5) การสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย บริหารยา และผลิตยา กระทำในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพซึ่งสะอาด มีพื้นที่และแสงสว่างพอเพียง และเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีสมาธิกับเรื่องยาโดยไม่มีการรบกวน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมหรือผู้รับผิดชอบ กำหนดมาตรฐานสถานที่และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสำหรับการสั่งใช้ คัดลอกคำสั่ง จัดเตรียม จัดจ่าย และให้ยา โดยคำนึงถึง
  - ความสะอาด การป้องกันการปนเปื้อน
  - ระบบไหลเวียนของงาน
  - ความเพียงพอของพื้นที่และแสงสว่าง
  - การปราศจากสิ่งรบกวนทางกายภาพ
- หัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วยดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้
- คณะกรรมการ PTC จัดให้มีการติดตามตรวจสอบประเมินผลอย่างน้อยปีละครั้ง และสื่อสารข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการติดตามตรวจสอบประเมินผลและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• ความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับยา

(6) คณะกรรมการ PCT มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ศึกษาประกาศสภาเภสัชกรรมเรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (telepharmacy) นำมากำหนดแนวทางปฏิบัติและสนับสนุนทรัพยากรในการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นต่อไปนี้
    - การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย การบันทึกประวัติผู้ป่วยและการให้บริการ
    - การวิเคราะห์ใบสั่งยาและค้นหาปัญหาที่เกี่ยวกับยา
    - การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับยา
    - การส่งยา
        - ส่งมอบยาครบถ้วนถูกต้อง ณ สถานที่และเวลาที่กำหนด
        - สามารถรักษาคุณภาพและความคงตัวของยาตลอดการขนส่ง
    - การติดตามผลการใช้ยาของผู้ป่วย
- คณะกรรมการ PTC พิจารณาประเด็นอื่นๆ ในการพัฒนาบริการเภสัชกรรมทางไกล
    - พื้นที่ปฏิบัติงานที่สามารถรักษาความลับหรือความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
    - ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น
        - ระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถเรียกตรวจสอบข้อมูลได้ มีพื้นที่จัดเก็บข้อมูลเพียงพอ มีระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล
        - กล้องที่มีความคมชัดที่จะอ่านใบสั่งยา เอกสาร หรือดูลักษณะของยาได้ชัดเจน
        - อุปกรณ์การสื่อสารที่รับฟังได้ชัดเจน
    - ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องแนวทางปฏิบัติในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พ.ศ. 2559

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• องค์ประกอบและมาตรการสำคัญของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	• ความครอบคลุมการให้บริการ • ความปลอดภัยในการให้บริการ • ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ค. การจัดหาและเก็บรักษา (Medication Procurement and Storage)

(1) การจัดหายาเป็นไปตามบัญชียาที่ผ่านการรับรอง. มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหายาขาดแคลน และยาที่จำเป็นเร่งด่วน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สร้างหลักประกันเรื่องความพร้อมใช้
    - คณะกรรมการ PTC ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยแต่ละสาขาจำแนกยาในบัญชียาโรงพยาบาลเพื่อช่วยพิจารณาลำดับความสำคัญในการจัดหา เช่น แบ่งเป็นยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิต (vital drug) ยาที่จำเป็นในการรักษาโรคที่สำคัญ (essential drug) และยาทั่วไปที่ใช้ในการบำบัดหรือบรรเทา
    - จัดสรรงบประมาณโดยคำนึงถึงความสำคัญของยาแต่ละประเภท โดยเฉพาะยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิต วัคซีน หรือยาจำเป็นที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยปริมาณมากหากเกิดการขาดคลัง
- วางระบบ และ/หรือ ทบทวนระบบการตรวจรับยาและเวชภัณฑ์
    - จัดระบบเพื่อป้องกันการปะปนกับยาที่มีอยู่เดิม ให้คงคุณภาพระหว่างการรอตรวจรับ และดำเนินการตรวจรับให้เร็วที่สุด หรือไม่เกินกว่าระยะเวลาที่กำหนด
    - กำหนดรายการยาที่ต้องมีการตรวจรับ หรือการตรวจสอบคุณภาพการขนส่งเป็นพิเศษ เช่นยาที่ต้องอยู่ในระบบห่วงโซ่ความเย็น ทั้งนี้เน้นให้มีการตรวจสอบจริง มีการบันทึกผลการตรวจรับ หากพบว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ให้มีระบบการจัดการ การเก็บรักษาเพื่อรอส่งคืนที่ชัดเจน
    - บันทึกข้อมูลการตรวจรับเข้าคลังหรือการลงบัญชีควบคุม ให้ดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงที่กระบวนการตรวจรับเสร็จสิ้น
- การจัดการกับปัญหายาขาดแคลน
    - ผู้รับผิดชอบในการจัดหายา วางแนวทางการจัดหายาที่ขาดแคลน เช่น การยืมยาจากสถานพยาบาลใกล้เคียง เป็นต้น
    - ผู้รับผิดชอบในการจัดหายา สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเกี่ยวกับรายการยาที่ขาดชั่วคราว หรือรายการยาที่ไม่มีการผลิตอีก และข้อแนะนำว่าควรดำเนินการอย่างไร
    - ฝ่ายเภสัชกรรมโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางการใช้หรือจ่ายยาทดแทนยาในบัญชีที่ไม่สามารถดำเนินการจัดหาได้ทัน และให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับฝ่ายเภสัชกรรม วางระบบที่ชัดเจนในการจัดหายาที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น ยาช่วยชีวิต ยาฉุกเฉิน วัคซีน เซรุ่ม หรือยาอื่นๆ ที่องค์กรกำหนดให้เป็นยาสำคัญ เป็นต้น รวมทั้งการจัดหาในสถานการณ์ภัยพิบัติ การสร้างระบบเครือข่าย
- มีระบบการติดตามยาที่มีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ และดำเนินการอย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ประสิทธิภาพในการจัดหายาและการมียาพร้อมใช้ • ประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหายาขาดแคลนและยาที่จำเป็นเร่งด่วน

(2) ยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ความปลอดภัย มีคุณภาพและความคงตัว พร้อมใช้ ป้องกันการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ สามารถทวนกลับถึงแหล่งที่มา มีการตรวจสอบบริเวณที่เก็บยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการปฏิบัติเพื่อเป้าหมายดังกล่าวทั่วทั้งองค์กร. มีระบบการเก็บยา การแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย Look Alike Sound Alike Drugs (LASA) ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ยาหมดอายุหรือยาที่ถูกเรียกคืน แยกเป็นสัดส่วน. ไม่มีการเก็บสารอิเล็กโทรไลต์เข้มข้นที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วย. ยาเคมีบำบัด ก๊าซและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- วางแนวทางและ/หรือทบทวนแนวทางการเก็บสำรองยาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันในทุกจุดที่มีการเก็บสำรองยา
    - ยึดข้อมูลความคงตัวของผู้ผลิตเป็นสำคัญ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขด้านอุณหภูมิ การป้องกันแสง) ในกรณีที่ไม่มีข้อเสนอแนะจากผู้ผลิตชัดเจน สามารถดำเนินการตามแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
    - การควบคุมสิ่งแวดล้อม
        - คลังยามีการจัดการเรื่องอุณหภูมิและความชื้นที่เป็นไปตามข้อกำหนด มีความสะอาด และแข็งแรง มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดเก็บการเบิก

- ดูแลสิ่งแวดล้อมในด้านอุณหภูมิ แสงสว่าง ความชื้น การถ่ายเทอากาศ เป็นพิเศษ สำหรับยาที่มีความไวต่ออุณหภูมิและแสง โดยจัดให้มีเทอร์โมมิเตอร์ที่สามารถระบุอุณหภูมิต่ำสุด หรือสูงสุดในแต่ละรอบวัน รวมทั้งให้มีอุปกรณ์ตรวจความชื้น การบันทึกผลอย่างต่อเนื่อง และเป็นประจำ
- คลังยามีระบบป้องกันการโจรกรรมและป้องกันการเข้าถึง โดยบุคลากรที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเฉพาะ หลีกเลี่ยงการเปิดคลังค้างไว้ทั้งวัน การถือกุญแจอาจมีมากกว่า 1 รายที่ร่วมรับผิดชอบ
- ตู้เย็นเก็บเวชภัณฑ์เหมาะสม เพียงพอ และมีระบบการติดตามอุณหภูมิอย่างสม่ำเสมอทุกวัน มีระบบการสำรองไฟทันทีที่ไฟฟ้าจากภายนอกดับสำหรับตู้เย็นเก็บวัคซีนหรือยาที่จำเป็นต้องควบคุมอุณหภูมิเข้มงวด

○ ระบบและลักษณะการจัดเก็บ

- คลังยามีระบบการจัดเก็บที่สามารถระบุสถานที่จัดเก็บมีความเพียงพอ อยู่ในบริเวณเดียวกัน หลีกเลี่ยงการเก็บรักษายารายการเดียวกันแยกจากกัน ควรมีบัตรควบคุมที่คลังเพื่อสอบทานกับรายการยาและปริมาณในฐานข้อมูล
- เก็บยาในภาชนะหรือหีบห่อเดิม มีฉลากครบถ้วน และจัดเก็บในระบบ First Expired First Out สามารถบอกได้ถึงกำหนดวันหมดอายุ
- ควบคุมเก็บรักษา ยากลุ่มพิเศษ เช่น ยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ให้เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง และรัดกุมหลีกเลี่ยงการเข้าถึงโดยง่าย และในกระบวนการเบิกจ่ายกลุ่มยาดังกล่าวเภสัชกรจะต้องรับรู้ก่อนทุกครั้ง เป็นต้น
- มีการเก็บแยกยาที่มีชื่อพ้องมองคล้าย ยาชนิดเดียวกันที่มีความเข้มข้นแตกต่างกัน ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง แยกเป็นสัดส่วน
- ยาหมดอายุ ยาเสื่อมสภาพหรือยาที่เรียกเก็บกลับคืนเนื่องจากปัญหาคุณภาพ ต้องแยกออกไว้ต่างหากอย่างชัดเจน และระมัดระวังสำหรับรายการยาที่เสี่ยงต่อการนำไปใช้ในทางที่ผิด ทั้งนี้ให้มีระบบการบันทึกรายการ ปริมาณที่ชัดเจน สำหรับยาที่ไม่สามารถแลกเปลี่ยนให้มีระบบการกำจัดตามความเหมาะสม เช่น การละลายน้ำ การเผา หรือการกำจัดโดยวิธีเฉพาะ เป็นต้น

        - ยาเคมีบำบัด ก๊าซและสารละลายที่ระเหยง่ายสำหรับการระงับความรู้สึกได้รับการเก็บในพื้นที่ที่มีการระบายอากาศได้ดี
    - มีระบบการสุ่มตรวจสอบปริมาณคงคลังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องทุกวัน กำหนดเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพและใช้เป็นแนวทางการพัฒนา หรือสามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันต่อเหตุการณ์ เช่น ร้อยละความถูกต้องของยาคงคลัง (ครอบคลุมร้อยละ 10 ของรายการยาทั้งหมด เป็นต้น) และการตรวจสอบตามวงรอบปี เป็นต้น
    - การสำรองยาบนหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มิใช่ห้องยา
        - ให้มีเฉพาะรายการยาที่จำเป็น กำหนดโดยทีมดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ให้มีระบบการสำรองที่สามารถควบคุมและมีการคืนกลับตามความเหมาะสม เช่น นำคืนกลับตามระบบการเบิกจ่ายปกติ เป็นต้น
        - หลีกเลี่ยงการสำรองอิเล็กโทรไลท์ความเข้มข้นสูงบนหอผู้ป่วย ยกเว้นรายการที่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ทันทีเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย ซึ่งต้องมีระบบหรือข้อควรระวังในการเข้าถึงเพื่อป้องกันการบริหารคลาดเคลื่อนโดยไม่ได้ตั้งใจ
        - ยาที่สำรองนอกหน่วยงานเภสัชกรรม ควรอยู่ในรูปที่พร้อมบริหารที่ผลิตจากผู้ผลิตโดยตรง หรืออยู่ในรูปหนึ่งหน่วยการใช้ที่มีฉลากและข้อมูลครบถ้วน
- การควบคุม เบิกจ่าย เรียกคืน
    - เน้นให้มีการตรวจสอบ การตัดจ่าย และการอนุมัติการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามระเบียบพัสดุฯ ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจผ่านการรับรู้ อนุมัติก่อนที่จะมีการตัดจ่าย
    - ระบบการเบิกจ่ายจากคลังโดยภาพรวม ควรดำเนินการตัดจ่ายในลักษณะที่เป็นกล่องบรรจุ หลีกเลี่ยงการจ่ายหน่วยย่อย เพราะยากในการควบคุม
    - กรณีที่มีปัญหาด้านคุณภาพยา ให้มีระบบที่สามารถเรียกเก็บกลับคืนยาและหากจำเป็นจะต้องสามารถเรียกเก็บกลับคืนยาที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วยได้ รวมทั้งการให้ข้อมูลแก่แพทย์ พยาบาล บุคลากรการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ป่วย ถึงเหตุผล ความจำเป็น
    - มีระบบการติดตามรายการยาที่ไม่มีการเคลื่อนไหว โดยต้องประสานแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อรับรู้เหตุผล หรือปัจจัยสาเหตุ ที่จะดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดการค้างคลังยา หรือความเสียหาย

- มีระบบการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาในทุกจุดที่มีการเก็บสำรองยาอย่างสม่ำเสมอ และนำผลมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ระบบการตรวจสอบการเก็บสำรองยา • การปรับปรุงระบบการเก็บสำรองยา	• ความเหมาะสมและปลอดภัยในการเก็บสำรองยา

(3) องค์กรจัดให้มียาและ/หรือเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา. มีระบบควบคุมและดูแลให้เกิดความปลอดภัย และมีการจัดทดแทนโดยทันทีหลังจากที่ใช้ไป.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดรายการยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยฉุกเฉิน หอผู้ป่วย และหน่วยดูแลผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อให้มีการสำรองไว้ในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งพิจารณาการสำรองวัสดุการแพทย์หรือส่วนประกอบที่จำเป็นอื่นๆ ร่วมด้วย
- ทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันกำหนดระบบควบคุมยาฉุกเฉินให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และนำไปสู่การปฏิบัติ เช่น
  - การจัดเก็บยาฉุกเฉินในลักษณะที่สามารถระบุได้ว่ายาที่บรรจุในภาชนะนั้นยังมีครบถ้วนและไม่หมดอายุ
  - แนวทางในการเติมยาเมื่อมีการใช้ไป อาจดำเนินการในลักษณะที่เป็นกระเป๋าฉุกเฉินที่นำไปแลก หรือมีระบบการส่งต่อข้อมูลว่ามีการใช้โดยฝ่ายเภสัชกรรมเข้ามาร่วมรับผิดชอบเรื่องความพร้อมใช้
- หากเป็นไปได้ยาฉุกเฉินที่สำรองควรอยู่ในรูปที่พร้อมใช้ทันที มีฉลากครอบคลุม และอาจสอดคล้องกับกลุ่มอายุผู้ป่วย ให้มีระบบการขานหรือทวนซ้ำชื่อยาเพื่อการรับรู้ร่วมกัน เป็นการตรวจสอบอิสระ เพื่อลดความเสี่ยงจากการบริหารคลาดเคลื่อน
- สนับสนุนแหล่งข้อมูลยาที่น่าเชื่อถือ เนื่องจากความรีบด่วน จำเป็นที่จะต้องมีไว้เพื่ออ้างอิง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น
- มีระบบการตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินยาอย่างสม่ำเสมอ และนำผลมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงการเก็บสำรองยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน	• ประสิทธิภาพและความพร้อมใช้ของระบบยาฉุกเฉิน

(4) องค์กรมีระบบที่จะจ่ายยาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในเวลาที่ห้องยาปิด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาแนวทางการจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิด ซึ่งโรงพยาบาลใช้อยู่ และทางเลือกอื่นๆ โดยพิจารณาความเสี่ยงของทางเลือกต่างๆ และโอกาสที่จะป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว เพื่อเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด
- มาตรการที่ควรกำหนดเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น
  - คุณสมบัติของผู้ที่จะจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิด
  - ระบบการติดตามหรือขอคำปรึกษาจากเภสัชกร
  - การกำหนดรายการยาเท่าที่จำเป็นในการสำรองที่จุดจ่าย โดยอยู่ในรูปแบบหรือภาชนะที่พร้อมจ่าย
  - ระบบการควบคุม และการตรวจสอบปริมาณยาที่ใช้ไป
  - การตรวจสอบเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
  - แนวทางปฏิบัติในกรณีที่ต้องใช้ยาที่ไม่มีการสำรอง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปวิธีการจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด และมาตรการความปลอดภัยที่สำคัญ	• ความสามารถในการเข้าถึงยาจำเป็นเมื่อห้องยาปิด • ความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดจากการจ่ายยาในเวลาที่ห้องยาปิด

(5) องค์กรจัดการกับยาที่ส่งคืนมาที่ห้องยาอย่างเหมาะสม เช่น ยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ฝ่ายเภสัชกรรมประสานกับหน่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อวางระบบให้มีการส่งคืนยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ หรือไม่จำเป็นต้องใช้มาที่ห้องยาโดยเร็วที่สุด ตลอดจนการเขียนคำสั่งหยุดใช้ยาที่เหมาะสม
- ฝ่ายเภสัชกรรมมีระบบหรือแนวทางการประเมินสภาพของยาที่ถูกส่งคืนว่ามีคุณภาพที่ดีในการนำไปใช้ต่อ เช่น เม็ดยาเปลือยพิจารณาทำลาย ยาที่อยู่ในแผงสามารถนำมาไว้บริการต่อ รวมถึงแนวทางการทำลายที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปวิธีจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา	• ความเหมาะสม ความปลอดภัยของการจัดการยาที่ส่งคืนมาห้องยา

SPA II - 6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication Use Practices)

การใช้ยามีความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผลของกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา.

ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง (Ordering and transcribing)

(1) ผู้สั่งใช้ยาเขียนคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนและถ่ายทอดคำสั่งอย่างถูกต้อง. มีการสื่อสารคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐานเพื่อลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาด. มีการจัดทำ นำไปปฏิบัติและตรวจสอบการปฏิบัติตามนโยบายและระบียบปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้:

(i) "คำสั่งใช้ยา"ที่ห้ามใช้;

(ii) การปฏิบัติต่อคำสั่งใช้ยาทางโทรศัพท์ คำสั่งด้วยวาจา และคำสั่งผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์;

(iii) คำสั่งใช้ยาที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า (pre-printed order) และจัดทำข้อปฏิบัติ (protocol) สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด;

(iv) เกณฑ์พิจารณาคำสั่งใช้ยาที่ยอมรับได้.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง กำหนดมาตรฐานเขียนคำสั่งใช้ยา การสื่อสารและถ่ายทอดคำสั่งใช้ยาเพื่อป้องกันความผิดพลาด
  - คำสั่งใช้ยา
    - นโยบายหรือแนวทางการเขียนใบสั่งยาที่สมบูรณ์ องค์ประกอบของใบสั่งยาที่ดี
    - เงื่อนไขการสั่งใช้ยาที่ควรระบุชื่อการค้าหรือชื่อทั่วไปร่วมด้วยเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน
    - เงื่อนไขที่ต้องระบุข้อบ่งใช้ในการสั่งใช้ยาบางรายการ ที่มีข้อบ่งใช้หลักที่แตกต่างกันโดยเฉพาะขนาดที่ใช้ในการรักษา
    - การระบุรายละเอียดที่จำเป็นในคำสั่งใช้ยา เช่น การวินิจฉัยโรคหรือข้อบ่งชี้ในการใช้ การใช้ชื่อสามัญ ขนาดและวิธีการใช้ยา
    - กำหนดกลุ่มโรค หรือกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมีการระบุค่าต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น น้ำหนัก เป็นต้น

- การส่งเสริมและทบทวนคำสั่งใช้ยาที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า (pre-printed order) และข้อปฏิบัติ (protocol) สำหรับคำสั่งใช้ยาเคมีบำบัด

- มาตรการป้องกันความผิดพลาดคลาดเคลื่อนอื่นๆ
  - วางระบบเพื่อลดการคัดลอกคำสั่งระหว่างบุคลากรการแพทย์ โดยมุ่งเน้นให้ทุกกลุ่มสาขาอาชีพ สามารถเข้าถึงคำสั่งใช้ยาโดยตรง เพื่อต้องการลดความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการคัดลอกยา อันเป็นความเสี่ยงที่จะเกิดความคลาดเคลื่อนในขั้นตอนอื่นๆ ตามมา
  - มาตรฐานการสื่อสารคำสั่งใช้ยาเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน เช่น การสั่งโดยวาจาหรือทางโทรศัพท์ จะสามารถทำได้ในกรณีใด และกระบวนการรับคำสั่งเพื่อลดความคลาดเคลื่อน เช่น การอ่านทวนหรือการสะกดทีละอักษร เป็นต้น
- มาตรการเพื่อป้องกันคำสั่งใช้ยาที่มีโอกาสเกิดปัญหา เช่น
  - “คำสั่งใช้ยา” ที่ห้ามใช้ เช่น ใช้ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล สั่งยาเป็น cc. เพราะอาจจะมองเป็นเลขศูนย์ได้ เป็นต้น
  - คำสั่งใช้ยาที่มีการกำหนดปริมาตรชัดเจนในฝั่ง 24 ชั่วโมง ถ้าหมดก่อนจะต้องให้ต่อหรือไม่
  - การระบุข้อบ่งใช้และวัน/เวลาที่สิ้นสุดของคำสั่ง p.r.n.
  - การมีคำแนะนำสำหรับการใช้คำสั่งยืน (standing orders) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ต้องใช้อย่างชัดเจน
  - การระบุวันหรือระยะเวลาที่ชัดเจนในการใช้คำสั่งหยุดยาอัตโนมัติ (automatic stop orders)
  - การกำหนดช่วงที่ยินยอมในการใช้คำสั่งเพื่อปรับขนาดยา (titrating orders) เพื่อป้องกันการบริหารยาที่มากเกินขนาด
  - การใช้คำสั่งลดขนาดยา (taper orders) ในปริมาณที่ชัดเจนตามแต่ละช่วงเวลา
  - การใช้คำสั่งที่ระบุเป็นช่วง (range orders) เป็นคำสั่งที่ระบุขนาดยาหรือช่วงระยะเวลาให้ยา ผันแปรอยู่ในช่วงของการสั่งใช้ ขึ้นกับเงื่อนไข หรือ สภาวะของผู้ป่วย
  - การระบุความชัดเจนของตัวยาสำคัญหรือยาพื้นที่ต้องการในการสั่งเตรียมยา หรือยาผสมซึ่งไม่มีจำหน่าย

- การสั่งใช้อุปกรณ์สำหรับใช้ยาตามเงื่อนไขผู้ป่วยที่แตกต่าง เช่น Nebulizers หรือ Catheters เป็นต้น
- การกำหนดมาตรการสำหรับสั่งใช้ยาที่อยู่ระหว่างการศึกษาทดลอง เช่น ผู้สั่งใช้ แบบบันทึกที่เกี่ยวข้อง การรวบรวมข้อมูล และการติดตาม เป็นต้น
- การสั่งยาสมุนไพร ต้องทราบข้อมูลรายการยาที่มี และเภสัชกรควรตรวจสอบอันตรกิริยากับยาอื่นๆ ที่มีการสั่งใช้ หรือผู้ป่วยมีการใช้อยู่เองในปัจจุบัน
- การสื่อสารที่ชัดเจนในการสั่งยาเมื่อจำหน่าย หรือการส่งต่อ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลการสั่งใช้ยาครั้งสุดท้าย หรือยาที่จำหน่ายอย่างถูกต้องลงในเอกสารที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วยหรือประวัติในเล่มเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
- ตัวย่อที่ไม่ควรใช้ แนวทางการดำเนินการหากพบว่าไม่เป็นไปตามข้อกำหนด

○ มาตรการป้องกันความคลาดเคลื่อนสำหรับยาที่ดูคล้ายกันหรือชื่อเรียกคล้ายกัน

- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง สื่อสาร/สร้างความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำนโยบายที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติ
- PTC และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องติดตามประเมินการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว และตอบสนองผลการประเมิน

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การวิเคราะห์ความเสี่ยงในการเขียนคำสั่งใช้ยาและแบบแผนของ Prescribing Error รวมทั้งการปรับปรุงมาตรการป้องกัน	• ความเหมาะสมของการสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่ง • อัตรา Prescribing Error

(2) คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด จัดวางกระบวนทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):

(i) พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร;

(ii) ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับอย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ;

(iii) ส่งมอบรายการยาของผู้ป่วยที่ใช้ในโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานที่บ้านให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป;

(iv) เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการยาที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด;

(v) มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- กำหนดนโยบายการดำเนินการเรื่อง การเปรียบเทียบและปรับเปลี่ยนทางยา (medication reconciliation) วัตถุประสงค์ แนวทางปฏิบัติ และการกำหนดงานกลุ่มยา กลุ่มโรคที่จะดำเนินการตามความเหมาะสม
- การกำหนดกลุ่มยาและกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญเพื่อดำเนินการเรื่องนี้อาจจำแนกได้เป็น
  - กลุ่มผู้ป่วยที่เฝ้าระวัง เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาก่อนกำหนด เป็นต้น
  - กลุ่มยาที่เฝ้าระวัง เช่น ยาวาร์ฟาริน ยากล่อมประสาท ยาที่ต้องระมัดระวังสูงอื่นๆ ยาที่มีการแพ้หรือมีการรายงาน ADE บ่อย ยาโครงการพิเศษ เป็นต้น
  - บริการที่สำคัญ เช่น การผ่าตัดในผู้ป่วยนอก คลินิกเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก การฟอกไต เป็นต้น
- พัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร
- ระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ อย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการนี้ในทุกจุดของการให้บริการ ทบทวนบทบาทและแบบฟอร์มบันทึกประวัติการใช้ยาที่มีอยู่เดิม และออกแบบบันทึกที่ใช้งานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเพื่อให้ใช้ประโยชน์ได้มากที่สุด (ข้อมูลควร

ครอบคลุมชื่อยา ความแรง ขนาดยา ความถี่ วิธีการบริหารยา และวันเวลาที่ใช้ยาครั้งสุดท้าย)

- กำหนดขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสม และบทบาทของผู้เกี่ยวข้องในการส่งมอบรายการยาของผู้ป่วย (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานที่บ้าน ถ้ามี) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป
  - กรณีผู้ป่วยนอก (เฉพาะในกลุ่มที่มีโอกาสเกิดปัญหาสูง)
  - กรณีรับผู้ป่วยใหม่
  - กรณีผ่าตัด Day Surgery หรือนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดเพียง 1-2 วัน
  - กรณีย้ายหอผู้ป่วย
  - กรณีจำหน่าย
  - กรณีส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น
- สร้างความเข้าใจกับทีมดูแลผู้ป่วยทุกวิชาชีพถึงแนวคิด เป้าหมาย และขั้นตอนการดำเนินการ โดยยึดหลักการสำคัญอย่างน้อย 3 ขั้นตอน
  - จัดทำรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน
  - เปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบันกับยาที่แพทย์สั่งใช้ เพื่อค้นหายาที่ตกหล่น สั่งซ้ำ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
    - ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับยา Dose แรก สำหรับการเปรียบเทียบกับรายการยาที่มีอยู่ในระบบของโรงพยาบาล
    - ภายใน 24 ชั่วโมงหลังรับไว้ สำหรับการเปรียบเทียบกับรายการยาที่มาจากนอกโรงพยาบาล
  - มีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ (ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขความแตกต่าง) และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย
- ออกแบบหรือปรับให้เข้ากับระบบงานปกติของโรงพยาบาล
  - เชื่อมโยงกับสิ่งบุคลากรคุ้นเคยอยู่แล้ว เช่น การ Review Medication ที่แพทย์ทำเป็นระยะ เป็นต้น
  - ใช้จุดแข็งของสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้วให้เป็นประโยชน์ เช่น การที่แพทย์บางสาขาทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ด้วยตนเอง เป็นต้น
  - เน้นบทบาทที่ชัดเจนของแต่ละฝ่าย เช่น พยาบาลทบทวนความซ้ำซ้อนหรือตกหล่น เภสัชกรทบทวนโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา เป็นต้น
  - เน้นความสำคัญของการสื่อสารเพื่อให้ผู้สั่งใช้ยาพิจารณาปรับเปลี่ยนคำสั่งใช้ยาทันทีที่พบข้อสงสัย

- ทำให้ช่วงเวลาที่มีความหมาย เช่น ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด การทำ Medication Reconciliation ช่วงหลังผ่าตัดอาจจะจำเป็นมากกว่าช่วงก่อนผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยจะต้องงดน้ำงดอาหาร เป็นต้น
- ใช้บัญชีรายการยาให้ครอบคลุม เช่น การเปรียบเทียบรายการยาก่อนจำหน่าย ควรใช้รายการยาทั้งที่ผู้ป่วยเคยได้รับที่บ้านและรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• กลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มยาที่กำหนดให้มีการทำ Medication Reconciliation อย่างสมบูรณ์ และบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง • การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ Good Practice เกี่ยวกับ Medication Reconciliation	• ความครอบคลุม ประสิทธิผล (ความสามารถในการป้องกันปัญหา) และประสิทธิภาพของการทำ Medication Reconciliation

(3) ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ (Computerized Physician Order Entry system: CPOE) ระบบดังกล่าวมีการออกแบบเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา และมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกันออกแบบระบบการสั่งจ่ายยาผ่านคอมพิวเตอร์
  - เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา เช่น
    - การเขียนคำสั่งใช้ยาที่เป็นมาตรฐาน (standardization)
    - การใช้คำที่ได้รับการยอมรับ
    - การกำหนด Specification ของ Key Data Fields เช่น ช่องทางบริหารยา เป็นต้น
    - การเก็บรักษาและเรียกดูบันทึก
  - มีฐานข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในการสั่งใช้ยา [ดู II-6.1ข(4)]

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ผลการใช้ CPOE ต่อการลดความคลาดเคลื่อนทางยา • ความพึงพอใจของผู้ใช้ต่อระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

ข. การเตรียม การเขียนฉลาก การจัดจ่าย และการส่งมอบยา (Preparing, Labelling, Dispensing, and Delivery)

(1) ทีมผู้ให้บริการมีการทบทวนคำสั่งใช้ยาทุกรายการเพื่อความมั่นใจในความถูกต้อง ความเหมาะสมและความปลอดภัยก่อนการบริหารยาครั้งแรกของยาแต่ละขนานหรือทบทวนเร็วที่สุด หลังบริหารยาในกรณีฉุกเฉิน. มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไตบกพร่องรุนแรง และผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด. เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนโอกาสที่จะเกิดความไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยในการสั่งใช้ยา วางระบบเพื่อติดตามเฝ้าสังเกตอย่างต่อเนื่อง สื่อสารข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความตระหนักในผู้สั่งใช้และผู้ทบทวนคำสั่งใช้ยา
- บริการเภสัชกรรมจัดระบบให้มีการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์
    - ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกรายก่อนที่จะมีการให้ยาแก่ผู้ป่วย Dose แรก ยกเว้นกรณีที่ล่าช้าแล้วอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย
    - จัดระบบให้มีการทบทวนย้อนหลังทันทีสำหรับการจ่ายยาในขณะที่เภสัชกรไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงาน
- การทบทวนคำสั่งใช้ยาควรพิจารณาประเด็นต่อไปนี้
    - ประวัติการแพ้ยา หรือมีศักยภาพที่จะเกิดความไวต่อยา
    - อันตรกิริยาหรือโอกาสเกิดอันตรกิริยาของยาที่ได้รับการสั่ง กับยาเดิมของผู้ป่วย
    - ความเหมาะสมของยาที่ได้รับ ขนาด ความถี่ และวิถีทางบริหารยา
    - การได้รับยาซ้ำซ้อน
    - การได้รับยาที่ห้ามใช้

- การสั่งจ่ายยานั้นไม่ได้เป็นไปตามข้อบ่งใช้ที่องค์กรกำหนด
- ผลกระทบ หรือโอกาสเกิดผลกระทบที่สามารถระบุจากผลทางห้องปฏิบัติการ

- ข้อพิจารณาสำหรับยาเฉพาะกลุ่ม
  - มีการตรวจสอบซ้ำสำหรับการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยเด็กและยาเคมีบำบัด.
  - ยาที่ต้องระมัดระวังสูง ให้มีการกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการรับคำสั่ง เช่น ขนาดยาที่เหมาะสม ต่อครั้ง/ต่อวัน หรือความเข้มข้นของยาที่ไม่มากเกินไป เป็นต้น
  - ยา IV Admixture ให้ทบทวนความเหมาะสมของสารละลายที่ใช้เจือจางที่มีความเข้ากันได้และก่อให้เกิดความคงตัว รวมทั้งแนวทางการเตรียมความเข้มข้นสุดท้ายที่ต้องการ
- เภสัชกรติดต่อกับผู้สั่งใช้ยาถ้ามีข้อสงสัย

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียนที่ได้รับจากการทบทวนคำสั่งใช้ยา (เชื่อมโยงกับเป้าหมายเรื่องความเหมาะสมและความปลอดภัย) รวมทั้งการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• ความครอบคลุมและความเหมาะสมของการทบทวนคำสั่งใช้ยา • Serious Potential Harm ที่สามารถป้องกันได้

(2) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดเตรียมยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในสถานที่ที่สะอาดและเป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิ และแสงสว่างที่เหมาะสม. แผนกเภสัชกรรมเป็นผู้เตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือยาที่ไม่มีจำหน่ายในท้องตลาด โดยใช้วิธีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน. ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม รวมทั้งเวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมในตู้ปลอดเชื้อที่ควบคุมการไหลของม่านอากาศเป็นทิศทางเดียว (laminar air flow cabinet).

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- สถานที่จัดเตรียมยา เป็นสถานที่ที่สะอาด เป็นระเบียบ มีการระบายอากาศ อุณหภูมิและแสงสว่างเหมาะสม

- การจัดเตรียมยาโดยหน่วยดูแลผู้ป่วย
  - หัวหน้าหน่วยดูแลผู้ป่วย (โดยอาจร่วมมือกับบริการเภสัชกรรม) จัดระบบสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และเทคนิคที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับการจัดเตรียมยาที่จะให้แก่ผู้ป่วยในความดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การป้องกันการปนเปื้อน การมีแสงสว่างเพียงพอ การไม่ถูกรบกวนสมาธิ และการกำจัดขยะอันตราย
  - คณะกรรมการ PTC ร่วมกับบริการเภสัชกรรม จัดให้มีการประเมินความเหมาะสมปลอดภัยของการจัดเตรียมยาในหน่วยดูแลผู้ป่วยทั้งหมดเป็นระยะ และดำเนินการปรับปรุง
- การจัดเตรียมยาโดยบริการเภสัชกรรม
  - คณะกรรมการ PTC ร่วมกับบริการเภสัชกรรม พิจารณาโอกาสที่บริการเภสัชกรรมจะต้องจัดเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย (extemporaneous preparation) ซึ่งบริการเภสัชกรรมต้องเตรียมขึ้นใช้ในทันที เพื่อตอบสนองความต้องการของแพทย์สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย เฉพาะโรค หรือกลุ่มที่มีความสำคัญ เช่น เด็กเล็ก ทารก เป็นต้น รวมทั้งยาเตรียมปราศจากเชื้อ เช่น ยาฉีด IV Admixtures, Total Parenteral Nutrition, Cytotoxic Preparation, เป็นต้น ยาหยอดตา หรือยาที่มุ่งหมายอื่นๆ ที่ต้องเตรียมโดยวิธีปราศจากเชื้อ เช่น Dilution ของ Heparin เป็นต้น
  - พิจารณาศักยภาพและความรับผิดชอบโดยรวม
    - โรงพยาบาลที่มีศักยภาพและปริมาณงานมากพอ ควรรับผิดชอบในการผสมหรือเตรียมยาผสมที่ปราศจากเชื้อ เช่น ยาเคมีบำบัด IV Admixtures โดยบริการเภสัชกรรม (ยกเว้นรายที่ล่าช้าแล้วอาจเป็นอันตราย หรือความคงตัวของยาสั้นมาก)
    - โรงพยาบาลที่มีปริมาณการใช้ไม่มาก ให้เป็นไปตามนโยบายหรือใช้ระบบเครือข่ายในการสนับสนุน
    - บริการเภสัชกรรมควรรับผิดชอบจัดเตรียมยาเคมีบำบัด หากมีการใช้มากกว่า 20 ขนานต่อเดือน
  - บริการเภสัชกรรมออกแบบระบบการเตรียมยาที่เป็นมาตรฐาน (ครอบคลุมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เทคนิควิธี การติดฉลาก และบุคลากรผู้รับผิดชอบ) เพื่อการเตรียมยาที่เหมาะสมปลอดภัย ฝึกอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบให้มีความรู้และทักษะเพียงพอ ควบคุมกำกับให้เป็นไปตามระบบ และติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

- ทีมเภสัชกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรงระหว่างการจัดเตรียม
- เวชภัณฑ์และสารละลายปราศจากเชื้อได้รับการเตรียมใน Laminar Air Flow Hood

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ศักยภาพและมาตรฐานในการจัดเตรียมยาหรือผลิตยาของบริการเภสัชกรรม	● ความเหมาะสมและปลอดภัยของการจัดเตรียมยาในหน่วยดูแลผู้ป่วยและของบริการเภสัชกรรม

(3) ยาได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม ชัดเจนและอ่านง่าย ติดที่ภาชนะบรรจุยาทุกประเภท. มีฉลากยาติดจนถึงจุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยระบุชื่อผู้ป่วย ชื่อยา ความเข้มข้น และขนาดยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการยา PTC ร่วมกับบริการเภสัชกรรม กำหนดนโยบายและแนวทางการติดฉลากยา ครอบคลุมทั้งการติดฉลากโดยบริการเภสัชกรรม และการติดฉลากในหน่วยดูแลผู้ป่วยกรณีที่มีการจัดเตรียมแล้วไม่ได้ให้ยาแก่ผู้ป่วยทันที โดยอาศัยการวิเคราะห์โอกาสเกิดปัญหาจากการไม่มีฉลากยาที่เหมาะสม
- แนวทางสำหรับการระบุข้อมูลบนฉลากยา
  - ชื่อผู้ป่วย หอผู้ป่วย และข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้ป่วยอื่นๆ ตามความเหมาะสม
  - ชื่อยา ความเข้มข้นหรือความแรง ขนาดยาหรือปริมาณยา
  - วันหมดอายุ หากไม่ได้ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง
  - เวลาที่หมดอายุเมื่ออายุยาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง
  - วันที่เตรียม สารละลายที่ใช้เจือจางหรือผสม ชื่อผู้เตรียมและผู้ตรวจสอบสำหรับ IV admixture
  - สูตรสารอาหารที่ให้เข้าทางหลอดเลือดดำ
  - วิธีการให้ อุปกรณ์ที่ใช้ และคำแนะนำหรือข้อควรระวัง
- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณาแนวทางปฏิบัติในกรณีต่อไปนี้เป็นพิเศษ
  - การติดฉลากสำหรับ Syringe บรรจุยาฉีดและสารละลายสำหรับ Flush สายน้ำเกลือที่เตรียมนอกห้องผู้ป่วยหรือไกลจากเตียงผู้ป่วย
  - การตรวจสอบชื่อยาด้วยความมั่นใจ ณ จุดที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย

- การเตรียมยาสำหรับใช้กับผู้ป่วยซึ่งไม่ได้ระบุชื่อแน่นอน เช่น ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• นโยบายและแนวทางการติดฉลากยา	• ผลการสุ่มตรวจการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

(4) ทีมผู้ให้บริการมีการส่งมอบยาให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่ปลอดภัย รัดกุม และพร้อมใช้ ในเวลาที่ทันความต้องการของผู้ป่วย. มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัดและยาอันตรายอื่นๆ มีการจัดเตรียมชุดอุปกรณ์ทำความสะอาดยาหรือสารอันตรายหกกระเด็น (hazardous drug spill kit) ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก. ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- บริการเภสัชกรรมร่วมกับหน่วยดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการส่งมอบยาหรือการกระจายยา
- คณะกรรมการ PTC หรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายการส่งมอบยาหรือการกระจายยาแก่หน่วยดูแลผู้ป่วยตามบริบทและความพร้อมขององค์กร โดยพิจารณาเป้าหมายสำคัญต่อไปนี้
  - ความปลอดภัยรัดกุม
    - การตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องระหว่างยา ฉลากยา และคำสั่งใช้ยา โดยเภสัชกร
    - ระบบการจัดส่งยาที่รัดกุมหรือแยกจากกันสำหรับยาที่ต้องแช่เย็น หรือสารเสพติด หรือยาที่ต้องควบคุมเป็นพิเศษ
    - มีการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และยาอันตรายอื่นๆ มีการจัดเตรียม Hazardous Spill Kit ที่สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวก
    - ยาที่ถูกส่งคืนได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์ การคงสภาพ และได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม
  - ความพร้อมใช้
    - รูปแบบของเภสัชภัณฑ์ที่พร้อมใช้

- ระบบการกระจายยาที่ควรเป็นระบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะเป็นระบบการจ่ายยารายวัน (daily dose) หรือระบบการจ่ายแบบ Unit-dose

- ทันความต้องการของผู้ป่วย
  - การสื่อสารคำสั่งใช้ยาไปยังห้องยาอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้โทรสารหรือการใช้ Intranet
  - การประกันรอบเวลาในการส่งมอบยา
  - การกำหนดมาตรฐานระยะเวลาในการจ่ายยาครั้งแรก และการปรับช่วงเวลา
  - การจ่ายยาที่แพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับอย่างเร่งด่วน

- คณะกรรมการ PTC หรือผู้เกี่ยวข้อง ทบทวนประเมินผลระบบการส่งมอบยาหรือการกระจายยาอย่างน้อยปีละครั้ง และนำผลไปดำเนินการปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• นโยบายและแนวทางการส่งมอบยาหรือการกระจายยาที่สำคัญ • การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ Good Practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาหรือการกระจายยา	• ความเหมาะสมของการส่งมอบและกระจายยา • ระดับและแนวโน้มของการเกิด Dispensing Error

(5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วยทำโดยเภสัชกรหรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายและได้รับการฝึกอบรม มีการตรวจสอบความถูกต้องของยาก่อนที่จะส่งมอบ และมีการให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ครอบคลุมการพิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่งยาในรูปแบบอื่นๆ ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC หรือผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดนโยบายและแนวทางการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย
  - ผู้ส่งมอบ
    - เภสัชกรเป็นผู้ส่งมอบยาให้กับผู้ป่วย

- โรงพยาบาลชุมชนที่มีปัญหาด้านอัตรากำลัง อาจมอบหมายให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรม หรือบุคลากรระดับรองที่ได้รับการฝึกฝนเป็นผู้ส่งมอบยาแทน ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่โรคเรื้อรังที่ต้องติดตาม หรือไม่ใช่ผู้ป่วยคลินิกพิเศษ หรือไม่ใช่ผู้ป่วยที่ใช้ยาที่ต้องระมัดระวังสูง

  - กำหนดแนวทางการส่งมอบที่ชัดเจน เช่น คำถามหลักที่ใช้ในการส่งมอบ
  - การให้คำแนะนำการใช้ยา
    - มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ความปลอดภัย ความถูกต้อง ความสามารถในการบริหารยาและมุ่งให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยานั้นๆ
    - ควรครอบคลุมอย่างน้อยในกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น เป็นต้น

- ทีมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยนอก ร่วมกันวางระบบตรวจสอบความถูกต้อง (หรือความคลาดเคลื่อน) ของยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยอาจกำหนดเกณฑ์ที่จะขอให้ผู้ป่วยนำยาที่ได้รับกลับมาตรวจสอบที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า x รายการ ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนรายการยา เป็นต้น
- คณะกรรมการ PTC พิจารณาวิธีการหรือแนวทางการส่งมอบยาที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยในการส่งยาในรูปแบบอื่นๆ ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ การประสานงานให้ผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านขายยา เป็นต้น

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ Good Practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย	• ความเหมาะสมในการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย • ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อคำแนะนำการใช้ยาที่ได้รับ

ค. การบริหารยา (Administration)

(1) ทีมผู้ให้บริการมีการให้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกต้องโดยบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์การให้ยาที่ได้มาตรฐาน โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยา ที่เหมาะสม. มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ ก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ. มีการบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือลืมให้. ผู้สั่งใช้ยาได้รับการรายงานเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและแนวทางในการบริหารยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วย
- คุณสมบัติของบุคลากร
  - กำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่สามารถบริหารยาประเภทต่างๆ เช่น การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ การฉีดยาเข้าไขสันหลัง การให้ยาเคมีบำบัด การใช้สารทึบรังสี
  - มีการเพิ่มพูนและทดสอบความรู้และทักษะของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ
  - มีระบบการกำกับหรือดูแลบุคลากรการที่ปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมอย่างใกล้ชิด
- กำหนดแนวทางการใช้บันทึกการบริหารยาผู้ป่วย (Medication Administration Record - MAR) เพื่อเป็นประกันความถูกต้องในการบริหารยา
  - คัดลอกโดยตรงจากใบคำสั่งการรักษาของแพทย์โดยผู้ที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกโดยอีกบุคคลหนึ่งทันที
  - ข้อมูลที่สำคัญบน MAR ประกอบด้วย Patient Identification และข้อมูลทั่วไปที่มีความสำคัญต่อการบริหารยา เช่น ข้อมูลแพ้ยา ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับคำนวณขนาดยา (น้ำหนักสำหรับโดยเฉพาะเด็ก ส่วนสูงสำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยาเคมีบำบัดบางรายการ) เป็นต้น
  - ข้อมูลรายการยาแต่ละรายการควรมีชื่อ ขนาดยาที่ให้ วิธีบริหาร ความถี่ และข้อควรระวังสำคัญ เช่น อัตราเร็ว ควรแยกบันทึกระหว่างยาที่ให้วันเดียวกับยาที่ให้ต่อเนื่องและบันทึกวันที่ให้ยาอย่างชัดเจน เป็นต้น
  - การใช้ MAR
    - ใช้ตรวจสอบยาที่รับจากห้องยา

- ใช้ MAR กำกับการบริหารยาโดยนำติดตัวไปที่ข้างเตียงผู้ป่วย ลงเวลาจริงในการบริหารยาและลายมือชื่อผู้บริหารยา (อาจร่วมกับ IT พัฒนาระบบที่สามารถบันทึกได้สะดวก เช่น การใช้ barcode)
- บันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่ร้ายแรงทันทีในบริเวณ/ช่องที่กำหนดใน MAR และทำสัญลักษณ์หรือขีดฆ่าที่รายการยาดังกล่าว ส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกร เพื่อประเมินและรวบรวมลงฐานข้อมูล
- ส่งต่อ MAR เมื่อมีการย้ายผู้ป่วย
- ใช้เป็นเอกสารหลักชิ้นหนึ่งสำหรับ Medication Reconciliation

○ สร้างแนวทางการกำกับ การยืนยันความถูกต้องของการบันทึก เช่น การสุ่มตรวจสอบว่ามีการลงเวลาตามที่เป็นจริงหรือไม่ หรือการสอบทานระหว่างเวร

- ก่อนการบริหารยาทุกครั้งต้องยืนยันผู้ป่วยและความถูกต้องครอบคลุม ทั้งนี้ให้ยึดบันทึกการบริหารยาเป็นหลักในการช่วยทวนสอบ และควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยยืนยันความถูกต้อง
  - ○ ถูกคน ยืนยันอย่างน้อย 2 ตัวบ่งชี้
  - ○ ถูกยา พิจารณาฉลากกับบันทึกการบริหารยา พิจารณารูปแบบ ลักษณะภายนอก ตะกอน การเปลี่ยนสี ยังไม่หมดอายุ
  - ○ ถูกขนาด เป็นไปตามขนาดที่แพทย์ระบุ หรือคำนวณจากน้ำหนัก ไม่เกินขนาดที่สามารถให้ได้ โดยเฉพาะยาที่ต้องระมัดระวังสูง
  - ○ ถูกวิธีบริหาร ระวังยาที่มีเทคนิคพิเศษ หรือยาที่ให้เข้าไขสันหลัง ให้สร้างระบบการยืนยันซ้ำอิสระ ให้มีระบบการประกันความเสี่ยงของอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถเชื่อมต่อได้ระหว่างการให้ทางหลอดเลือด กับความต้องการบริหารโดยวิธีอื่น เช่น กระบอกฉีดยาสำหรับยารับประทานสามารถสวมต่อกับ Catheter ที่บริหารเข้าหลอดเลือด เป็นต้น
  - ○ ถูกเวลา ทีมดูแลผู้ป่วยอาจกำหนดระยะเวลาที่ยอมรับได้ในการบริหารยาที่ไม่เป็นไปตาม Actual Time เพื่อให้พยาบาลสามารถวางระบบ และสามารถบันทึกเวลาในการบริหารจริง
  - ○ ถูกเทคนิค โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดเหตุการณ์ข้างเคียง เช่น การทำลายเนื้อเยื่อหากเกิดการแทงทะลุนอกหลอดเลือด
  - ○ มีการตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ**ก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง** ณ จุดให้บริการ

- การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระ หมายถึง การสอบความถูกต้องของยา คุณภาพยา ข้อห้ามในการใช้ และเวลา/ขนาดยา/วิธีการให้ยาที่เหมาะสม โดยผู้ตรวจสอบคนละคน ที่เป็นอิสระต่อกัน หากกรณีมีข้อจำกัดมีบุคลากรสำหรับการตรวจสอบเพียงคนเดียว ต้องทำการ Double Check โดยการดูซ้ำอีกครั้ง และเป็นการใช้ Cognitive Review ไม่ใช่เพียงทำตามขั้นตอน

- ข้อควรพิจารณาอื่นๆ ในการบริหารยา
  - หากยังมีข้อกังวลใดๆ จะต้องยังไม่บริหารยาจนกว่าข้อกังวลหรือข้อสังเกตนั้นได้รับการแก้ไขหรือทำความเข้าใจ จนมั่นใจว่าไม่เกิดความคลาดเคลื่อน
  - ก่อนการบริหารยา ควรให้ข้อมูลกับผู้ป่วยหรือญาติ ถึงความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ด้านยาที่สำคัญ หรือสิ่งที่ต้องให้ความสนใจเนื่องจากเป็นยาใหม่
  - มีความพร้อมด้านอุปกรณ์การให้ยา เช่น Infusion Pump โดยเฉพาะสำหรับยาที่มีความเสี่ยงหรือมีอันตรายสูงหากบริหารยาในอัตราที่ไม่เหมาะสม ให้มีระบบการตรวจสอบความเที่ยง อย่างสม่ำเสมอ สุ่มประเมินระยะเวลาที่ยาควรหมดกับระยะเวลาที่ใช้ในการบริหารจริง
- หากเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ให้ระงับการบริหารยาที่เกี่ยวข้องหรือที่สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุเป็นเบื้องต้น รีบรายงานแพทย์ผู้เกี่ยวข้องทันที และดำเนินการตามระบบการรายงาน การจัดการอุบัติการณ์ที่องค์กรกำหนด

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ Good Practice เกี่ยวกับการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วย การใช้ MAR	• ระดับและแนวโน้มของการเกิด Administration Error

(2) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาด้วยวาจาหรือเป็นลายลักษณ์อักษร แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลโดยใช้ยาอย่างปลอดภัยและได้ผล. ข้อมูลที่ให้พิจารณาตามความเหมาะสมอาจรวมถึงชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และสิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยพัฒนาการให้คำแนะนำเพื่อให้เกิด Drug Adherence และป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์จากยา
    - ข้อมูลที่ให้อาจรวมถึง
        - ชื่อยา เป้าหมายการใช้ ประโยชน์และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
        - วิธีการใช้ยาอย่างปลอดภัยและเหมาะสม
        - วิธีการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
        - ข้อบ่งชี้เมื่อควรขอคำปรึกษาจากเภสัชกร
        - สิ่งที่พึงทำเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
        - ข้อบ่งชี้ที่ต้องให้คำแนะนำเป็นพิเศษ สำหรับกลุ่มยาเด็ก ยาที่มีช่วงการรักษาที่แคบ ยาที่มีอาการอันไม่พึงประสงค์สำคัญ ยาที่มีเทคนิคการใช้พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น เป็นต้น
    - พิจารณาสถานที่และอุปกรณ์สำหรับให้คำแนะนำที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาที่มีเทคนิกการใช้พิเศษ หรือผู้ป่วยที่ต้องติดตามต่อเนื่อง
    - มีฉลากช่วยหรือแผ่นพับให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาที่รับประทาน การปฏิบัติตน ข้อควรระวัง
    - มีช่องทางที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้โดยสะดวกเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา
    - มีการติดตามประเมินผล Drug Adherence และ ADE เพื่อนำมาปรับปรุงการให้คำแนะนำ
- ทีมดูแลผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น
    - การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความถูกต้องในการบริหารยา เช่น การบ่งชี้

ผู้ป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่ง การตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของการได้รับยา รวมทั้งระยะเวลาที่ควรได้รับยา

- การได้รับโอกาสในการที่จะบริหารยาตนเองก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และการเอื้ออำนาจให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองภายใต้สายตาของบุคลากรการแพทย์
- การร่วมในกระบวนการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ Good Practice เกี่ยวกับการให้ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว	• ความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา • บทบาทของผู้ป่วยในการใช้ยาอย่างปลอดภัย

(3) ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยาและบันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อสร้างความมั่นใจในความเหมาะสมของเภสัชบำบัดและลดโอกาสเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง กำหนดนโยบายและแนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา และการบันทึกในเวชระเบียน
- ทีมดูแลผู้ป่วยวิเคราะห์แนวทางการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา และการบ่งชี้ผลที่ไม่พึงประสงค์จากยาแต่เนิ่นๆ ในยากลุ่มต่างๆ ที่มีความสำคัญ เช่น
  - ยาที่มี Therapeutic Ratio แคบ
  - ยาที่แพทย์หวังผลการรักษาในระยะสั้น
  - ยาต้านจุลชีพซึ่งเชื้ออาจจะไม่ไวต่อยาหรือมีการติดเชื้อใหม่เพิ่มขึ้น
  - ยาที่มีผลต่อสมดุลของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ หรือมีผลต่อความเป็นความตายของผู้ป่วย
  - ยาที่มีผลข้างเคียงต่อการทำงานของตับ ไต หัวใจ
  - การตอบสนองต่อยาใหม่ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นครั้งแรก
- ทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางตอบสนองเมื่อผลการติดตามการบำบัดรักษาไม่เป็นไปตามความคาดหวังหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ หรือเกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ขึ้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ Good Practice เกี่ยวกับการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา	● ประสิทธิภาพและความเหมาะสมในการติดตามผลการบำบัดรักษาด้วยยา

(4) ทีมผู้ให้บริการมีการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบัน. ทีมผู้ให้บริการจัดให้มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด วิธีการเก็บรักษายาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึก.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- คณะกรรมการ PTC ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายและแนวทางการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำมา
  - มีกระบวนการเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยสามารถบริหารเองได้ ว่าเป็นยาตัวใด กับผู้ป่วยรายใด
  - มีแนวทางในการเก็บรักษายาโดยผู้ป่วย การให้ความรู้ และการบันทึกการให้ยา
- องค์ประกอบของการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำมา
  - การทำบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้และนำติดตัวมา
  - เภสัชกรพิจารณาสภาพยาว่ายังสามารถใช้ได้หรือไม่
  - แพทย์พิจารณาความจำเป็นในการใช้ยาต่อ และบันทึกในเวชระเบียน
  - การให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอาจทำได้โดย
    - ใช้ยาเดิมของผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้จัดให้ร่วมกับยาอื่นๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ
    - ใช้ยาเดิมของผู้ป่วย โดยนำมาที่ห้องยาและดำเนินการร่วมกับยาอื่นๆ ตามระบบการจ่ายยาปกติ
    - เก็บยาของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยรับรู้ และใช้ยาของโรงพยาบาลขนานเดียวกันแทนยาดังกล่าว
    - ผู้ป่วยที่กินยาต้าน HIV ด้วยตนเองอยู่แล้ว ควรมีนโยบายให้ผู้ป่วยบริหารยาด้วยตนเองเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาตามเวลาอย่างไม่ขาดช่วง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การวิเคราะห์ข้อมูล บทเรียน และ Good Practice เกี่ยวกับการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำติดตัวมา	● ความปลอดภัยในการจัดการกับยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวนำมา

II–7 การตรวจทดสอบเพื่อการวินิจฉัยโรคและบริการที่เกี่ยวข้อง

SPA II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ (Radiology / Medical Imaging Services)

บริการรังสีวิทยา/ภาพทางการแพทย์ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยมีอันตรายต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่น้อยที่สุด.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resource and Management)

(1) องค์กรวางแผนและการจัดบริการรังสีวิทยาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล. แผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง. มีการบริหารและกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมาย. ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการรังสีวิทยาได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยบริการขององค์กรหรือได้รับการส่งต่อ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนวัตถุประสงค์ขององค์กรและลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล
- ทบทวนมาตรฐานวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง นำมาเป็นแนวทางในการบริหารและกำกับดูแล
- พิจารณาการเข้าถึงบริการว่าจะเป็นการจัดบริการโดยองค์กรหรือการส่งต่อ และความเหมาะสมของระยะเวลารอคอย
- วางแผนจัดบริการรังสีวิทยา ครอบคลุม
    - ขอบเขตบริการ
    - ทรัพยากรที่ต้องการ ครอบคลุมบุคลากร พื้นที่บริการ เทคโนโลยี เครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีวิทยา ที่เพียงพอและเหมาะสม
    - ระดับผลงานที่คาดหวัง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แผนจัดบริการรังสีวิทยาและระดับผลงานที่คาดหวัง	• ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแล • ผลงานที่ทำได้เทียบกับระดับที่คาดหวัง

(2) องค์กรมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถรับผิดชอบงานแต่ละด้านตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดคุณวุฒิและประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ถ่ายภาพ ผู้แปลผล และผู้ให้การรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพการแพทย์อื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ
- วิเคราะห์ภาระงานเพื่อกำหนดจำนวนเจ้าหน้าที่ที่พึงมี และวางแนวทางดำเนินงานในกรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่ครบตามอัตราที่ต้องการ
- วางแผนพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ของเจ้าหน้าที่ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมทบทวน การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม เป็นต้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยสรุป	• ความเพียงพอและความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่

(3) การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ ทำโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดคุณวุฒิและประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่การตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยาหรือภาพทางการแพทย์อื่นๆ
- วางระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม

- กำหนดข้อบ่งชี้ที่รังสีแพทย์จะต้องเป็นผู้อ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาด้วยตนเอง
- กำหนดข้อบ่งชี้ที่จะต้องให้รังสีแพทย์เป็นผู้ทบทวนการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาที่แพทย์เจ้าของไข้อ่านเอง
- กำหนดข้อบ่งชี้ที่จะมีการทบทวนการอ่านผลการตรวจระหว่างรังสีแพทย์ด้วยกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การวางระบบความรับผิดชอบในการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยา และการทบทวนความถูกต้องของการอ่านผล	• ประสิทธิภาพของระบบการปรึกษารังสีแพทย์และการทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจ

(4) บริการรังสีวิทยามีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมในประเด็นต่อไปนี้
  - สถานที่ ห้องตรวจมีพื้นที่เพียงพอ ได้รับการออกแบบในการป้องกันอันตรายจากรังสีอย่างเหมาะสม
  - สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตรวจภาพรังสี และประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศ
  - การป้องกันอันตรายจากรังสี
  - การปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับและการตรวจสอบ
  - การแบ่งพื้นที่ปฏิบัติการและจัดเก็บอย่างเหมาะสม
  - ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน
  - การแยกพื้นที่รอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสารกัมมันตรังสี
  - ป้ายเตือนเกี่ยวกับความปลอดภัย
- ปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนจากการปรับปรุงความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์	• การตรวจรับรองจากหน่วยงานที่กฎหมายกำหนด

(5) บริการรังสีวิทยามีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสีพร้อมให้บริการ ให้หลักประกันในการป้องกันอันตรายจากรังสี และได้รับการตรวจสอบจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทุกชิ้นอยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน
- สร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย รวมถึงมีมาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น และการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ
- เครื่องตรวจทางรังสีวิทยาผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด
    - การตรวจสอบความปลอดภัยจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
    - ใบอนุญาตผลิต มีไว้ในครอบครอง หรือใช้ ซึ่งพลังงานปรมาณูจากเครื่องกำเนิดรังสี จากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
- มีโปรแกรมบริหารจัดการเครื่องมือของบริการรังสีวิทยาประกอบด้วย
    - การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
    - การบ่งชี้และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ
    - การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
    - การประเมินเครื่องมือที่ใช้งานโดยการตรวจสอบ ทดสอบ สอบเทียบ
    - การติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือ มีการเรียกกลับ มีอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ
    - การบันทึกในระบบบริหารจัดการเครื่องมือ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● แนวทางปฏิบัติสำคัญเพื่อบรรลุข้อกำหนดข้างต้น	● ความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางรังสี ● การตรวจรับรองจากหน่วยงานที่กฎหมายกำหนด ● ประสิทธิภาพของระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

(6) องค์กรจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา (Radiology Information Technology) ที่เหมาะสมกับขอบเขตบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- พิจารณาการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยาต่อไปนี้
  - การจัดการเครือข่ายระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง
  - ระบบจัดเก็บสำรองภาพทางรังสีและการกู้คืนข้อมูล
  - จอแสดงภาพทางรังสีเพื่อการแปลผลภาพของรังสีแพทย์ต้องให้ความละเอียดไม่น้อยกว่าความละเอียดของภาพที่ได้จากเครื่องตรวจทางรังสีนั้นๆ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ประสิทธิภาพของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

(7) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามคุณภาพของบริการรังสีวินิจฉัยที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจตามข้อตกลง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กรณีที่มีการใช้บริการรังสีวิทยา และ/หรือ การอ่านภาพรังสีจากภายนอก
    - มีการประเมินและคัดเลือกหน่วยบริการรังสีวิทยา และ/หรือ ผู้อ่านภาพรังสีที่จะส่งตรวจ
    - กำหนดความถี่และประเภทของข้อมูลการควบคุมคุณภาพที่ต้องติดตาม
    - ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ทบทวนข้อมูลการควบคุมคุณภาพ
    - มีการนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพไปดำเนินการตามความเหมาะสม
    - มีการรายงานข้อมูลการควบคุมคุณภาพจากหน่วยบริการรังสีวิทยา และ/หรือ ผู้อ่านภาพรังสีจากภายนอกให้แก่ผู้นำเป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการทำสัญญาและการต่อสัญญา

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แนวทางการประเมิน คัดเลือก และควบคุมคุณภาพของหน่วยบริการรังสีวิทยา และ/หรือ ผู้อ่านภาพรังสีจากภายนอก	• คุณภาพ/ความน่าเชื่อถือของหน่วยบริการรังสีวิทยาจากภายนอก

(8) ผู้ให้บริการมีการสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาด้วยการประชุมอย่างสม่ำเสมอ และด้วยวิธีการอื่นๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีช่องทางในการสื่อสารกับผู้ใช้บริการรังสีวิทยาหลายหลายช่องทาง ทั้งการใช้สื่อทางเดียว การสื่อสารสองทาง และการประชุมร่วมกันเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
- จัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งตรวจ เช่น ทางเลือกในการตรวจทางรังสี คู่มือการเตรียมผู้ป่วย เป็นต้น
- จัดให้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะเพื่อเรียนรู้การแปลผลการตรวจและการปรึกษาทางวิชาการ

- จัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางคลินิกร่วมกันเพื่อเรียนรู้จากผู้ป่วยและจากเพื่อนร่วมวิชาชีพ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แนวทางการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญ	• ความพึงพอใจของผู้ใช้ห้องปฏิบัติการต่อวิธีการสื่อสารและข้อมูลที่ได้รับ • การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเรียนรู้ร่วมกัน

ข. การให้บริการรังสีวิทยา (Radiology Service Provision)

(1) ผู้ป่วยมีใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสีจากแพทย์ผู้ส่งตรวจ. คำขอส่งตรวจระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจที่ชัดเจน เป็นข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ. การส่งตรวจคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงข้อห้ามในการส่งตรวจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันจัดทำแนวทางการส่งตรวจรักษาทางรังสี
    - การกำหนดข้อบ่งชี้ที่เหมาะสมบนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการและข้อแนะนำขององค์กรวิชาชีพ
    - การคำนึงถึงประโยชน์ ความเสี่ยง ข้อห้ามในการตรวจ
- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดแนวทางการเขียนใบคำขอส่งตรวจรักษาทางรังสี
    - การระบุข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ
    - ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น
- ผู้เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนความเหมาะสมของการส่งตรวจ การส่งตรวจที่ไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ เป็นระยะ และให้ข้อมูลป้อนกลับแก่แพทย์ผู้ส่งตรวจ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ความเหมาะสมของการส่งตรวจ

(2) ผู้ให้บริการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม. มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง. มีการเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการ และป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทบทวนแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจทางรังสีวิทยาหรือภาพการแพทย์ที่สำคัญแต่ละประเภท โดยมีองค์ประกอบต่อไปนี้
    - การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ
    - การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง
    - การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งตรวจเพื่อป้องกันผลที่ไม่พึงประสงค์ ลดอันตรายต่อผู้ป่วย และมั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพที่ต้องการ
    - การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจ
- เฝ้าติดตามเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และคุณภาพการตรวจทางรังสีวิทยา และนำผลการติดตามไปปรับปรุง

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนจากการเฝ้าติดตามและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• ความเหมาะสมของการให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย

(3) ผู้ป่วยได้รับบริการรังสีวิทยาในเวลาที่เหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ และโอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย. มีระบบทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทบทวนระยะเวลาในการเข้ารับบริการรังสีวิทยา
    - การจัดระบบ Fast Track หรือปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบที่มีอยู่ สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างเร่งด่วน

- ทบทวนการจัดลำดับเข้ารับบริการ
  - พิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ โอกาสเกิดอันตรายจากการรอคอย
  - ทบทวนผลการปฏิบัติจริงและนำมาปรับปรุง
- ทบทวนระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการทั่วไป

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ

(4) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในขณะได้รับบริการรังสีวิทยา. มีการประเมินและเฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังตรวจหรือทำหัตถการ. ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับผู้ป่วยหนัก ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และผู้ป่วยหลังได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนความเหมาะสมของการประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยในช่วงก่อน ระหว่าง หลังการตรวจ/ทำหัตถการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
  - ผู้ป่วยหนัก
  - ผู้สูงอายุ
  - เด็กเล็ก
  - ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
  - ผู้ป่วยหลังฉีดยา

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ	• ความเหมาะสมและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง หลังการตรวจ/ทำหัตถการทางรังสีวิทยา

(5) กระบวนการถ่ายภาพรังสีเป็นไปอย่างเหมาะสม. ผู้ป่วยได้รับคำอธิบายขั้นตอนต่างๆ. วิธีการตรวจ การจัดท่า การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย เป็นไปอย่างถูกต้อง. มีการตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย. กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ Contrast-Induced Nephropathy.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำหรือทบทวนคู่มือการถ่ายภาพรังสี และนำไปปฏิบัติ
  - การให้คำอธิบายขั้นตอนต่างๆ แก่ผู้รับบริการ
  - วิธีการตรวจ การจัดท่า การใช้อุปกรณ์ การแสดงเครื่องหมาย
  - การตั้งค่าเทคนิคการเอกซเรย์ที่เหมาะสมตามหลักวิชาการและความปลอดภัยของผู้ป่วย
  - กรณีที่มีการฉีดสารทึบรังสี (contrast media) ต้องมีการซักประวัติการแพ้ยา และตรวจดูค่าการทำงานของไต เพื่อระวังการเกิดภาวะ Contrast-induced Nephropathy
- ประเมินคุณภาพของภาพรังสี ระดับรังสีที่ได้รับ อุบัติการณ์การแพ้สารทึบรังสีหรือภาวะแทรกซ้อนจากสารทึบรังสี

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ความเหมาะสมของกระบวนการถ่ายภาพรังสี • คุณภาพของภาพรังสี • ความปลอดภัย (ระดับรังสีที่ได้รับ อุบัติการณ์เกี่ยวกับสารทึบรังสี)

(6) ผู้ให้บริการมีการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี. โดยเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน Picture Archiving and Communication (PACS) และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทบทวนข้อมูลสำคัญที่ควรแสดงบนภาพรังสี
  - ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ เลขที่โรงพยาบาล
  - วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล
  - ท่าที่ถ่าย มีสัญลักษณ์บอกตำแหน่งซ้ายหรือขวา
  - ปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับ หรือ Exposure Factor
- ทบทวนว่าเครื่องมือที่สามารถแสดงค่าปริมาณรังสีบนจอภาพของเครื่องมือ มีการแสดงข้อมูลนั้นบนภาพรังสีหรือใน PACS และมีข้อมูลปริมาณรังสีรวมที่ผู้ป่วยได้รับจากการตรวจทางรังสี

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสีหรือใน PACS	• ความครบถ้วนของการแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี

(7) การแปลผลภาพรังสีทำโดยรังสีแพทย์หรือแพทย์ที่ได้รับมอบหมายซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทางนั้นๆ. มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการอ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม. มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ผู้ส่งตรวจ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการทำการตรวจวินิจฉัย การแปลผล และการรักษาทางรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์ อย่างชัดเจน
    - แพทย์เจ้าของไข้ที่ต้องใช้ผลการตรวจในการดูแลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนหรือในเวลาที่เหมาะสม
    - แพทย์ที่ได้รับการอบรมระยะสั้นทางด้านรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์
    - รังสีแพทย์
    - รังสีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญพิเศษในด้านในด้านหนึ่ง
- มีระบบการปรึกษารังสีแพทย์และทบทวนความถูกต้องของการผ่านผลการตรวจทางรังสีวิทยาตามความเหมาะสม
    - มีการสื่อสารระหว่างรังสีแพทย์และแพทย์ ในกรณีที่ผลการวินิจฉัยผิดปกติ มีอาการรุนแรงหรือมีความเร่งด่วนในการตรวจรักษา
    - มีการกำหนดว่าภาพรังสี/ภาพการแพทย์ประเภทใดที่ต้องได้รับการทบทวนโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์
- วางระบบให้มีการสรุปสิ่งที่พบจากภาพรังสี ซึ่งควรครอบคลุม คำอธิบายต่อประเด็นทางคลินิกที่ระบุไว้โดยผู้ส่งตรวจ การเปรียบเทียบกับผลการตรวจที่ผ่านมา รวมทั้งการวินิจฉัยแยกโรคหรือข้อเสนอแนะสำหรับการตรวจเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน
- สร้างความมั่นใจว่ามีผลการตรวจทางรังสีเป็นลายลักษณ์อักษรสื่อให้แพทย์เจ้าของไข้ในเวลาที่เหมาะสม และ/หรือมีบันทึกไว้ในเวชระเบียน

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนเกี่ยวกับการแปลผลการตรวจและสื่อสารผลการตรวจทางรังสีวิทยา	• ความพึงพอใจของแพทย์ผู้ส่งตรวจต่อการแปลผลภาพรังสีและให้คำปรึกษาของรังสีแพทย์

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

(1) ผู้ให้บริการมีการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไปนี้ขณะให้บริการรังสีวิทยา: การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ การแพ้สารทึบรังสี การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์ การป้องกันการติดเชื้อ อุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทบทวนและปรับปรุงการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
    - การระบุตัวผู้ป่วย อวัยวะที่ตรวจ ตำแหน่งที่ตรวจ และการตรวจทางรังสีที่ถูกต้องก่อนการตรวจ
    - การแพ้สารทึบรังสี
    - การได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นในสตรีมีครรภ์
    - การป้องกันการติดเชื้อ
    - อุบัติการณ์หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะรอรับบริการ ขณะรับบริการ และขณะเคลื่อนย้าย
    - ความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนในการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	• ความปลอดภัยของผู้ป่วย/อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างรับบริการรังสีวิทยา

(2) ผู้ให้บริการมีการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี (radiation protection) ประกอบด้วย: เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer) การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทบทวนและปรับปรุงการจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี
    - ผู้จัดการด้านความปลอดภัยจากรังสี (radiation safety officer)
    - การมีและการปฏิบัติตามคู่มือแนวทางป้องกันอันตรายจากรังสี (ศึกษาเพิ่มเติมได้จากแนวทางการป้องกันอันตรายจากรังสีเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558)
    - การมีและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากรังสีเพียงพอตามความจำเป็น (เช่น lead apron, thyroid shield, gonad shield, collimator เป็นต้น)
    - การวัดและควบคุมปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ
    - การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากรังสีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสี
    - การบริหารจัดการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอันตรายจากรังสี
    - การกำจัดสารกัมมันตรังสี กากรังสี และขยะทางรังสีอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนในการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยจากรังสี	• ประสิทธิภาพของการป้องกันอันตรายจากรังสี

(3) องค์กรมีระบบบริหารคุณภาพ ประกอบด้วย: ผู้รับผิดชอบระบบ เอกสารนโยบายและคู่มือการปฏิบัติงาน ระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์ การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน พร้อมทั้งบันทึกประวัติ แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดหาและทดแทนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์ ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ การบริหารความเสี่ยง (ดู II-1.2) การติดตามและประเมินผลระบบงาน การรับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียนจากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและผู้ร่วมงาน แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- จัดให้มีระบบบริหารคุณภาพของบริการรังสีวิทยา ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้
  - ผู้รับผิดชอบระบบ
  - เอกสารนโยบายและคู่มือการปฏิบัติงาน
  - ระบบประกันคุณภาพของภาพรังสี เครื่องมือ อุปกรณ์
  - การดูแลรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน พร้อมทั้งบันทึกประวัติ
  - แผนบำรุงรักษาเชิงป้องกัน รวมทั้งแผนการจัดหาและทดแทนสำหรับเครื่องมือและอุปกรณ์
  - ระบบกำกับและตรวจสอบการทำงานตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ
  - การบริหารความเสี่ยง การทบทวนอุบัติการณ์และการหาโอกาสพัฒนา (ดู II-1.2)
  - การติดตามและประเมินผลระบบงาน
  - การรับฟังความคิดเห็น ข้อร้องเรียน จากผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน
  - แผนงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ประสิทธิผลของระบบบริหารคุณภาพของบริการรังสีวิทยา

SPA II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก (Medical Laboratory / Clinical Pathology Service)

บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก/พยาธิวิทยากายวิภาค ให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือเพื่อวินิจฉัยโรคและการรักษาที่เหมาะสม.

ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ (Planning, Resources, and Management)

(1) องค์กรวางแผนจัดบริการตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้และความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยแผนจัดบริการครอบคลุมขอบเขตของบริการ ทรัพยากรที่ต้องการ และระดับผลงานที่คาดหวัง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ร่วมกับทีมนำทางคลินิก วิเคราะห์บริการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลสมควรจัดให้มี โดยพิจารณาจาก
    - เป้าประสงค์ขององค์กร
    - ลักษณะผู้ป่วยที่ให้บริการ
    - ความต้องการและความคาดหวังของผู้ให้การดูแลรักษา
- ผู้รับผิดชอบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์จัดทำแผนจัดบริการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ครอบคลุม
    - ขอบเขตบริการ
        - บริการที่จัดให้มีในช่วงเวลาทำการปกติ และการตรวจนอกเวลาทำการปกติ
        - บริการที่จัดให้มีโดยองค์กรเอง และบริการที่ส่งตรวจภายนอก
        - บริการที่ตรวจโดยห้องปฏิบัติการกลาง และโดยหน่วยดูแลผู้ป่วย
    - ทรัพยากรที่ต้องการ
        - ความต้องการในปัจจุบัน
        - ความต้องการในอนาคต
    - ระดับผลงานที่คาดหวัง เช่น Accuracy, Precision, Reportable Range, Analytical Specificity, Analytical Sensitivity, Turnaround Time เป็นต้น
- เปรียบเทียบแผนจัดบริการกับสิ่งที่ปฏิบัติได้ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับผลงานที่คาดหวัง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ขอบเขตบริการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลจัดในปัจจุบัน โดยระบุการตรวจนอกเวลาทำการปกติและการส่งตรวจภายนอกด้วย • การเพิ่มขีดความสามารถของการจัดบริการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา และแผนที่จะจัดบริการเพิ่มเติมในอนาคต • สรุปความต้องการทรัพยากรในปัจจุบันเทียบกับที่มีอยู่จริง	• ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์ผู้ดูแล • ผลงานที่ทำได้เทียบกับระดับที่คาดหวัง

(2) ห้องปฏิบัติการมีพื้นที่ใช้สอยที่เพียงพอ โดยมีการออกแบบเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย มีการแยกส่วนปฏิบัติการ ธุรการและสถานที่จัดเก็บตัวอย่างที่เหมาะสม โดยใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อการตรวจทดสอบ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ตรวจสอบสถานที่ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมในประเด็นต่อไปนี้
    - ความเพียงพอของพื้นที่ใช้สอย
    - การแยกเขตระหว่างหน่วยย่อยซึ่งมีลักษณะกิจกรรมที่เข้ากันไม่ได้และการป้องกันการปนเปื้อนข้ามหน่วย
    - ความเหมาะสมของสถานที่จัดเก็บสิ่งส่งตรวจ อุปกรณ์ สารเคมี เอกสาร
    - สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการทดสอบ ได้แก่ ความปราศจากเชื้อ ฝุ่นละออง การรบกวนจากคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รังสี ความชื้น ไฟฟ้า อุณหภูมิ สารเคมีที่เป็นพิษ กลิ่น ระดับเสียงและการสั่นสะเทือน เป็นต้น
    - ประสิทธิภาพของระบบระบายอากาศ
- ปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมตามโอกาสพัฒนาที่พบ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การปรับปรุงสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น	• ความเหมาะสมของพื้นที่ใช้สอยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

(3) ห้องปฏิบัติการมีบุคลากรที่เพียงพอและมีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ต้องการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กำหนดคุณวุฒิและประสบการณ์ของผู้ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ และแปลผลการตรวจวิเคราะห์
- วิเคราะห์ภาระงานเพื่อกำหนดจำนวนเจ้าหน้าที่ที่พึงมี และวางแนวทางดำเนินงานในกรณีเจ้าหน้าที่ยังไม่ครบตามอัตราที่ต้องการ
- กำหนด Technical Competency และพัฒนาเจ้าหน้าที่ผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมทบทวน การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม เป็นต้น
- มีกิจกรรมทบทวนโดยผู้ที่ชำนาญกว่าในกรณีที่ต้องใช้บุคลากรอื่นทำงานแทน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• กิจกรรมการพัฒนาเจ้าหน้าที่โดยสรุป	• ความเพียงพอและความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่

(4) ห้องปฏิบัติการมีเครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมสำหรับทำการตรวจทดสอบที่ต้องการในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย โดยมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน. มีการพิจารณาผลการสอบเทียบ และการใช้ผลการสอบเทียบอย่างเหมาะสม. เครื่องมือผ่านการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบตามที่กฎหมายกำหนด (ถ้ามี).

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- สร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือและอุปกรณ์ทุกชิ้นอยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน
- สร้างความมั่นใจว่าเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัย รวมถึงมีมาตรการการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า รังสี สารเคมี จุลชีพ อุปกรณ์ป้องกันที่จำเป็น และการกำจัดของเสียอันตรายต่างๆ

- มีโปรแกรมบริหารจัดการเครื่องมือของห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย
    - การคัดเลือกและจัดหาเครื่องมือ
    - การบ่งชี้และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือ
    - การมีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน
    - การประเมินเครื่องมือที่ใช้งานโดยการตรวจสอบ ทดสอบ สอบเทียบ
    - การติดตามกำกับดูแลและดำเนินการเมื่อมีข้อสังเกตเกี่ยวกับอันตรายจากเครื่องมือ มีการเรียกกลับ มีอุบัติการณ์ที่ได้รับรายงาน มีปัญหาและข้อบกพร่องต่างๆ
    - การบันทึกในระบบบริหารจัดการเครื่องมือ.

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แนวทางปฏิบัติสำคัญเพื่อบรรลุข้อกำหนดข้างต้น	• ความพร้อมใช้ ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการตรวจทดสอบ • ประสิทธิภาพของระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกัน

(5) องค์กรคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานของงานบริการจากภายนอก เครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของบริการห้องปฏิบัติการอย่างระมัดระวัง. มีการประเมินผู้จัดจำหน่ายน้ำยา วัสดุ และบริการที่มีความสำคัญสูง. มีระบบควบคุมคลังพัสดุพร้อมด้วยบันทึกที่เหมาะสม.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา และบริการจากภายนอก ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการทางห้องปฏิบัติการ
- กำหนดแนวทางการคัดเลือกและตรวจสอบเครื่องมือ/อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา และบริการจากภายนอกเพื่อให้มั่นใจว่าจะได้ผลการตรวจที่แม่นยำ
- นำแนวทางการคัดเลือกและตรวจสอบที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติ
- สรุปเป็นผลการประเมินผู้ผลิตหรือผู้จัดจำหน่ายเครื่องมือ/อุปกรณ์วิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา และบริการที่มีความสำคัญสูง

- สร้างความมั่นใจว่ามีน้ำยาและวัสดุที่จำเป็นพร้อมใช้ และมีกระบวนการจัดการเมื่อไม่มีน้ำยา
- จัดเก็บน้ำยาทั้งหมดตามคำแนะนำของผู้ผลิตหรือข้อแนะนำการบรรจุ (packaging instruction)
- น้ำยาและสารละลายทั้งหมดได้รับการเขียนฉลากอย่างครบถ้วนและถูกต้อง
- มีระบบในการควบคุมคลังพัสดุที่มีประสิทธิภาพและมีการบันทึก

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• จุดเน้นในการคัดเลือกผู้ส่งมอบ	• คุณภาพของบริการจากภายนอก • คุณภาพของเครื่องมือวิทยาศาสตร์ วัสดุ น้ำยา ที่จัดหา

(6) องค์กรประเมิน คัดเลือก และติดตามความสามารถของห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ รวมทั้งมีการประเมินผู้ให้คำปรึกษาหรือให้ข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- กรณีที่มีการใช้บริการตรวจวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการภายนอก
    - มีการประเมินและคัดเลือกห้องปฏิบัติการหรือหน่วยตรวจทดสอบที่จะส่งตรวจ
    - กำหนดความถี่และประเภทของข้อมูลการควบคุมคุณภาพที่ต้องติดตาม
    - ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเป็นผู้ทบทวนข้อมูลการควบคุมคุณภาพ
    - มีการนำข้อมูลการควบคุมคุณภาพไปดำเนินการตามความเหมาะสม
    - มีการรายงานข้อมูลการควบคุมคุณภาพจากห้องปฏิบัติการภายนอกให้แก่ผู้นำเป็นประจำทุกปี เพื่อใช้ในการทำสัญญาและการต่อสัญญา
- กรณีมีการปรึกษาหรือขอข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบบางอย่าง (เช่น การทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและด้านเซลล์วิทยา เป็นต้น)
    - มีการประเมินคุณภาพของการให้คำปรึกษาหรือข้อคิดเห็นสำหรับการทดสอบดังกล่าว

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แนวทางการประเมินและการคัดเลือกห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อ	• คุณภาพ/ความน่าเชื่อถือของห้องปฏิบัติการ / หน่วยตรวจทดสอบที่รับตรวจต่อ และการดำเนินการ • คุณภาพ/ความน่าเชื่อถือของการให้คำปรึกษาสำหรับการทดสอบด้านเนื้อเยื่อวิทยาและเซลล์วิทยา

(7) องค์กรสื่อสารที่ดีกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ มีการแลกเปลี่ยนความเห็นหรือข้อมูลอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การแปลผลการตรวจ การปรึกษาทางวิชาการ การประชุม การตรวจเยี่ยมทางคลินิก การแจ้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- มีช่องทางในการสื่อสารกับผู้ใช้ห้องปฏิบัติการ/หน่วยทดสอบ หลายหลายช่องทาง ทั้งการใช้สื่อทางเดียว การสื่อสารสองทาง และการประชุมร่วมกันเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
- จัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งตรวจ เช่น ทางเลือกในการทดสอบ ความถี่ ประเภทของตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ คู่มือการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ เป็นต้น
- จัดให้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะเพื่อเรียนรู้การแปลผลการตรวจและการปรึกษาทางวิชาการ
- จัดให้มีการตรวจเยี่ยมทางคลินิกร่วมกันเพื่อเรียนรู้จากผู้ป่วยและจากเพื่อนร่วมวิชาชีพ
- มีการสื่อสารผลกระทบทางคลินิกที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการตรวจให้ผู้ใช้ทราบก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แนวทางการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สำคัญ	• ความพึงพอใจของผู้ใช้ห้องปฏิบัติการต่อวิธีการสื่อสารและข้อมูลที่ได้รับ • การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเรียนรู้ร่วมกัน

ข. การให้บริการ (Service Provision)

(1) ห้องปฏิบัติการมีการจัดการกับสิ่งส่งตรวจที่ดี ได้แก่ การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การชี้บ่ง การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ. มีการประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจตามเกณฑ์. สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งมาตรวจได้.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- จัดทำหรือทบทวนแนวทาง/คู่มือการจัดการกับสิ่งส่งตรวจ ครอบคลุม การจัดเก็บ การสัมผัส ภาชนะบรรจุ การเขียนฉลาก การชี้บ่ง การรักษาสภาพ (preservation) การนำส่งพร้อมใบส่งตรวจ และการเก็บรักษาสิ่งส่งตรวจ สร้างความมั่นใจว่าเป็นไปตามแนวทางที่ดีของห้องปฏิบัติการ
- ติดตามประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม
- จัดให้มีระบบประเมินคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจเพื่อใช้ในการรับ/ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ มีการเก็บข้อมูลและสะท้อนข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่ถูกปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ นำคุณสมบัติของสิ่งส่งตรวจที่ประเมินได้มาใช้ในการแปลผล
- จัดให้มีระบบที่สามารถทวนสอบสิ่งส่งตรวจและตัวอย่างที่แบ่งใช้ได้

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• บทเรียนเกี่ยวกับการปรับปรุงการจัดการกับสิ่งส่งตรวจ	• ความรัดกุมในการจัดการกับสิ่งส่งตรวจ • ผลการประเมินสิ่งส่งตรวจ

(2) องค์กรมีกระบวนการตรวจวิเคราะห์ที่มั่นใจว่าผลการตรวจมีความถูกต้อง เชื่อถือได้ โดยการใช้วิธีวิเคราะห์มาตรฐานที่เหมาะสมซึ่งได้รับการสอบทวน (validate) ว่าให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ. มีการตรวจสอบ (verifiy) ว่า น้ำยา วิธีวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์เป็นไปตามข้อกำหนดและเหมาะกับการใช้งาน.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทบทวนความเหมาะสมและจัดทำข้อกำหนดของวิธีการวิเคราะห์ที่เป็นมาตรฐาน
- ทำการสอบทวน (validate) วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่ใช้ เพื่อตรวจความถูกต้อง (accuracy) ความเที่ยง (precision) และช่วงค่าของการรายงานผล
- ทำการตรวจสอบ (verifiy) น้ำยา วิธีการวิเคราะห์ เครื่องมือ เครื่องวิเคราะห์ ผลิตภัณฑ์ หรือบริการ ว่าเป็นไปตามข้อกำหนดที่ระบุไว้และเหมาะกับการใช้งาน

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ผลการการสอบทวน (validate) วิธีการตรวจวิเคราะห์

(3) ผู้ให้บริการส่งมอบรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่ถูกต้องแก่ผู้ใช้บริการในเวลาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการรักษาความลับ ค่าวิกฤติที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และการจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทบทวนระบบการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ในประเด็นต่อไปนี้
    - ประสิทธิภาพของการส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ทั้งระยะเวลาที่ผู้ส่งตรวจได้รับรายงาน ความชัดเจน ความครบถ้วน และการรักษาความลับ
    - การกำหนดค่าวิกฤติที่ต้องรายงาน และการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
    - การจัดเก็บสำเนาข้อมูลการตรวจวิเคราะห์ในระบบที่สามารถสืบค้นได้
- นำผลที่ได้จากการทบทวนมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● บทเรียนจากการทบทวนและปรับปรุงระบบการส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์	● คุณภาพการรายงานผลการตรวจ (ความถูกต้อง รวดเร็ว การสืบค้น การรายงานค่าวิกฤติ)

(4) องค์กรจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น และมีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการวิเคราะห์อย่างปลอดภัย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทบทวนแนวทางการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์
  - เพื่อให้สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เพิ่มเติมได้เมื่อจำเป็น
  - มีการกำจัดสิ่งส่งตรวจที่เหลือจากการตรวจวิเคราะห์อย่างปลอดภัย ตามมาตรฐาน IC
- มีการเฝ้าติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ และนำมาปรับปรุง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ความเหมาะสมของการจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์

ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety Management)

(1) ห้องปฏิบัติการมีโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพซึ่งครอบคลุมบริการห้องปฏิบัติการทุกด้าน และประสานกับส่วนอื่นๆ ในองค์กร โดยโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพครอบคลุม:

(i) การชี้บ่งปัญหา/โอกาสพัฒนา;

(ii) บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์;

(iii) การติดตามตัวชี้วัดสำคัญ;

(iv) การแก้ไข/ป้องกันปัญหา;

(v) การติดตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบคุณภาพตลอดกระบวนการตรวจวิเคราะห์ (Pre-analytical and Post-analytical);

(vi) การควบคุมเอกสาร;

(vii) เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร;

(viii) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม/ระบบบริหารคุณภาพ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- จัดให้มีระบบบริหารคุณภาพของห้องปฏิบัติการซึ่งมีองค์ประกอบต่อไปนี้
  - การชี้บ่งปัญหา/ความเสี่ยง/โอกาสพัฒนา
  - บันทึกความผิดพลาดและการรายงานอุบัติการณ์
  - การติดตามตัวชี้วัด
  - การแก้ไข/ป้องกันปัญหา
  - การติดตามปัจจัยก่อนและหลังการตรวจวิเคราะห์ที่มีผลต่อการตรวจวิเคราะห์
  - การควบคุมเอกสาร
  - เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย
  - การประเมินประสิทธิผลของระบบบริหารคุณภาพ
- ประสานระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการกับส่วนอื่นๆ ขององค์กร เช่น ระบบรายงานอุบัติการณ์ ระบบสารสนเทศ เป็นต้น

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการติดตามตัวชี้วัดและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	• ประสิทธิผลของระบบบริหารคุณภาพของห้องปฏิบัติการ

(2) ห้องปฏิบัติการเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (proficiency testing - PT) ตามขอบเขตและความซับซ้อนของการตรวจวิเคราะห์ที่ให้บริการ หรือจัดให้มีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่น. มีหลักฐานว่ามีการนำปัญหาทั้งหมดที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินอื่นมาแก้ไขโดยเร็ว.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ระบุว่าการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในแต่ละสาขา การตรวจวิเคราะห์ใดบ้างที่จะเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ (PT) การตรวจวิเคราะห์ใดที่ไม่มี PT แต่สมควรมีระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่นเพื่อสร้างความมั่นใจในผลการผลวิเคราะห์
- สร้างความมั่นใจว่ามีการนำปัญหาที่พบจากการทดสอบความชำนาญหรือระบบประเมินความน่าเชื่อถือของการตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธีอื่นมาแก้ไขโดยทันที
- มีการสื่อสารและวางแผนร่วมกันกับแพทย์ผู้ใช้ผลการตรวจ ในกรณีที่ผลการทดสอบความชำนาญมีความคลาดเคลื่อนสูงจนอาจมีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ความครอบคลุมของการทดสอบความชำนาญ และผลการทดสอบ

(3) ห้องปฏิบัติการวางระบบควบคุมคุณภาพเพื่อติดตาม Performance ของการวิเคราะห์ โดยมีการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ นำผลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของผลการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- จัดให้มีระบบควบคุมคุณภาพภายในที่เหมาะสม การติดตาม Performance ของการตรวจวิเคราะห์ รวมทั้งการกำหนดช่วงค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้
- นำข้อมูลการควบคุมคุณภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาประกอบการแก้ไขปัญหา
- หาวิธีการยืนยันความน่าเชื่อถือของการผลการตรวจทดสอบเมื่อไม่มีการสอบเทียบหรือไม่มีสารควบคุม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	● ผลการควบคุมคุณภาพและการใช้ประโยชน์

(4) ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ มีการนำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189) สภาเทคนิคการแพทย์ หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการวางระบบคุณภาพและเข้าสู่กระบวนการรับรองตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ นำมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่ยอมรับมาใช้ประโยชน์ และขอรับการประเมินจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น
  - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ISO 15189)
  - สภาเทคนิคการแพทย์
  - ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย (การประเมินและรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลินิก พยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา นิติเวชศาสตร์ นิติเวชคลินิก และธนาคารเลือด/บริการโลหิต)

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● การปรับปรุงเพื่อการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ	● การได้รับการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ

SPA II–7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค, เซลล์วิทยา, นิติศาสตร์และนิติเวชคลินิก (Anatomical Pathology, Cell Cytology and Forensic Clinic Service)

(1) องค์กรนำมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาค เซลล์วิทยา นิติศาสตร์และนิติเวชคลินิก ที่จัดทำโดยองค์กรวิชาชีพ เช่น ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้รับผิดชอบดำเนินการดังนี้
  - ประเมินส่วนขาด (gap analysis) ระหว่างมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาคกับการปฏิบัติที่ทำได้
  - ปรับปรุงตามส่วนขาดที่ประเมินได้
  - ขอการรับรองจากราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการประเมินส่วนขาดตามมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาคและการปรับปรุงที่ได้ทำไป	• ผลการรับรองจากราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย

SPA II–7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต (Blood Bank and Transfusion Service)

(1) องค์กรนำมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ที่จัดทำโดยศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย หรือราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน. และมีการบริหารคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทีมผู้รับผิดชอบศึกษามาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2558 และคู่มือต่างๆ ของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
    - นโยบายทั่วไป (แพทย์ผู้รับผิดชอบ การบริหารงานระบบคุณภาพ ความปลอดภัย)
    - การคัดกรองผู้บริจาคโลหิต ดูคู่มือการรับบริจาคโลหิต ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2564
        - การสมัครเป็นผู้บริจาคโลหิต
        - การคัดกรองตนเองโดยผู้บริจาคโลหิต
        - การตรวจสอบประวัติและลงทะเบียนผู้บริจาคโลหิตในฐานข้อมูล
        - การประเมินสุขภาพผู้บริจาคโลหิตโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่
        - การเจาะเก็บโลหิตและตัวอย่างโลหิต
        - การตรวจคัดกรองคุณภาพโลหิตทางห้องปฏิบัติการ
        - ระบบห่วงโซ่ความเย็นของโลหิตในงานบริการโลหิต
    - การเตรียมส่วนประกอบของโลหิต (preparation of blood components)
    - การทดสอบโลหิตบริจาค (testing allogeneic donated blood)
    - ข้อกำหนดการปิดฉลากของถุงโลหิตและส่วนประกอบโลหิต
    - ข้อกำหนดการเก็บ การขนส่งและการหมดอายุของโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
    - การบริจาคเฉพาะส่วนประกอบของโลหิต (apheresis)
    - การทดสอบการเข้ากันได้ของโลหิตและการเลือกใช้ส่วนประกอบโลหิต
    - การจ่ายและการให้โลหิต ส่วนประกอบโลหิต และการให้ Rh Immune Globulin

- ผลแทรกซ้อนจากการได้รับโลหิต (transfusion complications)
- การใช้โลหิตของตนเอง (autologous blood transfusion)
- การบันทึกข้อมูลของงานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต
- การเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต (hemovigilance) ดูคู่มือแนวทางการเฝ้าระวังความปลอดภัยของโลหิต ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2558

- ทีมผู้รับผิดชอบดำเนินการดังนี้
  - ประเมินส่วนขาด (gap analysis) ระหว่างมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย กับการปฏิบัติที่ทำได้
  - ปรับปรุงตามส่วนขาดที่ประเมินได้

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ผลการประเมินส่วนขาดตามมาตรฐานธนาคารเลือดและงานบริการโลหิตและการปรับปรุงที่ได้ทำไป	• อุบัติการณ์เกี่ยวกับงานบริการโลหิต • การเฝ้าระวังและติดตามตัวชี้วัดตามแนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

SPA II–7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ (Other Diagnostic Investigation)

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

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- บริการตรวจวินิจฉัยหรือบริการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การส่องกล้องตรวจวินิจฉัย การตรวจที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าในร่างกาย การติดอุปกรณ์ตรวจการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เป็นต้น
- ทีมดูแลผู้ป่วยที่จัดบริการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยโดยตรง ออกแบบกระบวนการทำงานเพื่อให้มั่นใจว่าผลการตรวจมีคุณภาพตามที่ต้องการและไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
    - การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ
    - การประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจ
    - การเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจ
    - การให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างเพียงพอและลงนามยินยอมในกรณีที่เป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงสูง
    - การพิจารณาใช้ยาระงับความรู้สึกหรือการให้ยาเพื่อหลับลึก
- ทีมดูแลผู้ป่วยนำกระบวนการที่ออกแบบไปปฏิบัติ มีการติดตามกำกับตามความเหมาะสม

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• ประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยที่สำคัญของการตรวจทดสอบที่กระทำกับผู้ป่วยต่างๆ และมาตรการที่นำมาใช้	• คุณภาพ ประสิทธิผล และความปลอดภัยของการตรวจทดสอบแต่ละประเภท

(2) มีการแปลผลการตรวจโดยผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์ บันทึกสรุปสิ่งที่พบ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน. มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- การแปลผลการตรวจและสื่อสารผลการตรวจ
    - มีการมอบหมายให้ผู้มีคุณวุฒิและประสบการณ์เหมาะสมทำหน้าที่แปลผลการตรวจ
    - มีการจัดทำแนวทางการบันทึกสรุปสิ่งที่พบ หรือการวินิจฉัยที่ชัดเจน และนำไปปฏิบัติ
    - มีการกำหนดแนวทางปรึกษาหารือหรือยืนยันผลการตรวจในกรณีที่มีความซับซ้อนหรือมีข้อสงสัย
    - มีการกำหนดเวลาประกันการรายงานผลการตรวจสำหรับการตรวจแต่ละประเภท
    - มีการสื่อสารผลการตรวจให้แก่แพทย์เจ้าของไข้เป็นลายลักษณ์อักษรในเวลาที่เหมาะสม

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• แนวทางปฏิบัติสำคัญในการแปลผลและสื่อสารผลการตรวจ	• ความพึงพอใจของผู้ส่งตรวจ

II–8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

SPA II – 8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (Disease and Health Hazard Surveillance)

องค์กรสร้างความมั่นใจว่ามีระบบเฝ้าระวังเพื่อติดตาม ค้นหา การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดได้.

ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร (Management and Resources)

(1) องค์กรมีนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ภายในองค์กร และพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ.

(2) องค์กรมีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่. มีการประสานงาน ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการเฝ้าระวังโรค.

(3) องค์กรมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคในจำนวนที่เหมาะสม.

(4) องค์กรมีงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ ที่เพียงพอ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ.

(5) องค์กรสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ในด้านแนวคิด นโยบาย แผน และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำระดับสูงกับทีมที่รับผิดชอบ ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายและความมุ่งหมายของการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ว่าเป็นไปเพื่อการค้นหาโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น
    - ภัยสุขภาพ หมายถึง สภาวะ สิ่งแวดล้อม พืช สัตว์ สารเคมี / สารอื่นๆ ทั้งสถานะของเหลว ของแข็ง ก๊าซ หรือเป็นองค์ประกอบร่วมกัน ที่มีโอกาสส่งผลกระทบต่อ สุขภาพ สุขภาวะ หรือก่อให้เกิดการบาดเจ็บ สูญเสีย ทั้งระยะสั้น

และระยะยาว ต่อบุคคลใดๆ เช่น การบริโภคยาสูบ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การจมน้ำ เป็นต้น และภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ภัยจากภาคอุตสาหกรรม/ เกษตรกรรม ภัยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ในองค์กร เป็นไปตามมาตรฐานว่าด้วยการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมาตรฐานว่าด้วยสุขภาพของกำลังคน
- การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ เพื่อสอบสวนและควบคุมโรคมิให้เกิดการแพร่ระบาด
  - การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ควรมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลทางระบาดวิทยามาใช้ในการกำหนดมาตรการทางสาธารณสุขเพื่อการป้องกันและควบคุมในระดับ Population Health มิใช่เพื่อการรักษารายบุคคล

- ผู้นำระดับสูงกำหนดทีมที่รับผิดชอบกิจกรรมการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งอาจประกอบด้วย
  - การเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องรายงานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
  - การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะเฉียบพลันอื่นๆ
  - การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เช่น โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมที่รับผิดชอบจัดทำนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมที่รับผิดชอบจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
  - วิเคราะห์ปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่มีโอกาสเกิดในพื้นที่
  - จัดลำดับความสำคัญของโรคและภัยสุขภาพ
  - จัดทำแผนการเฝ้าระวังที่สอดคล้องกับโรคและภัยสุขภาพที่จัดลำดับความสำคัญไว้ รวมทั้งความพร้อมในการตรวจพบโรคและภัยสุขภาพที่มิได้คาดการณ์ไว้ก่อน
- ผู้นำระดับสูงร่วมกับทีมที่รับผิดชอบจัดระบบกำกับดูแล ประสานงาน ติดตามประเมินผล โดยให้ความสำคัญกับประเด็นต่อไปนี้
  - ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง
  - ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่เฝ้าระวัง

- การใช้ประโยชน์ข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อเร่งรัดหรือปรับเปลี่ยนมาตรการควบคุมป้องกันโรค
- ความทันต่อสถานการณ์ในการสอบสวนโรคสำคัญ
- ความสามารถในการหยุดยั้งการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

- ผู้นำระดับสูงมอบหมายให้มีบุคลากรทำหน้าที่เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค
  - มีจำนวนเหมาะสมกับจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ หรือจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
  - ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่
- ผู้นำระดับสูงจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- ทีมงานที่รับผิดชอบจัดให้มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนการเฝ้าระวัง	• ผลการประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ○ ความเป็นปัจจุบันของสถานการณ์โรคสำคัญที่เฝ้าระวัง ○ ความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่เฝ้าระวัง ○ การใช้ประโยชน์ข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อเร่งรัดหรือปรับเปลี่ยนมาตรการควบคุมป้องกันโรค ○ ความทันต่อสถานการณ์ในการสอบสวนโรคสำคัญ ○ ความสามารถในการหยุดยั้งการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวัง (Data Collection and Analysis for Surveillance)

(1) องค์กรมีระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและปัญหาสุขภาพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ องค์กร และเป็นไปตามกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด.

(2) ทีมผู้ให้บริการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง. ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้.

(3) ทีมผู้ให้บริการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการทางระบาดวิทยา.

(4) ทีมผู้ให้บริการค้นหาและตรวจจับการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรค ทั้งจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวัง รับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์และทบทวนรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ.

(5) องค์กรติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน.

(6) องค์กรคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทีมงานที่รับผิดชอบวิเคราะห์ว่าระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ และครอบคลุมโรคที่ต้องเฝ้าระวังตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือไม่ และดำเนินการปรับปรุงให้มีความครอบคลุมตามความเหมาะสม
- ส่งเสริมบทบาทของผู้ให้บริการในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ
    - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ให้บริการ (แพทย์ พยาบาล ห้องปฏิบัติการ) ว่าได้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอย่างไร เคยมีประสบการณ์อะไร และควรจะมีบทบาทเพิ่มขึ้นอย่างไร
    - ใช้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลอื่นเพื่อเรียนรู้ความสำคัญของผู้ให้บริการในการเฝ้าระวัง และโอกาสที่จะพบโรคและภัยสุขภาพในรูปแบบต่างๆ เช่น ภัยสุขภาพจากปลาปักเป้า หน่อไม้ปี๊บ หมูดิบ เป็นต้น
    - สร้างระบบให้คำปรึกษาสำหรับผู้มีประสบการณ์น้อย
    - จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการรับรายงานและตัดสินใจ Take Action ที่ชัดเจน

- ทีมงานที่รับผิดชอบตามรอยดูการเก็บบันทึกและจัดเก็บข้อมูลในประเด็นต่อไปนี้ และปรับปรุงตามความเหมาะสม
    - มีระบบการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลชัดเจนหรือไม่
    - ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา หรือไม่
    - สามารถเปรียบเทียบข้อมูลปัจจุบันกับข้อมูลที่ผ่านมาได้หรือไม่
- ทีมงานที่รับผิดชอบประเมินการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นต่อไปนี้
    - มีการวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมายข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพียงใด
    - มีผู้รู้ทางด้านระบาดวิทยา และมีการใช้วิธีการทางระบาดวิทยาในการวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่
    - สามารถค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติหรือการระบาดของโรคได้หรือไม่ พบอะไรบ้าง อะไรคือจุดเริ่มของการสงสัยว่าจะมีการระบาด
    - สามารถบอกสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่เฝ้าระวังได้หรือไม่
- ทีมงานที่รับผิดชอบร่วมกันคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ และวางแผนป้องกันควบคุม

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• การพบการระบาดของโรคและภัยสุขภาพในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา	• ผลการประเมินและตามรอยที่สะท้อนประสิทธิภาพของการเฝ้าระวัง

ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ (Response to an Epidemic of Diseases and Health Hazards)

(1) องค์กรมีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับตลอดเวลา.
(2) องค์กรมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team - SRRT) จากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ.
(3) องค์กรกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค.
(4) องค์กรมีช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยหรือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง.
(5) องค์กรดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที.
(6) ทีมผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรคมีทรัพยากรและอำนาจตามกฎหมายในการตรวจสอบและใช้มาตรการควบคุมโรคที่เหมาะสมและทันเหตุการณ์เมื่อมีการระบาดเกิดขึ้น.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์เหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่อาจเกิดขึ้น จัดทำแผนและเตรียมพร้อมในการรองรับ
- ทีมงานที่รับผิดชอบประเมินการทำหน้าที่ของ SRRT
    - มีทีมรับผิดชอบชัดเจนหรือไม่ อยู่ในความรับผิดชอบของใคร
    - ระบบการประสานงานระหว่าง SRRT กับโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
    - จากการระบาดที่เกิดขึ้น SRRT สามารถตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพได้ดีเพียงใด สามารถควบคุมให้โรคสงบได้เร็วเพียงใด
- ทีมงานที่รับผิดชอบกำหนดช่องทางและบุคลากรที่จะรับรายงานผู้ป่วยและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตั้งแต่ผู้รับรายงานเบื้องต้นไปจนถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจสั่งให้มีการปฏิบัติที่จำเป็น
- ทีมงานที่รับผิดชอบกำหนดข้อบ่งชี้และแนวทางในการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อให้สามารถควบคุมแหล่งแพร่เชื้อและป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างทันท่วงที ทบทวนความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการสอบสวน/ควบคุมป้องกัน
- ทีมงานที่รับผิดชอบกำหนดแนวทางการสอบสวนและควบคุมโรคเมื่อเกิดการระบาด
    - กำหนดข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการสอบสวนโรค

- มีเหตุการณ์ผิดปกติ
- มีการป่วยเป็นกลุ่มก้อน
- พบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด

○ ให้อำนาจผู้รับผิดชอบในการสอบสวนควบคุมโรค

- การสั่งใช้ทรัพยากร
- อำนาจการสืบค้น
- การใช้มาตรการควบคุมที่เหมาะสมอย่างทันกาลและรอบด้าน

○ การแจ้งเตือนไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

- ทีมงานที่เกี่ยวข้องประเมินประสิทธิภาพของการสอบสวนและควบคุมโรคที่เคยเกิดขึ้น

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● ประสบการณ์ในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ	● ประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย (Information Dissemination and Alert)

(1) องค์กรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพเพื่อสื่อสารข้อมูล สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ และสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานชุมชน และสังคม

(2) องค์กรจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในด้านการเฝ้าระวังการระบาดที่เกิดขึ้น และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ.

(3) องค์กรรายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และกฎข้อบังคับอื่นๆ.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ผู้นำองค์กรจัดให้มีทีมที่รับผิดชอบเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพเพื่อทำหน้าที่

- สื่อสารข้อมูล สร้างความตระหนัก ความเข้าใจ กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ชุมชน และสังคม
- สร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ชุมชน และสังคม

- ผู้นำองค์กรมอบให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำรายงาน
  - รายงานและเผยแพร่สถานการณ์ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
    - การเฝ้าระวังการระบาดของโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น
    - การดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค
  - รายงานโรคไปยังสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม
    - พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558
    - กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulation)
    - กฎข้อบังคับอื่นๆ

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ความเข้าใจ ความตระหนัก ของผู้ป่วย ผู้รับบริการ ชุมชน และสังคม เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ • ความครอบคลุมและทันเวลาของการจัดทำรายงาน

II–9 การทำงานกับชุมชน

SPA II - 9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน (Health Promotion for the Communities)

องค์กรร่วมกับชุมชน จัดให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สนองตอบต่อความต้องการของชุมชน.

(1) องค์กรกำหนดชุมชนที่รับผิดชอบและทำความเข้าใจบริบทของชุมชน มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของชุมชน และระบุกลุ่มเป้าหมายและบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ ร่วมกันทำความเข้าใจความหมายของชุมชนว่าครอบคลุมถึงชุมชนทางภูมิศาสตร์ และชุมชนทางสังคมที่มารวมตัวกันเพื่อเป้าหมายเดียวกัน
- ผู้บริหารร่วมกับทีมที่รับผิดชอบ กำหนดชุมชนที่รับผิดชอบที่จะจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกันทำความเข้าใจบริบทของชุมชนที่รับผิดชอบ โดย
    - ประเมินความต้องการของชุมชน ซึ่งครอบคลุมถึงการเก็บรวบรวมสารสนเทศเกี่ยวกับสุขภาพของชุมชน เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สถานะสุขภาพ ศักยภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชน เป็นต้น
    - ทบทวน ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ และขีดความสามารถในปัจจุบันของชุมชน ครอบคลุมมุมมองด้านการส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟู
    - ประเมินศักยภาพของชุมชน เพื่อรับรู้ถึงความสามารถสูงสุดที่เป็นไปได้ของชุมชนนั้นๆ ถ้าหากชุมชนนั้นได้รับการสนับสนุน ด้านการบริการ ประสานความร่วมมือ ส่งเสริม เพิ่มพลังอำนาจอย่างเต็มที่
    - กำหนดกลุ่มเป้าหมายสำคัญในชุมชน (ซึ่งอาจมีทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือด้อยโอกาส กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ) และบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน

- บริการสุขภาพที่เป็นไปได้ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ การชี้ประเด็นนโยบายสาธารณะ การสร้างเครือข่าย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ บริการสุขภาพที่จำเป็น	● ความชัดเจนและเหมาะสมในการกำหนดชุมชน ระบุกลุ่มเป้าหมาย และบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับชุมชน

(2) องค์กรร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชนวางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพ โดย
  - ใช้ข้อมูลทั้งในระดับบุคคล ระดับกลุ่มบุคคล และระดับชุมชน เพื่อระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ
  - พิจารณาบริการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ โดยอาจครอบคลุมการดูแล การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน
  - พิจารณาบริการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ
  - จัดทำแผนบริการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ต้องการ และตัวชี้วัดที่เหมาะสม

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปแผนงานสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนจำแนกตามลักษณะบริการต่าง ๆ และผลคาดว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการและปัญหาของชุมชน	● ความชัดเจนและความเหมาะสมของบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

(3) องค์กรร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน .

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการดำเนินการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชนตามแผนที่กำหนดไว้ในข้อ (2)
- ทีมผู้ให้บริการแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีอนามัย ร้านขายยาในชุมชน การแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น
- ทบทวนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน โดยพิจารณาถึงลักษณะการดำเนิน ความครอบคลุม ความเหมาะสมสอดคล้องกับแผนงานที่วางไว้ และรูปแบบลักษณะ ระดับการมีส่วนร่วมขององค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ ในประเด็นดังต่อไปนี้
    - การดูแลสุขภาพ
    - การช่วยเหลือสนับสนุน
    - การส่งเสริมการเรียนรู้
    - การพัฒนาทักษะสุขภาพ
    - การชี้ประเด็นนโยบายสาธารณะ
    - การสร้างเครือข่าย

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
	• ความครอบคลุมของการดำเนินงาน • ความร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่นๆ

(4) องค์กรติดตามประเมินผล ตลอดจนแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกับชุมชนในการปรับปรุงบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการติดตามประเมินผลการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเปรียบเทียบกับแผนงานและความต้องการสุขภาพของชุมชน
- ทีมผู้ให้บริการนำสิ่งที่ได้จากการทบทวนประเมินผลมาจัดลำดับความสำคัญ สื่อสารแก่ชุมชนที่มีส่วนร่วม เพื่อร่วมกันพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● สรุปผลการประเมินและการปรับปรุงที่เกิดขึ้น	● ผลลัพธ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

SPA II - 9.2 การเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment)

องค์กรทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน.

(1) องค์กรส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตร ที่เข้มแข็งกับชุมชน.

<u>กิจกรรมที่ควรดำเนินการ</u>

- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดหรือทบทวนทิศทางนโยบายในเรื่องการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ และการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายของชุมชน ซึ่งควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล
- ผู้นำทุกระดับทบทวนบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินการของทีมผู้ให้บริการในการดำเนินการเสริมพลังชุมชน อย่างชัดเจนและสื่อสารทั่วถึงทั้งองค์กร
- ทีมผู้ให้บริการทบทวนปรับปรุงบทบาทการทำงานให้ลักษณะดำเนินการให้ ไปสู่การให้บริการ ในลักษณะคู่พันธมิตร หุ้นส่วนทางสุขภาพ ที่เข้มแข็ง ด้วยการแลกเปลี่ยนสารสนเทศ ความรู้ ทักษะ และทรัพยากร ที่จำเป็นเพื่อการสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน และการเรียนรู้ร่วมกัน

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปภาพรวมที่เป็นรูปธรรมของการทำงานร่วมกับชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ การสร้างเครือข่ายของชุมชน การเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งกับชุมชน	• ความครอบคลุมพื้นที่เป้าหมาย • ระดับความสัมพันธ์กับชุมชน

(2) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อดำเนินการแก้ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญโดยใช้ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรมและภูมิปัญญาของชุมชน.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการดำเนินการวิเคราะห์
  - ปัญหาที่ชุมชนให้ความสำคัญ
  - ต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาของชุมชนที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา
  - กลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่จะมีบทบาทในการแก้ปัญหาของชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV เป็นต้น
- ทีมผู้ให้บริการร่วมมือกับชุมชนในการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ ที่วิเคราะห์ได้ เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
● กลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่องค์กรเข้าไปส่งเสริมความสามารถ	● ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของกลุ่มดังกล่าว

(3) องค์กรร่วมมือกับชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว.

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชนทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลของชุมชนที่รับผิดชอบ ในปัจจุบัน
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชน ทบทวนการดำเนินการร่วมกับชุมชนในปัจจุบัน ในการส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของแต่ละคน ในประเด็นดังต่อไปนี้
  - พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (การออกกำลัง การผ่อนคลาย อาหาร)
  - การลดพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ
  - การปกป้องส่วนบุคคลให้พ้นจากความเสี่ยง
  - การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวัน
- ทีมผู้ให้บริการประเมินผลการสนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลร่วมกับชุมชน และประเมินแนวโน้มสุขภาพส่วนบุคคลในภาพรวมที่เกิดขึ้นหลังมีความร่วมมือกัน

ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปภาพรวมของความร่วมมือที่เกิดขึ้นจริง	• แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล

(4) องค์กรส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ร่วมมือ และแลกเปลี่ยนสารสนเทศกับผู้เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ควรดำเนินการ

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชน ทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ และผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ในปัจจุบัน
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชน ทบทวนการดำเนินการร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ในปัจจุบัน ในการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในประเด็นดังต่อไปนี้
    - การลดสิ่งปนเปื้อนทางกายภาพและสารเคมี
    - การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ
    - สิ่งแวดล้อมเพื่อสันทนาการ การพักผ่อน สมดุลของชีวิตและกิจกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ประเมินผลการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

สิ่งแวดล้อมทางสังคม

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชน ทบทวนข้อมูล สถานการณ์ ของผู้ต้องการความช่วยเหลือทางสังคม ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ และปัญหาสิ่งแวดล้อมทางสังคมในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในปัจจุบัน
- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชน ทบทวนการดำเนินการร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ในปัจจุบัน ในส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในประเด็นดังต่อไปนี้
    - การช่วยเหลือทางสังคมในกลุ่มเป้าหมาย (เช่น ผู้ที่ด้อยโอกาสทางสังคม)
    - การสร้างเครือข่ายทางสังคม
    - ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในที่ทำงานและชุมชน

- ทีมผู้ให้บริการร่วมกับชุมชนและผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบในองค์กรอื่นๆ ประเมินผลการส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันทำความเข้าใจว่านโยบายสาธารณะ อาจจะมาจากการกำหนดมาตรการเชิงบังคับโดยส่วนราชการหรือมาจากมาตรการเชิงสังคมโดยชุมชนก็ได้
- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพิจารณาข้อมูลและสถานการณ์ต่างๆ เพื่อกำหนดหรือทบทวนประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่องค์กรควรมีบทบาทในการชี้แนะและสนับสนุน
- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันวิเคราะห์ ชุมชน องค์กรและบุคคลผู้เกี่ยวข้อง ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแต่ละประเด็น รวมถึงรูปแบบการมีส่วนร่วม สารสนเทศที่จำเป็น และช่องทางการสื่อสาร
- ผู้นำระดับสูง ทีมผู้ให้บริการ และทีมงานที่เกี่ยวข้อง สร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องและสื่อสารแลกเปลี่ยนสารสนเทศอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความตระหนักในความสำคัญของประเด็นนโยบายสาธารณะดังกล่าวและนำไปสู่การกำหนดมาตรการต่างๆ โดยชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

<u>ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง</u>

การปฏิบัติ (practice)	ผลลัพธ์ (result)
• สรุปภาพรวมการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี • สรุปภาพรวมการส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคม และสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี • นโยบายสาธารณะที่องค์กรขับเคลื่อน	• ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนต่างๆ

“**SPA** เป็นแนวทางสำหรับสถานพยาบาลในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ
และสามารถทำการประเมินผล เพื่อรับรู้ความสำเร็จ และหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง
โดยใช้แนวทางการประเมินตนเองอย่างกระชับ ซึ่งมุ่งให้ตอบเนื้อหาที่ได้จากผลการปฏิบัติตามมาตรฐาน
ประกอบด้วย เกณฑ์มาตรฐาน **(Standards)**, กิจกรรมที่ควรดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรม **(Practice)**,
และ ประเด็นที่ควรพิจารณาในการประเมินตนเอง **(Assessment)**”

978-616-8024-51-5
9 786168 024515
ราคา 200 บาท